

### **III Zwang und/oder Beziehung**

#### **Zwang/Gewalt und therapeutische Beziehung aus der Perspektive des Sozialpsychiatrischen Dienstes**

*Detlev E. Gagel*

»Wie kann es gelingen, trotz Einleitung/Vermittlung/Anwendung von Zwang eine therapeutische Beziehung zu behalten?«

Die folgenden Ausführungen beziehen sich auf Ergebnisse aus den Sozialpsychiatrischen Diensten im Land Berlin.

Berlin hat ca. 3,5 Millionen Einwohnerinnen und Einwohner (Stand 2014), die sich auf zwölf Bezirke verteilen. In jedem Bezirk gibt es im Öffentlichen Gesundheitsdienst (Gesundheitsamt) einen Sozialpsychiatrischen Dienst (SpD).

Zu den Aufgaben der SpDs zählen:

- Beratung, Betreuung und Hilfevermittlung von Betroffenen, sozialem Umfeld und Professionellen
- Krisenintervention incl. Unterbringungsmaßnahmen gemäß Berliner Psychisch-Krankengesetz (PsychKG) als hoheitliche Aufgabe
- Fachliche Begutachtung unter Einsatz multiprofessioneller Kompetenz (ärztlich, psychologisch und sozialarbeiterisch) nach verschiedenen Gesetzen und Verordnungen (v. a. SGB XII, II, Psych-KG, Bürgerliches Gesetzbuch)

Begleitende Betreuung und Behandlung erbringt der SpD als Kernaufgabe nur da, wo sie erforderlich ist und von anderen nach dem Subsidiaritätsprinzip nicht geleistet werden kann. Notfalls hat der SpD auf Versorgungslücken aufmerksam zu machen und darauf hin zu wirken, dass entsprechende Angebote entstehen.

Die Unterbringungsmaßnahmen sind gewissermaßen der »unique selling point«, das Alleinstellungsmerkmal der SpDs, da diese Aufgabe von keiner anderen Einrichtung übernommen werden kann. Lediglich die vorläufige Unterbringung nach Psych-KG ist durch den Polizeipräsidenten und die jeweiligen Klinikärztinnen und Ärzte bis zum Ablauf des darauffolgenden Tages möglich. In besonderen Situationen kann eventuell eine psychiatrische (Notfall-)Behandlung in subsidiärer Funktion erfolgen. Ansonsten haben die SpDs keinen Behandlungsauftrag wie die niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte, psychiatrischen Abteilungen und Fachkrankenhäuser gemäß SGB V. Die Leistungen werden im multiprofessionellen Team (Ärzte, Psychologen, Sozialarbeiter) als besonderes Qualitätsmerkmal erbracht.

Die Konzeption der Berliner SpDs ist in einem Leitbild niedergelegt. Zusammengefasst sind folgende Aspekte von Bedeutung:

- niedrigschwellig (Es sollen so gut wie keine Zugangsvoraussetzungen erzeugt werden)
- schnell verfügbar (Für die Krisenintervention soll bis spätestens zum darauffolgenden Werktag ein Einsatz ermöglicht werden)

- aufsuchend/nachgehend (Hausbesuche zählen zu den besonderen Kennzeichen der SpDs in Berlin)
- ganzheitlich (Die SpDs handeln im multiprofessionelles Team und versuchen damit eine sozialmedizinische Dimension zu realisieren)
- kontinuierlich (Durch das Bezugspersonensystem soll eine Kontinuität der Beziehungen gewährleistet werden. Sozialarbeiterinnen sind meist für bestimmte Straßen zuständig)
- beim »schwierigsten Fall« anfangen (Mit der Aufhebung des »inverse care law« – Gesetz der verdrehten Versorgung – soll erreicht werden, dass die Hilfe diejenigen erreicht, die sie am meisten und dringendsten benötigen)

Die für das Thema Zwangsbehandlung entscheidende Aufgabe ist die Krisenintervention. Damit wird gemäß dem Produktkatalog für Berlin, (Version 18, Bearbeitungsstand: 1. Januar 2014) in der Kurzbeschreibung folgende Zielsetzung angestrebt:

»Durch multiprofessionelle Intervention sollen Krisen aufgefangen und Zwangsmaßnahmen, wenn möglich, verhindert werden. Die Krisenintervention schließt auch ordnungsbehördliche Maßnahmen ein und erfolgt zeitnah zur Meldung.«

Ausgewählte Beispiele aus dem Leistungsumfang:

- Krisenintervention
- Einweisung nach dem Berliner PsychKG
- Einweisung nach Betreuungsgesetz (BGB)
- Prüfung eines Antrages nach Berliner PsychKG ohne anschließende Unterbringung.

Als Qualitätsziele sind im Produktkatalog festgehalten:

- Anzahl der vermiedenen Zwangsmaßnahmen
- Zeitdauer von eingegangener Meldung bis zur ersten Klärung und Intervention

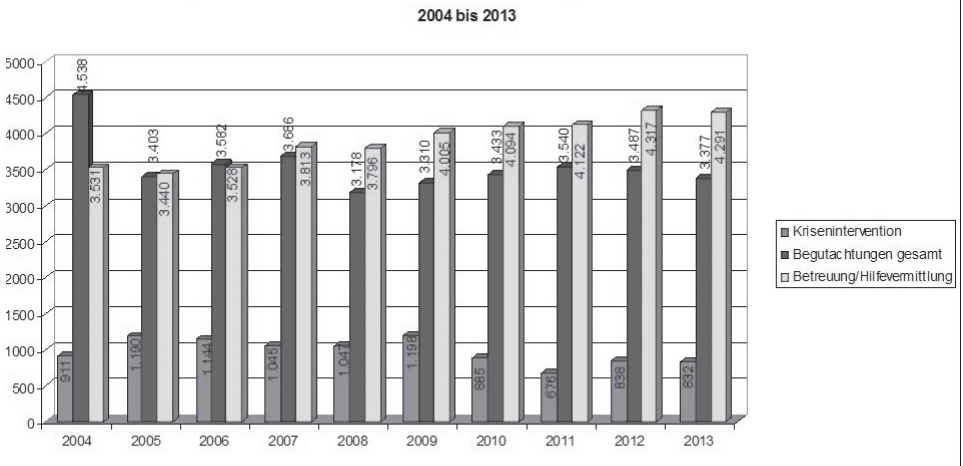
Am Beispiel des Bezirks Pankow sollen einige Kennzahlen genannt werden.

Pankow hat Einwohnerzahl von 380.000, davon sind ca. 60.000 jünger als 18 Jahre, also minderjährig (Stand 2013). Der Bezirk hat die zweitgrößte Fläche im Land Berlin. Er ist gleichermaßen der am stärksten wachsende Bezirk, nämlich pro Jahr ca. 3.000 neue Einwohnerinnen und Einwohner. Zwischen 2010 und 2030 wird der Bezirk um 16 % zunehmen.

In der folgenden Tabelle finden sich die Fallzahlen des SpDs in Pankow für die drei Hauptprodukte im zeitlichen Verlauf zwischen 2004 und 2013:

- Krisenintervention incl. Unterbringungsmaßnahmen
- Fachliche Begutachtung
- Beratung, Betreuung und Hilfevermittlung

„Fallzahlen“ 2004-2013 SpD Pankow



**Anträge nach PsychKG: 186 191 236 256**  
**Anteil: 4,5% 4,6% 5,4% 5,9%**

Abb. 1

Für die Jahre 2010–2013 sind darüber hinaus die Fallzahlen der Anträge auf PsychKG-Unterbringungen wie folgt:

Jahr	2010	2011	2012	2013
Anträge nach PsychKG:	186	191	236	256
Anteil an allen Betroffenen:	4,5 %	4,6 %	5,4 %	5,9 %

Insgesamt ist die Zunahme der Fallzahlen, aber auch der Anträge nach PsychKG auffallend, wobei der starke Anstieg zwischen 2011 und 2012 am ehesten mit der damaligen Rechtsunsicherheit durch die durch den Bundesgerichtshof verfügte Novellierung des § 1906 BGB erklärbar ist.

In 2004 wurden vom SpD Pankow 3.531 Personen (321.475 Einwohner) versorgt, in 2013 stieg die Zahl auf 4.291 Personen (344.476 Einwohner<sup>1</sup>). Bei einer Bevölkerungszunahme von 7 % wurden im SpD 22% mehr Menschen betreut. Dabei wurden pro akademischer Mitarbeiterin bzw. Mitarbeiter ca. 215 Personen/Jahr versorgt.

2010 wurde in Hannover das Bundesnetzwerk der sozialpsychiatrischen Dienste gegründet. Es tagt seitdem alle zwei Jahre und hat eine Publikation mit dem Titel »Hart am Wind« erstellt. Weitere Informationen finden sich auf der Homepage [www.sozialpsychiatrische-dienste.de](http://www.sozialpsychiatrische-dienste.de).

1 Zu berücksichtigen ist, dass die Einwohnerzahlen durch den Mikrozensus im Jahr 2013 etwas zu Ungunsten von Berlin verändert worden sind.

Die SpDs verfolgen bundesweit konzeptionell den »sozialpsychiatrischen Kompass« wie in der Abb. 2 zu sehen ist.

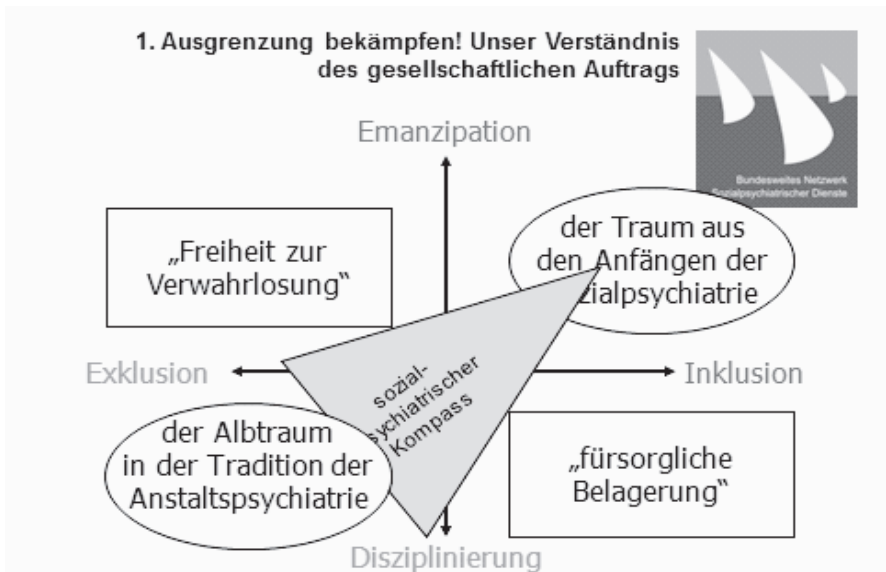


Abb. 2

Es geht dabei um die Verhinderung von Ausgrenzung und Disziplinierung, wie es in der Tradition der Anstaltspsychiatrie üblich war. Vielmehr wird angestrebt, eine Position für die Betroffenen zu erreichen, die sowohl emanzipatorisch als auch inklusiv wirkt. Die Gefahr der »fürsorglichen Belagerung« ist gelegentlich insbesondere in der Eingliederungshilfe gegeben, wenn Anbieter von Maßnahmen an den Betroffenen haften und eine emanzipatorische Entwicklung für sie nicht ausreichend berücksichtigen. Auch das Gegenteil, durch Überbetonung der Emanzipation der Betroffenen, deren »Freiheit zur Verwahrlosung« zu fördern, kann als Gefahr drohen.

In den vergangenen Jahren haben sich die rechtlichen Rahmenbedingungen einer Behandlung gegen den eigenen Willen erheblich zugunsten der Betroffenen verbessert.

Im Wesentlichen haben dazu folgende rechtliche Entscheidungen beigetragen:

- Ratifizierung der UN-Behinderten Rechtskonvention (UN-BRK) am 26-03-09
- Urteile des Bundesverfassungsgerichts vom 23-03-11 und 12-10-11
- Urteile des Bundesgerichtshofs vom 20-06-12 und 26-02-13
- Verabschiedung des überarbeiteten § 1906 a BGB vom 18-02-13
- Stellungnahme der Zentralen Kommission zur Wahrung ethischer Grundsätze in der Medizin und ihren Grenzgebieten (Zentrale Ethikkommission) bei der Bundesärztekammer von 08/2013

- Berichts des Sonderberichterstatters über Folter und andere grausame, unmenschliche oder erniedrigende Behandlung oder Strafe 01-02-13

Darüber hinaus ist eine kritische Auseinandersetzung mit der Psychopharmakotherapie in den Fokus gerückt (vgl. Memorandum der Deutschen Gesellschaft für Soziale Psychiatrie zur Reduktion von Neuroleptika).

Bei der Anwendung von Zwang in der Psychiatrie muss berücksichtigt werden, dass es traditionell Unterschiede in der Beurteilung bei der Zwangsbehandlung zwischen Juristen und Medizinern gibt, wie die folgende Übersicht verdeutlicht:

**juristisch**

- freie Willensbildung
- Schwere der Störung
- Folgen der Störung
- Ausschluss der freien Willensbildung
- Verhältnismäßigkeit der Mittel
- Einsichts- und Urteilsfähigkeit vorhanden?

**medizinisch**

- Heilungsanspruch
- exakte Diagnose
- Differentialdiagnose
- Psychopathologie
- Maximaltherapie
- Compliance/Adhärenz vorhanden?

Während für Juristen die freie Willensbildung zentral ist, haben Mediziner in der Regel einen Heilungsanspruch und suchen nach der exakten Diagnose. Die Juristen interessiert aber mehr die Schwere der Störung und deren Folgen, während Mediziner die Differentialdiagnose suchen und eine genaue Psychopathologie zu beschreiben versuchen. Bei der Frage nach dem Ausschluss der freien Willensbildung aufgrund einer psychischen Störung fragen Juristen nach der Verhältnismäßigkeit der Mittel zu deren Behebung, während Mediziner nach einer Maximaltherapie streben. Für sie ist dabei die Mitwirkung des Betroffenen wichtig, während Juristen die Frage nach der Einsichts- und Urteilsfähigkeit stellen.

**Fallbeispiel:**

Person A ist ca. 35 Jahre alt und hat ein Kind (\*2002). Erstmals trat eine psychiatrische Störung ca. 1994 auf. Sie führte im Verlauf zu diversen stationären Behandlungen.

Beim ersten Kontakt mit ihr im Jahr 2011 anlässlich eines Klinikbesuches hält sie sich für fehldiagnostiziert und fehlplatziert, fühlt sich auf Nachfrage wohl, äußert aber große Sorge um ihr Kind.

Bei einem nach der stationären Behandlung in 2012 durchgeführten Hausbesuch gab die Person an, dass sie sich an die seinerzeitige Begegnung nicht mehr erinnern könne, war zu dem Zeitpunkt gut eingebunden und versorgte ihr Kind.

2013 gab es keinen weiteren Kontakt zum Sozialpsychiatrischen Dienst.

Dann nahmen in 2014 mehrere Personen aus dem sozialen Umfeld Kontakt auf und äußerten dabei große Besorgnis um Wohlergehen von Person A. Sie beschrieben auffällige Verhaltensweisen: Sie suche wahllos Kontakte zu fremden Menschen auf der Straße, habe ihren Wohnungsschlüssel und Ausweis verloren, ihre Wohnung sei deutlich verwahrlost. Es habe schon diverse, auch körperliche Auseinandersetzungen gegeben.

Mehrere Behandlungsversuche (Teilnahme am Programm der Integrierten Versorgung, Vorstellungen in der Klinik auf freiwilliger Basis, dabei jeweils Ablehnung der stationären Behandlung) führten zu keinen wesentlichen Änderungen. Nach einer geplanten Aufnahme in die Klinik auf freiwilliger Basis forderte Person A wieder ihre Entlassung.

Schließlich erfolgte durch den Sozialpsychiatrischen Dienst ein Hausbesuch mit Anwesenheit von mehreren Personen aus dem engen sozialen Umfeld. Es wurde eine Wiederaufnahme in die Klinik auf Basis einer Unterbringung nach dem Berliner Psychisch-Kranken-Gesetz (PsychKG) realisiert.

Anlässlich eines Kontaktes in der Klinik äußerte Person A ihren Ärger über die Unterbringung, gleichermaßen war ein ca. 30 minütiges Gespräch möglich. Schließlich erfolgte die Entlassung nach vier Wochen (davon eine Woche untergebracht, drei Wochen freiwillig in stationärer Behandlung).

Um sich zu vergegenwärtigen, wie unter den Bedingungen einer Zwangsbehandlung dennoch eine (therapeutische) Beziehung aufrechterhalten werden kann, werden die folgenden Argumente auf einer zeitlichen Dimension erörtert<sup>2</sup>.

*Vor* der Behandlung gegen den eigenen Willen:

An vermutlich erster Stelle steht das Motto »Zeit mitbringen«. Kriseninterventionen erfordern einen hohen Zeitaufwand, vor allem, wenn es um die Frage der Behandlung gegen den eigenen Willen geht.

Wichtig ist im Gespräch die Situation zu erfassen, u. a. den Handlungsauftrag zu klären (Wer hat den Sozialpsychiatrischen Dienst gerufen, wer ist vor Ort, wer hat welche Intentionen, etc.)

Die Reflexion über das eigene Handeln ist unerlässlich: Besteht die Notwendigkeit zur Behandlung gegen den eigenen Willen im wahrsten Sinn des Wortes, d. h. muss eine bestehende Not für die betroffene Person gewendet werden?

Die Kontaktaufnahme und das Gespräch sind Voraussetzung, um in eine (therapeutische) Beziehung gehen zu können, die wiederum das Procedere erheblich entschärfen kann.

Dabei kommt es darauf an, die Ressourcen, auch die Sprache der Betroffenen zu erkunden.

Bei allem Handeln ist Transparenz über das eigene Vorgehen essenziell.

Das sollte vor allem durch eine konkrete Begründung für das eigene Handeln ermöglicht werden.

Situationsabhängig kann auch eine Konfrontation sein, z. B. dass das gezeigte Verhalten ein »Suizid auf Raten« sein könnte.

Dazu gehört auch Wissensvermittlung: Die Behandlung gegen den eigenen Willen kann auch eine Schutzfunktion haben. Die Folgen der Eigen- und Fremdgefährdung sollten aufgezeigt werden.

---

2 Für wertvolle Hinweise danke ich folgenden Kolleginnen und Kollegen: Christiane Hebes, Ralph Susenbeth, Frau Ohanian (Friedrichshain-Kreuzberg), Nadja Kaiser (Lichtenberg), Ursula Lindner (Mitte), Ruth Jeutner, Monika Mörke, Karin Noack, Dr. Antje Schwertfeger (Pankow), Christoph Finger (Tempelhof-Schöneberg), Dr. Jan Podschus (Trepow-Köpenick)

Schließlich sollte ein Diskurs über das Risiko der Nichtbehandlung vs. Traumatisierung durch Zwang geführt werden.

*Während* der Behandlung gegen den eigenen Willen:

Es gilt vor allem, sich Zeit zu nehmen, um sich intensiv mit der Situation der Betroffenen auseinanderzusetzen zu können. Dazu sollten Möglichkeiten geschaffen werden, um im Gespräch mit den Betroffenen bleiben zu können. Dies sollte vor allem durch Klinikbesuch(e) realisiert werden.

In bestimmten Situationen, wenn die Behandlung gegen den eigenen Willen für die Betroffenen schwer zu verstehen und zu akzeptieren ist, empfiehlt sich eine Rollenteilung nach dem Motto: Good Guy versus Bad Guy. Ein Mitarbeiter übernimmt die Rolle des »Bösewichts«, der andere versucht durch Zuwendung und Verständnis die Situation des Betroffenen zu begreifen.

Eine Möglichkeit ist, eine Zwangsmaßnahme als Episode nach dem Motto »Krise als Chance« zu erörtern. Sehr wichtig ist es, die Bedenken der Betroffenen zu reflektieren. Respektvoller Umgang beruht auf einer wechselseitigen Wertschätzung.

Im weiteren Verlauf sollten erlebte Veränderungen aufgegriffen werden. Im Rahmen eines Skilltrainings kann der Aufbau günstiger Verhaltensweisen gefördert werden. Zu den Aufgaben des Sozialpsychiatrischen Dienstes gehört auch die Entlastung des sozialen Umfeldes.

*Nach* der Behandlung gegen den eigenen Willen:

Nach der Entlassung aus der stationären Behandlung gilt es, Zeit zu haben.

Es ist besonders wichtig, im Sinne der Nachsorge im Kontakt zu bleiben.

Dazu eignen sich alle Formen von Beratungsangeboten bis zur Stabilisierung der Betroffenen.

Dabei sollten in den Gesprächen besonders die Schuld- und Schamgefühle respektiert werden, die bei den Betroffenen aber auch bei den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Sozialpsychiatrischen Dienste auftreten können.

Frei nach dem Motto von Sigmund Freud ist das »Durcharbeiten«, d. h. das Für und Wider der Behandlung gegen den eigenen Willen in der Rückschau zu reflektieren, eine Möglichkeit der Bewältigung der möglicherweise erlebten Traumatisierung.

Manchmal kann es hilfreich sein, »einfach da zu sein«.

Eine Behandlungsvereinbarung ist ein wichtiges Instrument, um für künftige Situationen Vorsorge zu schaffen, wie in Situationen vorzugehen ist, in denen Betroffene sich selbst, andere Menschen oder bedeutsame Rechtsgüter gefährden. Dies fördert die Zusammenarbeit und einen respektvolleren Umgang miteinander.

Für Sozialpsychiatrische Dienste ist eine systemische Betrachtung unerlässlich, um das soziale Umfeld mit im Blick zu haben. Im Unterschied zu Kliniken und niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten fühlen sie sich auch den Menschen in der Umgebung der Betroffenen verpflichtet.

Über allem steht kurz gefasst das Motto: Nie aufgeben!

Zum Abschluss sollen noch einmal die Argumente für und gegen eine Behandlung gegen den eigenen Willen nebeneinander gestellt werden:

**für**

- Behandlungsanspruch
- Schwere der Störung
- Folgen der Störung
- Rückblickende Zustimmung
- Verhältnismäßigkeit der Mittel
- diverse Behandlungsversuche

**gegen**

- freie Willensäußerung
- Diagnose/Einschätzung richtig?
- unberechtigter Eingriff ins Leben
- akute Ablehnung der Behandlung
- Gewaltanwendung
- ... ohne Erfolg

Für eine Behandlung gegen den eigenen Willen wäre zunächst der grundsätzliche Behandlungsanspruch zu nennen, den die allermeisten Betroffenen im Rahmen ihrer gesetzlichen Krankenversicherung haben. Dabei spielt die Schwere der psychischen Störung eine wichtige Rolle. Die Folgen der Störung müssen betrachtet werden und können zur Entscheidung für eine Behandlung gegen den eigenen Willen führen. Sie ist natürlich leichter zu rechtfertigen, wenn die Betroffenen rückblickend ihre Zustimmung geben. Immer gilt es abzuwägen, welche Mittel verhältnismäßig sind. Bei diesen Überlegungen spielt auch eine Rolle, ob bereits mehrere (abgebrochene) Behandlungsversuche auf freiwilliger Basis erfolgt sind, die zu keinen erfolgreichen Veränderungen geführt haben.

Gegen eine Behandlung gegen den eigenen Willen spricht in Linie die grundsätzliche freie Willensäußerung, die als erstes und zentral zur Kenntnis genommen werden sollte. Immer wieder muss geprüft werden, ob Diagnose bzw. die Einschätzung der Situation zutreffend sind. Jede Behandlung gegen den eigenen Willen bedeutet im Grundsatz einen unberechtigten Eingriff in das Leben der Betroffenen und kann mit Gewaltanwendung verbunden sein, die in jedem Fall zu vermeiden ist.

**Literatur:**

- EICHENBRENNER, I/GAGEL, D./ LEHMKUHL, D. (2007): »Wie geht es eigentlich den Sozialpsychiatrischen Diensten in ... Berlin?«. Sozialpsychiatr Inform 36:56–59
- ELGETI, H./ ALBERS, M. (2011): Hart am Wind. Bonn: Psychiatrieverlag
- Gesetz für psychisch Kranke (PsychKG) Berlin vom 8. März 1985/1994
- Gesetz über den Öffentlichen Gesundheitsdienst (Gesundheitsdienstreformgesetz – GDG) Berlin vom 1. Juli 2006
- Produktkatalog der Sozialpsychiatrischen Dienste für Berlin, Version 18, Bearbeitungsstand: 1. Januar 2014