

GESPRÄCHSKULTUR IN DER KLINISCH-STATIONÄREN PSYCHIATRIE | Beobachtungen unter Berücksichtigung der Menschenrechte

Martina Lebek

Zusammenfassung | Der Beitrag untersucht die Gesprächskultur zwischen Ärztinnen und Ärzten sowie Patientinnen und Patienten in der klinisch-stationären Psychiatrie. Unter Auswertung von Fachliteratur und qualitativen Interviews wird die gängige Praxis aus Sicht der Fachkräfte und der Patientinnen und Patienten unter dem Aspekt der Menschenrechte kritisch beleuchtet. Darauf aufbauend werden entsprechende Empfehlungen formuliert. Der Beitrag basiert auf der Masterarbeit der Autorin (Lebek 2014).

Abstract | The article gives a critical exploration of the culture of dialogue between doctors and patients in psychiatric hospitals. By the use of academic literature and the results of qualitative research, the contemporary praxis is described from the perspective of patients and professionals under the aspects of human rights. Following, recommendations for a suitable culture of dialogue are formulated. This essay is founded on a master thesis by the author (Lebek 2014).

Schlüsselwörter ► Psychiatrie ► psychisch Kranke
► Sozialpsychiatrie ► Kommunikation
► Gesprächsführung

1 Einleitung | Die bekannte Psychiatrie-Erfahrene und Künstlerin *Dorothea Buck* kritisiert seit Jahren die „sprachlose Psychiatrie“ und stellt fest, dass aus der Sicht der Nutzerinnen und Nutzer in der klinisch-stationären Psychiatrie auch heutzutage zu wenige Gespräche zwischen ihnen und den Ärztinnen und Ärzten geführt würden (Buck 1995, S. 49 f.). Diese Behauptung lässt aufhorchen und für mich als psychiatrisch Tätige, die im Rahmen ihres Studiums mit den Menschenrechten befasst ist, ergaben sich hieraus gleich mehrere Fragen: Sind neben *Buck* auch andere Psychiatrie-Erfahrene der Auffassung, dass es zu wenige Gesprächsangebote in der Klinik gibt?

Welche Erwartungen haben sie konkret an den Austausch mit Ärztinnen und Ärzten? Welchen Stellenwert nehmen Gespräche in den gegenwärtigen psychiatrischen Theorien und Behandlungskonzepten ein? Und: Wie passen das bestehende Angebot und die Vorstellungen der Psychiatriepatientinnen und -patienten miteinander beziehungsweise mit den Standards zusammen, die die Menschenrechte vorgeben?

Diese Aspekte untersuchte ich in meiner Masterarbeit, um im Ergebnis aufzeigen zu können, wie sich die Gesprächskultur zwischen Psychiaterinnen sowie Psychiatern und Patientinnen beziehungsweise Patienten gestalten sollte – insbesondere aus der Sicht der Letztgenannten und unter menschenrechtlichen Gesichtspunkten. Meine Analysen stützten sich auf einschlägige Fachliteratur, Psychiatrielehrbücher und Materialien für die fachärztliche Weiterbildung in der Psychiatrie. Für eine Projektarbeit hatte ich zuvor qualitative Interviews mit Psychiatrie-Erfahrenen durchgeführt (Lebek 2013). Diese thematisierten die Gesprächskultur zwischen Ärztinnen beziehungsweise Ärzten und Patientinnen sowie Patienten auffällig oft, ausführlich und detailliert, obwohl ich nicht explizit danach fragte. Für die Masterarbeit wertete ich sechs der Interviews hinsichtlich dieses Themas aus.¹

2 Der Stellenwert von Gesprächen | 2-1 Die Perspektive der Betroffenen | Die Erwartungen von Psychiatrie-Erfahrenen an die Kommunikation mit Ärztinnen und Ärzten beziehen sich auf ▲ **die Gelegenheiten zu Gesprächen**: Im Einzelnen bemängeln die Befragten, dass es zu wenige Gelegenheiten gibt, mit dem zuständigen Psychiater oder der zuständigen Psychiaterin zu sprechen. Gespräche werden von ihnen außerdem als gewünschte Alternative zu Zwangsmassnahmen oder zur wirkungslosen Gabe von Medikamenten benannt.

1 Der Leitfaden für die Befragung wurde in einer trialogisch und partizipativ arbeitenden Gruppe entwickelt. Die Suche nach Interviewpartnerinnen und -partnern erfolgte kriterieneleitet, zufällig und nach dem Schneeballprinzip. Bei den Befragten handelte es sich um einen Mann und fünf Frauen im Alter zwischen 45 und 54 Jahren. Die Anzahl der Klinikaufenthalte schwankte zwischen einem und 20. Entsprechend ihrem eigenen Verständnis können Betroffene als Expertinnen und Experten ihrer Lebenssituation und ihrer Erkrankung gelten und in Anlehnung an *Gläser und Laudel* (2010, S. 13) auch als solche interviewt werden. Die Interviews wurden vollständig transkribiert und mithilfe eines Computerprogramms nach der Methode von *Meuser und Nagel* ausgewertet.

▲ **den Austausch über das Krankheitsbild:** Ein Austausch mit den Ärztinnen und Ärzten über ihre (psychische) Verfassung, der über die Nennung einer Diagnose hinausgeht, ist für Psychiatrie-Erfahrene von großer Bedeutung. Sie möchten damit einer Negativetikettierung, die mit einer Diagnose verbunden sein kann, entgegenwirken, ihre Ressourcen, individuellen und gesunden Anteile berücksichtigt wissen und einen umfassenderen, verstehenden Ansatz entwickeln.

▲ **das psychotische Erleben:** Psychotisches Erleben fassen organisierte Psychiatrie-Erfahrene häufig als psychosozial beziehungsweise psychodynamisch bedingt auf. Sie sehen es als einen (möglicherweise auch erfolgreichen) Versuch, sich von unerträglichen Konflikten in der Biographie zu befreien beziehungsweise diese zu heilen. Psychosen können demnach einen positiven Sinn haben und für das weitere Leben nützlich sein. Dass Ärztinnen und Ärzte nach den Erfahrungen vieler Patientinnen und Patienten diese Auffassungen häufig nicht teilen, sondern Psychosen als somatisch verursacht ansehen, wird heftig kritisiert. Die Folge sei, dass mit Medikamenten behandelt werde, statt über den Sinn des psychotischen Erlebens zu sprechen und es in die Behandlung mit einzubeziehen.

▲ **biographische Aspekte:** Entsprechend wünschen sich Betroffene die gemeinsame Suche mit den Fachkräften nach einer Erklärung für die Entstehung der Störung im Kontext der individuellen Biographie, um zu wissen, welche Situationen und Belastungen sie in Zukunft vermeiden sollten. Traumatische Erlebnisse in der Biographie sind besonders zu beachten, damit es zu keiner Retraumatisierung durch Zwangsmaßnahmen kommt.

▲ **den Behandlungsplan beziehungsweise die Medikation:** Wichtig in der Therapie ist für Patientinnen und Patienten die Formel „verhandeln statt behandeln“. Sie möchten mit dem Arzt oder der Ärztin über den Behandlungsplan und die Medikation verhandeln, um kontrollieren zu können, was mit dem eigenen Körper geschieht. Auch ist ihr Wohlbefinden für sie entscheidend. Eine kategorische Therapie mit Medikamenten, die dieses nicht gewährleistet, überzeugt sie nicht. Stattdessen fordern sie (mehr) Austausch mit den Ärztinnen und Ärzten und die gemeinsame Suche nach Alternativen.

Insgesamt machen die Aussagen deutlich, dass Betroffene großen Wert auf den Dialog mit dem Arzt

oder der Ärztin legen und damit konkrete Ziele verfolgen. Mit Gesprächen verbinden sie die Chance, über die Therapie mitzubestimmen, sich besser verstehen zu lernen und die Kontrolle über ihr Leben, ihre Biographie und ihre Zukunft zu gewinnen beziehungsweise zu behalten. Sie fordern, als Subjekte mit individuellen Biographien, Gedanken, Gefühlen und Einstellungen wahrgenommen und als solche in die Behandlung einbezogen zu werden.

2-2 Partizipation und Selbstbestimmung als Menschenrechte | Der Vergleich mit Passagen in Menschenrechtsdokumenten zeigt, dass die Forderungen von Psychiatrie-Erfahrenen nach mehr Dialog mit ihren Ärztinnen und Ärzten und damit nach mehr Einflussmöglichkeiten auf die Behandlung im Sinne der Menschenrechte der Partizipation und der Selbstbestimmung sind.

2-2-1 Das Recht auf Partizipation und auf freie, informierte Entscheidungen | Eines dieser Menschenrechtsdokumente ist der Bericht über das Recht eines jeden auf das für ihn erreichbare Höchstmaß an körperlicher und geistiger Gesundheit des UN-Sonderberichterstatters Gesundheit, Paul Hunt. In seinem Bericht äußert Hunt die Auffassung, dass Menschen mit psychischer Behinderung einen Anspruch auf „Teilhabe an Entscheidungsprozessen, die sich auf ihre Gesundheit und Entwicklung auswirken“, haben (Hunt 2005, S. 17). Hunt zufolge müssen „Menschen mit psychischen Behinderungen“ zur Verwirklichung dieser Teilhabe Informationen „über gesundheitliche (und andere) Fragen, einschließlich Diagnose und Behandlung“ zugänglich sein (ebd., S. 14.). Stattdessen würden ihnen aber oft Informationen vorenthalten, „weil sie fälschlicherweise für unfähig erachtet werden, Entscheidungen über ihre eigene Behandlung und Betreuung zu treffen oder daran teilzuhaben“ (ebd.).

In der Erklärung von Madrid wird im Zusammenhang mit dem Prinzip der informierten Einwilligung ebenso die Verantwortung des Psychiaters und der Psychiaterin hervorgehoben: Sie sollen die Patientinnen und Patienten als Partner im Behandlungsprozess ansehen. Die Therapeuten-Patienten-Beziehung müsse auf „ gegenseitigem Vertrauen und Respekt beruhen, damit der Patient freie und informierte Entscheidungen treffen kann“ (WPA 2006, S.166). Psychiaterinnen und Psychiater seien dazu verpflichtet,

tet, „ihren Patienten die maßgeblichen Informationen zur Verfügung zu stellen, damit die Patienten vernünftige Entscheidungen auf der Grundlage ihrer persönlichen Wertvorstellungen und Vorlieben treffen können“ (*ebd.*).

Die Entscheidungsfreiheit der Patientinnen und Patienten muss gemäß verschiedener Menschenrechtsdokumente, wie zum Beispiel dem Übereinkommen über Menschenrechte und Biomedizin des Europarats, bei einwilligungsunfähigen Menschen eingeschränkt werden (*Europarat 1997*). Grundsätzlich wird die weitgehende Mitwirkung der Patientinnen und Patienten am Behandlungsprozess auch im „White Paper“ und weiteren Menschenrechtsdokumenten gefordert. Demnach soll die Behandlung individuell zugeschnitten, mit dem Patienten besprochen, regelmäßig überprüft und wenn notwendig geändert werden (*CDBI 2000, Commity of Ministers 2004, UN General Assembly 1991*).

2-2-2 Das Recht auf Selbstbestimmung |

Die in den Menschenrechtsdokumenten geforderte Mitbestimmung der Patientinnen und Patienten zielt auf die Verwirklichung ihres Rechtes auf Selbstbestimmung. Diese beinhaltet auch die Kontrolle über die eigene Gesundheit und den eigenen Körper, wie in den Allgemeinen Bemerkungen Nr. 14 zum Internationalen Pakt über wirtschaftliche, soziale und kulturelle Rechte festgestellt wird (*CESCR 2000, S. 2*). In neuerer Zeit bekommen die Betroffenen vor allem auch durch die UN-Behindertenrechtskonvention Unterstützung für ihre Forderungen. In ihr wird das Recht, eigene Entscheidungen zu treffen, und damit das Recht auf Selbstbestimmung bereits in der Präambel hervorgehoben (*BRK 2008, S.1 f.*).

Die UN-Generalversammlung betont darüber hinaus, dass psychiatrische Behandlungen immer zum Ziel haben müssen, die persönliche Unabhängigkeit der Patientinnen und Patienten zu erhalten und auszuweiten (*UN General Assembly 1991*). In den Allgemeinen Bemerkungen Nr. 5 zum Internationalen Pakt über wirtschaftliche, soziale und kulturelle Rechte wird dazu ausgeführt, dass Menschen mit psychischen Erkrankungen einen Anspruch auf medizinische und soziale Unterstützung haben, die sie befähigt, unabhängig zu werden, weitere Behinderungen zu vermeiden und ihre soziale Integration zu befördern (*CESCR 1994, S.10*).

2-3 Die Einschätzung der Fachkräfte | In den Behandlungsansätzen der traditionellen und der Sozialen Psychiatrie² haben Gespräche einen unterschiedlichen Stellenwert. Beide Psychiatrierichtungen wurden danach untersucht, welche Bedeutung sie den oben genannten fünf Bereichen Gelegenheiten zu Gesprächen, Austausch über das Krankheitsbild, das psychotische Erleben, biographische Aspekte und Behandlungsplan beziehungsweise Medikation beimessen. Dabei wird deutlich, dass Gespräche in der traditionellen Psychiatrie und in der Ausbildung zum Facharzt beziehungsweise zur Fachärztin eine untergeordnete Rolle spielen, während sie in der Behandlung nach Maßstäben der Sozialen Psychiatrie sehr wichtig sind.

Die empfohlene Gesprächsführung in der traditionellen Psychiatrie orientiert sich methodisch an der supportiven Psychotherapie und einem personenzentrierten Ansatz, deren Implikationen eher vage ausformuliert werden (*Möller u.a. 2009, S.468, 515*). In einer Publikation für die Vorbereitung auf den Abschluss der Fachausbildung zum Psychiater beziehungsweise zur Psychiaterin heißt es, das ärztliche Gespräch habe keine strukturierte Form und hänge „in hohem Maße von der Persönlichkeit des Arztes, seinen Erfahrungen und seinen Fähigkeiten, sich in den Patienten einzufühlen“ (*Friboes u.a., 2008, S.186*), ab. Bei sozialpsychiatrisch ausgerichteten Autorinnen und Autoren wie *Ciompi* finden sich konkretere methodische Vorstellungen wie etwa ein dialogisches Vorgehen, Ressourcenorientierung und biographisches Arbeiten.

2 Diese beiden Richtungen in der Psychiatrie werden hier analytisch getrennt. In der Praxis lassen sie sich (selbstverständlich) nicht so deutlich voneinander abgrenzen. Unter traditioneller Psychiatrie wird der fachliche Ansatz verstanden, den *Möller u.a. folgendermaßen beschreiben*: „Psychiatrie ist ein spezielles Fachgebiet der Medizin. Es umfasst die Erforschung, Diagnostik und Therapie psychischer Krankheiten des Menschen. [...] Gerade in der Erkenntnis des Zusammenwirkens biologischer und psychosozialer Faktoren und deren Auswirkungen auf das psychopathologische Erscheinungsbild liegt das Wesen der Psychiatrie“ (*Möller u.a. 2009, S. 2*). Sozialpsychiatrie und Soziale Psychiatrie versuchen, „psychische Störungen in ihrer engen Verflechtung mit der gesamten sozialen Umwelt – Familie, Wohn- und Arbeitsumgebung, ökonomische Situation, soziokulturelle Umwelt – sowohl zu verstehen als auch zu behandeln“ (*Ciompi 1995, S. 295*). Die beiden Begriffe Sozialpsychiatrie und Soziale Psychiatrie werden, ebenso wie in der Literatur, synonym verwendet.

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass in der traditionellen Psychiatrie Gespräche eher einseitig (bestimmt durch den Arzt, die Ärztin), selten (der Schwerpunkt liegt auf dem Aufnahmegericht) und mit dem Fokus auf die Behandlung der Krankheitssymptome stattfinden (Möller u.a. 2009, Tölle; Windgassen 2012). In der Sozialpsychiatrie hingegen werden Gespräche dialogisch geführt, erfolgen oft und beinhalten sowohl die biographische Bearbeitung der Vergangenheit als auch die Zukunftsplanung (Lang 2013, Morsch 2004, S.191 f.).

2-4 Perspektivenvergleich | Eine direkte Gegenüberstellung der Motivation und der Ziele, die in den beiden fachlichen Ansätzen und von den Patientinnen und Patienten mit Gesprächen verbunden werden, ergibt, dass Sozialpsychiaterinnen und -psychiater ebenso wie viele Betroffene Wert darauf legen, die Behandlung möglichst weitgehend gemeinsam zu planen und in ihrem Verlauf zu reflektieren. Dialoge dienen dabei als Mittel zur Befähigung der Patientinnen und Patienten, die Störung zu verstehen, biographisch einzurichten und die Zukunft möglichst selbstbestimmt zu bewältigen. Hingegen haben die Behandlungspraktiken der traditionellen Psychiatrie, welchen die Patientinnen und Patienten in den Kliniken überwiegend begegnen, kaum etwas mit den Vorstellungen der Betroffenen gemein. In ihnen gibt es wenig Dialog, einen wesentlich durch den Arzt beziehungsweise die Ärztin gesteuerten Austausch und die Konzentration auf die (medikamentöse) Beseitigung von Symptomen.

2-4-1 Die Geringschätzung von Gesprächen in der stationären Psychiatrie | Die Gründe für den letztgenannten Umstand sind vielfältig. Zu ihnen zählen ein eher biomedizinisch statt biopsychosoziales Verständnis von der Entstehung und dem Verlauf psychischer Störungen, die Facharztausbildung ist diesbezüglich offenbar mangelhaft. Es existieren ein fachliches Dilemma zwischen objektivem und subjektorientiertem Zugang zu den Patientinnen und Patienten sowie ein ethisches Dilemma, zwischen dem Wohl und dem Willen des Patienten, der Patientin entscheiden zu müssen. Darüber hinaus bestehen strukturelle Probleme wie zum Beispiel Zeit- und Personalmangel sowie Probleme des Umgangs mit Psychosen in der klinisch-stationären Behandlung.

2-4-2 Resümee aus der Gegenüberstellung |

Gespräche zwischen Patientinnen und Patienten und deren Ärztinnen und Ärzten sind unter diesen Bedingungen auf ein Minimum reduziert, so dass unter anderem der bereits erwähnte, vielfach von Patientinnen und Patienten und aus menschenrechtlicher Sicht eingeforderte Grundsatz des „Verhandelns statt Behandelns“ nicht umgesetzt wird. Den Patientinnen und Patienten mangelt es folglich an Informationen, ihre Einschätzungen finden im Behandlungsprozess kaum Berücksichtigung und die Freiheit, eigene Entscheidungen zu treffen, auf die sie laut der UN-Behindertenrechtskonvention ein Recht haben, können sie nicht in Anspruch nehmen. Die Menschenrechte der Partizipation und der Selbstbestimmung (BRK 2008, S.1 f.) werden somit nicht verwirklicht mit der Konsequenz, dass die Betroffenen in einer tendenziell passiven Rolle verharren.

Sozialpsychiatrische Ansätze eignen sich eher dazu, den Wünschen Betroffener und den Menschenrechten zu entsprechen, da sie den Dialog zwischen Ärztinnen, Ärzten und Patientinnen, Patienten als Mittel nutzen, die Partizipation und die Selbstbestimmung Psychiatrie-Erfahrener zu unterstützen. Hinter dem Ansatz stehen ein ganzheitliches Menschenbild und ein biopsychosoziales Verständnis psychischer Störungen, die den Menschen, auch wenn er krank und hilfebedürftig ist, als Subjekt sehen, das das eigene Leben gestalten kann und soll und dazu in der Lage ist, Einfluss auf den Verlauf der Störung zu nehmen.

2-5 Konzepte zur Partizipation und Selbstbestimmung | In der klinisch-stationären Behandlung finden sich die Erwartungen von Psychiatrie-Erfahrenen an den Austausch mit den behandelnden Ärztinnen und Ärzten zum Beispiel in Konzepten der „Psychiatrie mit offenen Türen“ und der „Soteria“, die zum Teil in Kombination miteinander realisiert werden.

2-5-1 Psychiatrie mit offenen Türen | Grundsätze der Psychiatrie mit offenen Türen sind, dass es keine spezielle Aufnahmestation gibt, die Türen aller Stationen offen stehen und die Patientengruppen durchmischt sind (Voigtlander 2001, S.182, Krisor 2005, S.120). Da sich in diesem Setting alle Patientinnen und Patienten (auch die gerichtlich untergebrachten) jederzeit aus der Klinik entfernen können, besteht eine wichtige Aufgabe des Personals darin,

sie in Gesprächen davon zu überzeugen, dass ihr Klinikaufenthalt sinnvoll ist. Dadurch und durch den erleichterten Zugang von Besucherinnen und Besuchern zu den Stationen entstehen mehr Austausch und Kommunikation und ein besonderes Milieu (Werner 2004, S.169, Hofmann 2004, S.12). Auch bleiben die Patientinnen und Patienten von Beginn ihres Aufenthaltes an immer auf der gleichen Station und können aufgrund ihrer Bewegungsfreiheit an Behandlungsangeboten in anderen Klinikbereichen teilnehmen. Dadurch wird die Kontinuität in den therapeutischen Beziehungen gewahrt (Voigtländer 2001, S.182 f.).

2-5-2 Soteria | Wird das Konzept der offenen Psychiatrie mit Soteria-Elementen ergänzt, verstärkt sich der Akzent auf die kommunikativen Aspekte der Behandlung und er wird inhaltlich gefüllt. Grundelemente der Soteria sind gemäß Ciompi die Begleitung durch psychotische Krisen, eine kontinuierliche Bezugsbetreuung sowie „Klare und gleichartige Informationen für Patienten, Angehörige und Betreuer hinsichtlich der Erkrankung, ihrer Prognose und Behandlung“ (Ciompi 2001, S. 57). Auch zählen hierzu ein zurückhaltender Umgang mit Neuroleptika, die Erarbeitung und Aushandlung von Zielen bezüglich des zukünftigen Wohnens und Arbeitens sowie die Nachbetreuung und Rückfallprophylaxe auf der Grundlage einer gemeinsamen Analyse in Bezug auf Frühwarnzeichen, Belastungssituationen und Bewältigungsstrategien (Ciompi 2001, S. 57 f., Ciompi 1994, S.339 f.). Urbahn ergänzt, dass im Sinne eines Subjekt-Subjektverhältnisses verhandelt statt behandelt sowie Behandlungsvereinbarungen getroffen werden müssten (Urbahn 2001, S. 507).

Der überwiegende Teil dieser Grundsätze kann nur im kontinuierlichen Austausch zwischen Behandelnden und Betroffenen verwirklicht werden. Die Patientinnen und Patienten durchlaufen dabei drei Phasen der stationären Behandlung und eine Nachbetreuungsphase. In der ersten Phase wird in enger Begleitung durch den Bezugsbetreuer oder die Bezugsbetreuerin im „weichen“ Zimmer die Psychose durchlebt (Ciompi 2001, S.59 f.). Die zweite Phase beinhaltet die Arbeit an einer zunehmenden Autonomie und Übernahme von Verantwortung in der Gemeinschaft und der Mobilisierung von Ressourcen. Gleichzeitig finden Gespräche über das psychotische Erleben statt, das in die biographische

Entwicklung eingeordnet wird. Der Störung zugrunde liegende Entwicklungskrisen werden ansatzweise aufgearbeitet (Ciompi 2001, S. 60, Aderhold 1997, S. 225 f.).

In der dritten Phase orientieren sich die Patienten und Patientinnen nach außen und beschäftigen sich mit ihrer Zukunft, also der Wiedereingliederung in die Gesellschaft. Dazu werden gemeinsam mit den Bezugsbetreuerinnen und -betreuern konkrete Ziele wie die Wohnungs- oder Arbeitssuche angesteuert. Individuelle Frühwarnzeichen bei einer sich anbahnenden Psychose werden herausgearbeitet, Rückfallprophylaxen angeleitet und die Selbstmedikation wird eingeübt (Ciompi 2001, S. 60). Auch „wird die Verarbeitung des psychotischen Erlebens und die Konsolidierung von Identitäts- und Selbstwertgefühlen im Rahmen der persönlichen Lebensgeschichte weiter gefördert“ (ebd.).

2-6 Verwirklichung der Menschenrechte und der Wünsche der Patientinnen und Patienten | Enthalten in der Behandlung sind somit intensive, häufige und kontinuierliche Gespräche über das psychotische Erleben, das Krankheitsbild und die biographische Einordnung derselben. Dies entspricht den Wünschen Betroffener, wie sie weiter oben dargestellt wurden. Darüber hinaus werden die Menschenrechte der Partizipation und der Selbstbestimmung dadurch gewahrt, dass die Patientinnen und Patienten die Behandlung wesentlich mitbestimmen. So meint Voigtländer, das Soteria-Konzept beinhaltet insbesondere, möglichst viel Eigenverantwortung bei den Patientinnen und Patienten zu belassen, sie über ihr Störungsbild aufzuklären und gemeinsam mit ihnen einen Behandlungsplan zu erstellen (Voigtländer 2001, S. 184).

Bereits erwähnte, wichtige Behandlungsziele für Betroffene sind die Kontrolle über das eigene Leben, die Übernahme von Verantwortung für das eigene Leben und die Wahrnehmung als Subjekt durch andere. Im Soteria-Konzept werden diese Ziele durch Ressourcenorientierung, Einübung der Selbstmedikamentierung, Aufarbeitung des psychotischen Erlebens und Rückfallprophylaxe in Gesprächen angestrebt (Ciompi 2001, S. 61). Über die Behandlung mittels des Konzeptes der offenen Türen und nach Soteria-Prinzipien in der Westfälischen Klinik Gütersloh schreibt Urbahn, sie habe den Patientinnen und

Patienten geholfen, „ihre Krisen besser und subjektiv erfolgreicher zu meistern, d. h. mit einem Zuwachs an Selbstverständnis und Fähigkeit zur Selbstbewältigung i.S. des Empowerment-Konzeptes [...] zu Experten in eigener Sache zu werden“ (Urbahn 2001, S. 510). Subjektorientierung, so Urbahn weiter, sei offensichtlich entscheidend für Rückfallprophylaxe und Integration in die Gemeinde (*ebd.*).

3 Fazit | Belegt durch die Praxis ist demzufolge, dass es im Rahmen der klinischen Behandlung möglich ist, den Vorstellungen der Patientinnen und Patienten entgegenzukommen und damit einhergehend Menschenrechtsstandards zu erfüllen. Konzepte wie das der Psychiatrie mit offenen Türen und Soteria sind jedoch relativ wenig verbreitet. Warum dem so ist, bleibt weiteren Untersuchungen vorbehalten. Sollte die zukünftige Entwicklung, wie von manchen Psychiaterinnen und Psychiatern befürchtet, jedoch weiterhin stärker in Richtung einer biomedizinisch ausgerichteten Psychiatrie gehen, wird es auch in Zukunft schwer werden, den Gesprächsforderungen der Betroffenen zu entsprechen.

In diesem Zusammenhang ist für mich als sozial-psychiatrisch Tätige interessant, dass diese Forderungen aus menschenrechtlicher Sicht begründet werden können: Würden die Menschenrechte der Partizipation und Selbstbestimmung von Menschen mit Behinderungen ernst genommen, so könnte auf Gespräche zwischen Ärztinnen und Ärzten sowie Patientinnen und Patienten zu den genannten Themen in der Klinik nicht verzichtet werden. Die Patientinnen und Patienten könnten sie unter Berufung auf die Menschenrechte einfordern.

Eine Einschränkung der Selbstbestimmung, die in Menschenrechtsdokumenten akzeptiert wird, bezieht sich auf Situationen, in denen Patientinnen und Patienten selbst- oder fremdgefährdendes Verhalten an den Tag legen und durch Ansprache nicht mehr erreichbar scheinen. Das Gespräch mit ihnen wird dann häufig abgebrochen und es werden zu ihrem eigenen und dem Schutz anderer Menschen Zwangsmaßnahmen eingeleitet. Derartige Situationen sind möglicherweise vermeidbar, wenn insbesondere zwischen Menschen mit wiederholten Klinikaufenthalten und deren Ärztinnen und Ärzten ein kontinuierlicher Austausch stattfindet. Hierbei sollte über Themen wie Wirkung und Nebenwirkungen der

Medikamente, biographische Ereignisse, Krankheitserleben und Erwartungen bezüglich der Behandlung gesprochen werden. Dieses Kennenlernen der Patienten und Patientinnen, deren Wahrnehmung fremd- oder selbstgefährdender Krisen und die Einschätzung dessen, was ihnen vielleicht helfen kann, würde dazu beitragen, kritische Situationen zu deeskalieren und Zwangsmaßnahmen zu vermeiden. Gespräche hätten dann eine konstruktive und prophylaktische Wirkung im Hinblick darauf, solche Situationen anders als mit Zwangsmaßnahmen, die gemäß dem Sonderberichterstatter Juan E. Mendéz Folter darstellen können (Mendéz 2013, S. 22), zu bewältigen.

Martina Lebek ist Dipl.-Politologin und Sozialarbeiterin (BA, MA). Sie ist als Wohnbetreuerin bei der Pinel gGmbH in Berlin tätig. E-Mail: kebelm@web.de

Literatur

- Aderhold**, Volkmar: Der Beitrag der psychiatrischen Akutstationen zur Behandlung psychotischer Menschen – eine Utopie? In: Stark, Michael-F.; Bremer, Fritz; Esterer, Ingeborg (Hrsg.): Ich bin doch nicht verrückt. Erste Konfrontationen mit psychischer Krise und Erkrankung. Bonn 1997
- BRK** – Übereinkommen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen vom 13. Dezember 2006. Zwischen Deutschland, Liechtenstein, Österreich und der Schweiz abgestimmte Übersetzung 2008. In: <http://tinyurl.com/ntplpls> (abgerufen am 25.8.2015)
- Buck**, Dorothea: Psychiatrischer Größenwahn in Deutschland. Aus der Vergangenheit für die Zukunft lernen. In: Bock, Thomas u.a. (Hrsg.): Abschied von Babylon. Verständigung über Grenzen in der Psychiatrie. Bonn 1995
- CDBI** – Comité Directeur pour la Bioéthique (Steering Committee on Bioethics): „WHITE PAPER“ on the protection of the human rights and dignity of people suffering from mental disorder, especially those placed as involuntary patients in a psychiatric establishment. Ministerialdokument vom Januar 2000 (<https://wcd.coe.int/ViewDoc.jsp?id=338285&Site=CM>, abgerufen am 25.8.2015)
- CESCR** – UN Committee on Economic, Social and Cultural rights: General Comment Nr. 5. Persons with disabilities. UN-Dokument vom 9.12.1994 (<http://www.refworld.org/docid/4538838f0.html>, abgerufen am 25.8.2015)
- CESCR** – UN Committee on Economic, Social and Cultural rights: General Comment Nr. 14. The right to the Highest Attainable Standard of Health (Art. 12 of the Convention). UNDoc. E/C.12/2000/4 vom 11.8.2000 (<http://www.refworld.org/docid/4538838d0.html>, abgerufen am 25.8.2015)
- Ciompi**, Luc: Affektlogik. Über die Struktur der Psyche und ihre Entwicklung. Ein Beitrag zur Schizophrenieforschung. Stuttgart 1994
- Ciompi**, Luc: Die Philosophie der Sozialpsychiatrie im Rahmen eines psychosozialbiologischen Verstehensmodells

- der Psyche. In: Bock, Thomas u.a. (Hrsg.): Abschied von Babylon. Verständigung über Grenzen in der Psychiatrie. Bonn 1995
- Ciompi**, Luc: Soteria Bern: Konzeptuelle und empirische Grundlagen, Wirkhypthesen. In: Ciompi, Luc; Hoffmann, Holger; Broccard, Michel (Hrsg.): Wir wirkt Soteria. Eine atypische Psychosenbehandlung kritisch beleuchtet. Bern 2001
- Community of Ministers**: Recommendation of the Committee of Ministers to member states concerning the protection of the human rights and dignity of persons with mental disorder. EU-Doc. Rec(2004)10 vom 22. September 2004 (<https://wcd.coe.int/ViewDoc.jsp?id=775685>, abgerufen am 25.8.2015)
- Europarat**: Übereinkommen zum Schutz der Menschenrechte und der Menschenwürde im Hinblick auf die Anwendung von Biologie und Medizin: Übereinkommen über Menschenrechte und Biomedizin von 1997. SEV-Nr.: 164 (<http://conventions.coe.int/treaty/ger/treaties/html/164.htm>, abgerufen am 25.8.2015)
- Friboes**, Ralf-Michael; Spring, Konstanze; Volz, Anja: Psychiatrie in Frage und Antwort. Fragen und Fallgeschichten zur Vorbereitung auf mündliche Prüfungen während des Semesters und im Examen. München 2008
- Gläser**, Jochen; Laudel, Grit: ExpertInneninterviews und qualitative Inhaltsanalyse. Lehrbuch. Wiesbaden 2010
- Hofmann**, Wolfgang: Das Krankenhaus als therapeutische Institution. In: Werner, Wolfgang (Hrsg.): Lehrbuch der Krankenhauspsychiatrie. Psychiatrie im sozialen Kontext. Stuttgart 2004
- Hunt**, Paul: Bericht des Sonderberichterstatters über das Recht eines jeden auf das für ihn erreichbare Höchstmaß an körperlicher und geistiger Gesundheit. UN-Dokument E/CN.4/2005/51 vom 11.2.2005 (<http://www.un.org/depts/german/menschenrechte/e-cn4-2005-51.pdf>, abgerufen am 25.8.2015)
- Krisor**, Matthias: Aufgehoben in der Gemeinde. Entwicklung und Verankerung einer offenen Psychiatrie. Bonn 2005
- Lang**, Undine: Innovative Psychiatrie mit offenen Türen. Deskalation und Partizipation in der Akutpsychiatrie. Berlin und Heidelberg 2013
- Lebek**, Martina: Rechte und Beschwerdemöglichkeiten, die PsychiatriepatientInnen kennen sollten, wenn sie mit Aspekten ihrer klinisch-stationären Behandlung nicht einverstanden sind. Kooperationsstudiengang MRMA, Master of Social Work – Soziale Arbeit als Menschenrechtsprofession, Projektbericht. Berlin 2013
- Lebek**, Martina: Die Gesprächskultur zwischen ÄrztlInnen und PsychiatriepatientInnen im Rahmen der klinisch-stationären Behandlung – unter besonderer Berücksichtigung der NutzerInnen – und Nutzerperspektive und der Menschenrechte. Kooperationsstudiengang MRMA, Master of Social Work – Soziale Arbeit als Menschenrechtsprofession, Masterarbeit. Berlin 2014
- Mendéz**, Juan E.: Bericht des Sonderberichterstatters über Folter und andere grausame, unmenschliche oder erniedrigende Behandlung oder Strafe. UN-dokument A/HRC/22/53 vom 1.2.2013 (<http://tinyurl.com/loq98o8>, abgerufen am 25.8.2015)
- Möller**, Hans-Jürgen; Laux, Gerd; Deister, Arno: Psychiatrie und Psychotherapie. Stuttgart 2009
- Morsch**, Bernhard: Kontinuität. In: Werner, Wolfgang (Hrsg.): Lehrbuch der Krankenhauspsychiatrie. Psychiatrie im sozialen Kontext. Stuttgart 2004
- Tölle**, Rainer; Windgassen, Klaus: Psychiatrie einschließlich Psychotherapie. Heidelberg 2012
- UN General Assembly: The protection of persons with mental illness and the improvement of mental health care. UN-Dokument A/Res/46/119 vom Dezember 1991 (<http://www.un.org/documents/ga/res/46/a46r119.htm>, abgerufen am 25.8.2015)
- Urbahn**, Theiss: Soteriakonzeption in der stationären Pflichtversorgung der Abteilung Klin. Psychiatrie II der Westfälischen Klinik Gütersloh – Erfahrungen, Möglichkeiten und Grenzen. In: Wollschläger, Martin (Hrsg.): Sozialpsychiatrie. Entwicklungen Kontroversen Perspektiven. Tübingen 2001
- Voigtländer**, Wolfram: Stationäre Vollversorgung in der Gemeindepsychiatrie – natürlich am Allgemeinkrankenhaus und mit offenen Türen! In: Wollschläger, Martin (Hrsg.): Sozialpsychiatrie. Entwicklungen Kontroversen Perspektiven. Tübingen 2001
- Werner**, Wolfgang: Die Etappen des Behandlungsverlaufes von der Aufnahme bis zur Entlassung. In: Werner, Wolfgang (Hrsg.): Lehrbuch der Krankenhauspsychiatrie. Psychiatrie im sozialen Kontext. Stuttgart 2004
- WPA** – World Psychiatric Association: Auszug aus der Erklärung von Madrid über ethische Standards in der psychiatrischen Praxis. In: WHO Resource Book on Mental Health, Human Rights and Legislation. Genf 2006, S. 166 (http://www.who.int/mental_health/policy/who_resource_book_german.pdf, abgerufen am 25.8.2015)