

Aus der Universitätsklinik und Poliklinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik

an der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg

(Direktor: Prof. Dr. med. Dr. h.c. Andreas Marneros)

**Behandlungsvereinbarungen in der Gemeindepsychiatrie:  
Evaluation der Erfahrungen in Halle (Saale)**

Dissertation

zur Erlangung des akademischen Grades

Doktor der Medizin (Dr. med.)

vorgelegt

der Medizinischen Fakultät

der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg

von Juliane Grätz

geboren am 14. November 1981 in Halle (Saale)

Betreuer: Prof. Dr. Peter Brieger

Gutachter: 1. Prof. Dr. Dr. Andreas Marneros

2. Prof. Dr. Thomas Kallert

Datum der Verteidigung: 28.07.2009

## Referat

In den vergangenen Jahrzehnten hat sich die Psychiatrie von einer eher verwahrenden hin zu einer integrativ-sozialen medizinischen Disziplin entwickelt. Teil dieser Veränderungen ist auch eine stärkere Mit- und Selbstbestimmung psychiatrischer Patienten, wie sie sich etwa am Beispiel der inzwischen an zahlreichen Kliniken etablierten Behandlungsvereinbarungen zeigt.

Die vorliegende Arbeit hat die Evaluierung der Erfahrungen mit Behandlungsvereinbarungen in Halle an der Saale zum Ziel, wo diese seit 2003 existieren. Hierfür wurden zwischen Januar und Dezember 2006 zwei Personengruppen mittels semistandardisierter Interviews befragt: Zum einen psychiatrische Patienten, die bis Ende 2005 eine solche Vereinbarung abgeschlossen hatten, und von denen auch soziodemographische sowie krankheitsgeschichtliche Daten erhoben wurden. Zum anderen Ärzte und Sozialarbeiter der beiden psychiatrischen Kliniken (Psychiatrischen Krankenhaus Halle, Universitätsklinik und Poliklinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik), die bereits Patienten mit Behandlungsvereinbarung therapiert hatten.

Es zeigte sich, dass bislang nur ein kleiner Teil der Patienten Behandlungsvereinbarungen abgeschlossen hat. Hierbei überwogen weibliche Personen mittleren Lebensalters mit zumeist langjährigen Krankheitsverläufen. Besonders häufig waren schizoaffektive Störungen sowie Erkrankungen aus dem psychotischen Formenkreis und affektive Störungen vertreten. Die meistgenannten Beweggründe für den Abschluss einer Vereinbarung stellten negative Erfahrungen hinsichtlich früherer stationärer Behandlungen sowie Medikamentennebenwirkungen dar, verbunden mit der Hoffnung auf mehr Selbstbestimmung sowie Kooperation mit dem Klinikpersonal. Die überwiegende Mehrzahl der Professionellen stand den Vereinbarungen sehr positiv gegenüber. Gleiches gilt für die befragten Patienten. Behandlungsvereinbarungen haben somit das Potenzial, im Sinne von Empowerment und Recovery zu wirken. Der hierfür nötige Austausch zwischen den psychiatrisch tätigen Berufsgruppen sowie die konsequente Berücksichtigung und Umsetzung im klinischen Alltag erwiesen sich jedoch als noch entwicklungsfähig.

Grätz, Juliane: Behandlungsvereinbarungen in der Gemeindepsychiatrie: Evaluation der Erfahrungen in Halle (Saale).

Halle, Univ., Med. Fak., Diss., 87 Seiten, 2009

# Inhaltsverzeichnis

<b>1</b>	<b>EINLEITUNG.....</b>	<b>1</b>
1.1	DIE BEZIEHUNG ZWISCHEN ARZT UND PATIENT .....	1
1.1.1	<i>Historische Entwicklung.....</i>	1
1.1.2	<i>Die Sonderrolle der Psychiatrie.....</i>	3
1.2	VON DER VERWAHRENDEN ZUR INTEGRATIV - SOZIALEN PSYCHIATRIE.....	3
1.2.1	<i>Die deutsche Psychiatrie nach 1945.....</i>	3
1.2.2	<i>Wege zur Selbstbefähigung Psychiatrie-Betroffener.....</i>	5
1.3	PATIENTENWILLE UND MEDIZINISCHE THERAPIE .....	7
1.3.1	<i>Bisherige Konzeptionen antizipierter Willenserklärungen.....</i>	7
1.3.2	<i>Behandlungsvereinbarungen – „Verhandeln statt Behandeln“.....</i>	10
1.3.3	<i>Inhaltliche und rechtliche Aspekte von Behandlungsvereinbarungen.....</i>	11
1.3.4	<i>Kritik an den Behandlungsvereinbarungen.....</i>	12
1.3.5	<i>Bisherige Erfahrungen mit Behandlungsvereinbarungen.....</i>	13
1.4	BEHANDLUNGSVEREINBARUNGEN IN HALLE (SAALE).....	15
1.4.1	<i>Die psychiatrische Versorgungssituation in der Saalestadt.....</i>	15
1.4.2	<i>Entstehungsgeschichte der Absprachen zur Behandlung.....</i>	16
1.4.3	<i>Die Absprachen zur Behandlung.....</i>	18
<b>2</b>	<b>FRAGESTELLUNG .....</b>	<b>20</b>
<b>3</b>	<b>MATERIAL UND METHODIK.....</b>	<b>22</b>
3.1	DURCHFÜHRUNG .....	22
3.2	AUFBAU DER INTERVIEWLEITFÄDEN.....	23
3.3	STATISTISCHE AUSWERTUNG.....	23
<b>4</b>	<b>ERGEBNISSE.....</b>	<b>25</b>
4.1	ERGEBNISSE DER PATIENTENBEFRAGUNG.....	26
4.1.1	<i>Soziodemographische Daten.....</i>	26
4.1.2	<i>Krankheitsbezogene Daten.....</i>	28
4.1.3	<i>Angaben zu den Absprachen zur Behandlung.....</i>	32
4.2	ERGEBNISSE DER BEFRAGUNG VON ÄRZTEN UND SOZIALARBEITERN .....	36
4.2.1	<i>Auswirkungen der AzB auf die Arbeit der professionell Tätigen.....</i>	36
4.2.2	<i>Bedeutung und Potential der Absprachen zur Behandlung aus professioneller Sicht.....</i>	38
4.2.3	<i>Problematische Aspekte und Entwicklungspotential.....</i>	39
4.3	DOKUMENTATIONSPRAXIS IN DEN BEIDEN KLINIKEN .....	40
<b>5</b>	<b>DISKUSSION.....</b>	<b>42</b>
5.1	DISKUSSION DER METHODE.....	42
5.2	DISKUSSION DER ERGEBNISSE .....	43
5.2.1	<i>Sozialpsychiatrische Einbindung und soziodemografisches Profil der Nutzergruppe.....</i>	43
5.2.2	<i>Zu den Erkrankungen und Krankheitsgeschichten.....</i>	44
5.2.3	<i>Mit den AzB verbundene Informationswege, Beweggründe und Erwartungen.....</i>	46
5.2.4	<i>Das Vereinbarungsgespräch.....</i>	48
5.2.5	<i>Die AzB: Erfahrungen und Bewertungen.....</i>	49
5.2.6	<i>Dokumentation und Evaluation der AzB.....</i>	53
5.3	SCHLUSSFOLGERUNGEN UND AUSBLICK.....	54
<b>6</b>	<b>LITERATURVERZEICHNIS.....</b>	<b>57</b>
<b>7</b>	<b>ANHANG .....</b>	<b>64</b>
<b>8</b>	<b>THESEN.....</b>	<b>86</b>

## Abkürzungsverzeichnis

AbW	Ambulant betreutes Wohnen
AG	Arbeitsgruppe
AK	Arbeitskreis
EU	Erwerbsunfähigkeit
FGG	Gesetz über die Angelegenheiten der Freiwilligen Gerichtsbarkeit
PKH	Psychiatrisches Krankenhaus Halle
POS	Polytechnische Oberschule
PSAG	Psychosoziale Arbeitsgemeinschaft
PsychKG	Gesetz über Hilfen und Schutzmaßnahmen für psychisch Kranke
SGB	Sozialgesetzbuch
SpDi	Sozialpsychiatrischer Dienst

# 1 Einleitung

## 1.1 Die Beziehung zwischen Arzt und Patient

### 1.1.1 Historische Entwicklung

Das Verhältnis zwischen einem Arzt und seinem Patienten ist charakterisiert durch das Gegenüber von Experte und Laie. Auf der einen Seite steht der Arzt, welcher mit seinem Fachwissen die Beschwerden des Patienten zu beseitigen oder doch zumindest zu mindern vermag. Der Patient wiederum begegnet ihm - nicht selten auch in existenziellen Notlagen - als Hilfesuchender, der auf die Kompetenz des Arztes vertraut, ja letztlich vertrauen muss. In der Arzt-Patienten-Beziehung wird der Vertrauensakt somit nicht extra geleistet sondern ist bereits in die Arztrolle eingeschrieben (Wörishofer, 2007). Aus diesem ungleichen Machtverhältnis heraus beanspruchten die Ärzte über viele Jahrhunderte für sich das Recht und die moralische Pflicht, allein zu entscheiden, was für den Kranken das Beste ist. Das im Eid des Hippokrates begründete klassische ärztliche Fürsorge - Ethos mit seiner immanenten Gefahr des Paternalismus hatte Vorrang vor dem Selbstbestimmungsrecht des Kranken. Dessen Zustimmung wurde zumeist vorausgesetzt oder gar nicht erst berücksichtigt; Aufklärung und Information der Patienten spielten eine untergeordnete Rolle. Der amerikanische Psychiater Jay Katz ging in diesem Zusammenhang 1984 sogar so weit, die Geschichte der Arzt-Patienten-Beziehung als „history of silence“ zu bezeichnen.

Inzwischen aber vollzieht sich ein Wandel dieses Verhältnisses vom Paternalismus hin zu Mitsprache und Partizipation des Patienten. Diese Entwicklung trägt gesellschaftlichen Prozessen Rechnung. So hat in den vergangenen Dekaden in den westlichen Industriegesellschaften eine zunehmende Individualisierung und Privatisierung der Lebens- und Wertevorstellungen stattgefunden, welche die Selbstbestimmung über das eigene Leben zum vorherrschenden moralischen und rechtlichen Leitbegriff erhob (Eibach und Schaefer, 2001). Die paternalistisch geprägte Herangehensweise geriet so mehr und mehr in Konflikt mit dem sich etablierenden Autonomieprinzip; Fürsorge wurde immer häufiger als Bevormundung und Entscheidung über die Köpfe der Betroffenen hinweg angesehen (Pöltner, 2002). So ist heute im Unterschied zu früheren Epochen nicht mehr allein das Wohlergehen

des Patienten (*salus aegroti suprema lex*<sup>1</sup>) wesentliche Komponente und Richtlinie des ärztlichen Handelns, sondern auch sein Wille (*salus ex voluntate aegroti lex*<sup>2</sup>). Diese Maxime fand etwa in der 1996 verfassten Deklaration von Madrid des Weltverbandes für Psychiatrie ihren Niederschlag: [Punkt 3] “Im therapeutischen Prozess soll der Patient als Partner aus eigenem Recht angenommen werden. Das Arzt-Patienten-Verhältnis muss sich auf gegenseitiges Vertrauen und Achtung gründen, um dem Patienten freie und auf Aufklärung gestützte Entscheidungen zu ermöglichen“ (Helmchen, 1998).

Gewissermaßen als Ausdruck unserer pluralistischen Gesellschaft existieren gegenwärtig auch verschiedene Modelle der Arzt-Patienten-Beziehung: Den Gegenentwurf zum arztzentrierten *paternalistischen Modell* stellt das *Informed Choice-Modell* dar, bei welchem allein der Patient die Entscheidung trifft, der Arzt hat hierbei die passive Rolle des Informationslieferanten inne. Das Verhältnis zwischen beiden kommt somit einer Geschäftsbeziehung gleich. Eine Zwischenstellung nimmt das Konzept des *Shared Decision Making* bzw. der *Partizipativen Entscheidungsfindung* ein: Hier wird die Therapieentscheidung nach gegenseitigen Informationsaustausch gemeinsam getroffen und verantwortet (Quill und Brody, 1996; Hamann et al., 2006; Schrauth und Zipfel, 2005). Parallel hierzu haben sich auch verschiedene Bezeichnungen für die Patienten etabliert – so ist beispielsweise von Klienten, Behinderten, Betroffenen, Nutzern oder Kunden die Rede (Rössler, 2005).

Dieses höhere Maß an Wahlfreiheit (*choice*), welches den Patienten nunmehr zukommt, kann diese aber auch überfordern und ist daher nicht in allen medizinischen Entscheidungssituationen anwendbar.

Zudem ist *choice* in seinen gesundheitspolitischen Auswirkungen nicht unumstritten: Zwar kann hierdurch mehr Gesundheitsbewusstsein und Eigenverantwortung entstehen, doch es besteht zugleich das Risiko einer Mehrklassenmedizin – zwischen verschiedenen Optionen vermag nur zu wählen, wer sich diese finanziell leisten kann. Darüber hinaus gilt *choice* auch als wettbewerbsförderndes Element, welches zur Erhöhung qualitativer Standards beitragen kann (Coulter, 2004).

---

<sup>1</sup> Sinngemäß: Das Wohl des Kranken ist oberstes Gebot medizinischen Handelns.

<sup>2</sup> Sinngemäß: Gesetz ärztlichen Handelns ist das Wohl des Patienten, so wie es sich aus dessen Willen ergibt.

### *1.1.2 Die Sonderrolle der Psychiatrie*

Auf dem Gebiet der Psychiatrie gestaltet sich die Anwendung des Prinzips der Patientenautonomie besonders schwierig, da der psychiatrische Patient krankheitsbedingt in seiner freien Willensbildung beeinträchtigt sein kann und die unter Umständen mangelnde Einsicht in die Behandlungsbedürftigkeit einen Moment der Erkrankung selbst darstellt (Pöltner, 2002). Der psychisch Kranke wäre gemäß dieser Logik kein freier Mensch, der durch die Psychiatrie seiner Freiheit beraubt wird, sondern ein Unfreier, der vor Schaden zu bewahren ist, so Pillen (2004). Die im Falle von Selbst- und Fremdgefährdung notwendig erscheinenden freiheitsentziehenden Maßnahmen sind somit als fürsorgliche Handlungen zum Schutze des Patienten legitimiert.

Zugleich stellt die Psychiatrie bis heute neben der Polizei und dem Justizapparat die bedeutendste Institution gesellschaftlicher Kontrolle dar, so dass sich die Mitarbeiter der stationären Psychiatrie in einer ständigen Doppelfunktion befinden, wie Voelzke 1998 darlegt: Einerseits bestehe die Zielsetzung, dem Kranken zu helfen (§ 39 SGB, Fünftes Buch – Gesetzliche Krankenversicherung – SGB V), andererseits die der Gesellschaft gegenüber bestehende Verpflichtung, Ordnung und Sicherheit zu gewährleisten (PsychKG, Betreuungsrecht, FGG, Maßregelvollzug, Rehabilitations- und Eingliederungshilferecht). Psychiatrisch tätig zu sein bedeutet daher ein ständiges Abwägen zwischen ethischen und fachlichen Belangen, zwischen repressivem und schützendem Handeln und in wohl keiner anderen medizinischen Fachdisziplin stellt sich die Frage der individuellen Selbstbestimmung so eindringlich wie in der Psychiatrie.

## **1.2 Von der verwahrenden zur integrativ-sozialen Psychiatrie**

### *1.2.1 Die deutsche Psychiatrie nach 1945*

In den ersten Jahrzehnten nach Ende des Zweiten Weltkrieges setzte sich in der Bundesrepublik die Tradition der verwahrenden und ausgrenzenden Anstaltspsychiatrie weitgehend unverändert fort. Eine Auseinandersetzung mit der Beteiligung der Psychiatrie an den nationalsozialistischen Verbrechen fand kaum statt. Die unzureichenden personellen und materiellen Kapazitäten wurden als Kriegsfolgen hingenommen und wenig ausgeprägt war das Bewusstsein für die

Tatsache, dass eine Vernachlässigung der Psychiatrie mit dem Menschenbild einer modernen westlichen Demokratie unvereinbar ist (Greb, 1995).

Erst Ende der 1960er Jahre kamen kritische Stimmen und Reformansätze zum Zuge. Den Rahmen hierfür schuf ein von heftigem Misstrauen gegenüber jeder Art von Autorität geprägtes soziales Klima, welches u.a. zu umfassenden Psychiatriereformen in Italien, Frankreich, Großbritannien und den USA führte. Ausgehend von den Vereinigten Staaten kam es zeitgleich auch zur sogenannten *Antipsychiatrie*, einer Bewegung, die psychisches Kranksein und Psychiatrie an sich in Frage stellte. Ihre mehr theoretische als praktische Ausrichtung konnte sich letztlich zwar nicht durchsetzen, doch ist ohne die antipsychiatrischen Impulse eine tiefgreifende Änderung der Verhältnisse rückblickend kaum vorstellbar.

Anfang der 1970er Jahre wurde denn auch in der BRD dem unübersehbar gewordenen Veränderungsbedarf in der Psychiatrie verspätet Rechnung getragen: 1970 konstituierte sich die „*Deutsche Gesellschaft für Soziale Psychiatrie (DGSP)*“, im Jahr darauf entstand die „*Aktion psychisch Kranker (APK)*“. Als Reaktion auf eine breite gesellschaftliche Kritik an der psychiatrischen Versorgung setzte der Deutsche Bundestag 1971 schließlich eine Expertenkommission ein, welche einen Bericht zur Lage der Psychiatrie erstellen sollte („*Psychiatrie-Enquête*“). Die Schlussfassung des Berichts lag vier Jahre später vor und markierte den Epochenwandel von der verwahrenden (kustodialen) zur therapeutisch und sozial ausgerichteten Psychiatrie. Die vier zentralen Forderungen dieser auch im internationalen Vergleich einmaligen Bestandsaufnahme und Psychiatrieplanung waren eine gemeindenahere Versorgung, die Gleichstellung von psychisch und somatisch Kranken, eine bedarfsgerechte Versorgung sowie die Koordination aller Versorgungsdienste. In der Folge entwickelte sich eine integrativ arbeitende Psychiatrie, die von den Bedürfnissen und der Lebensgeschichte des Kranken ausgeht. Es kam zu einem umfangreichen Ausbau der komplementären Angebote, die Verweildauern im stationären Bereich verkürzten sich deutlich, die Bettenzahlen wurden reduziert und es wurden psychiatrische Abteilungen an den Allgemeinkrankenhäusern eingerichtet. Ergänzend entstanden Tageskliniken und kleinere Versorgungseinheiten wie Wohnheime, Wohngemeinschaften und das betreute Wohnen. Die Einbeziehung der Patienten und ihrer Angehörigen in das Geschehen gehörte ebenso zu den Neuerungen wie die u. a. durch Sozialpsychiatrische Dienste vermittelten Hilfestellungen im Alltag.

In der DDR stellte sich die Ausgangslage nach 1945 zunächst ähnlich dar, allerdings kam es hier bereits zwölf Jahre früher als in der Bundesrepublik zu Reformimpulsen: 1963 trafen sich Psychiater und Gesundheitsminister der sozialistischen Staaten in Rodewisch und verabschiedeten die so genannten *Rodewischer Thesen*, welche auf eine rehabilitative Orientierung der psychiatrischen Großkrankenhäuser zielten und die Abwendung vom Verwahrungsprinzip forderten. Auf dieser Grundlage bildeten sich spezielle Therapieangebote heraus, ein relativ patientenfreundliches Einweisungsgesetz wurde erlassen und Polikliniken für die ambulante Versorgung gegründet. Rehabilitationsfördernd wirkte sich ein gesetzlich eingeräumtes Arbeitsrecht für psychisch Kranke aus. Jedoch waren die Rodewischer Thesen nur einem kleinen Personenkreis bekannt und wurden im Unterschied zur Psychiatrie-Enquête der BRD nicht von einer breiten öffentlichen Auseinandersetzung und Resonanz getragen: Eine umfassende und gesamtgesellschaftliche Diskussion der Missstände in der Psychiatrie und eine Selbsthilfebewegung waren in der DDR aus politischen Gründen nicht erwünscht (Schmiedebach et al., 2000). Hierdurch und auch aufgrund unzureichender ökonomischer Mittel musste die Realisierung der Thesen in ihren Ansätzen stecken bleiben und erwies sich in ihren praktischen Auswirkungen als eher begrenzt. Dabei bestanden auch deutliche Unterschiede zwischen den Regionen; innerhalb der DDR-Psychiatrie fand sich ein ausgeprägtes Nebeneinander von Stagnation und Modernisierung. Stellvertretend für die sozialpsychiatrische Reformbewegung kann etwa die Universitätsklinik Leipzig genannt werden (Mitzscherlich, 2006).

### **1.2.2 Wege zur Selbstbefähigung Psychiatrie-Betroffener**

Erst durch die oben skizzierten Entwicklungen entstand innerhalb der psychiatrischen Landschaft ein Klima, welches auch die Berücksichtigung der Perspektive von Psychiatrie-Betroffenen erlaubte. Diese begannen sich zunehmend zu organisieren, öffentlich zu artikulieren und selbst Einfluss auf ihr Leben zu nehmen - ein Prozess, welcher häufig als *Empowerment* umschrieben wird. Der Begriff geht historisch auf die Befreiungsbewegung der Schwarzen und die Emanzipationsbewegung in den USA zurück, entstammt also gesellschaftlich marginalisierten Gruppen, die sich die Gestaltung ihrer eigenen sozialen Lebenswelt zurück eroberten. Dieser „kollektive Prozess der Ermächtigung“ (Quindel, 2004) bedeutet in der Anwendung auf den psychiatrischen Bereich „den Versuch des

betroffenen Menschen, seine verloren gegangenen Fähigkeiten und seine Macht bzw. seinen Einfluss zurückzugewinnen (Muss, 2002, S.279).

Während rein professionelle Hilfen im psychosozialen Bereich mitunter passivierende Nebenwirkungen haben und die erlernte Hilflosigkeit der Klienten verfestigen, können Betroffene über den Weg der Selbstbefähigung die Rolle des passiven Hilfeempfängers schrittweise hinter sich lassen. Indem sie sich als Subjekte ihres eigenen Handelns erfahren, erleben sie dieses als sinnhaft, fühlen sich weniger ausgeliefert und können letztlich so auch eher wieder genesen. Wie Knuf (2007) ausführt, decken sich die Ergebnisse der entsprechenden Empowermentforschung etwa mit dem *Salutogenese*-Konzept nach Antonovsky oder dem Forschungsansatz der *Recovery*. Unter Recovery versteht man einen „Prozess der Auseinandersetzung des Betroffenen mit seiner Erkrankung, der dazu führt, dass er trotz seiner psychischen Probleme in der Lage ist, ein zufriedenes, hoffnungsvolles und aktives Leben zu führen“ (Knuf, 2003, S.30). Der individuelle Recoveryprozess verläuft also parallel zu noch bestehenden Beeinträchtigungen und ist weniger auf endgültige Heilung denn auf Verbesserung der Lebensqualität ausgerichtet. Wie Amering und Schmolke (2007) ausführen, stellt Empowerment einen wesentlichen Aspekt von Recovery dar: Selbstbestimmung, -ermächtigung und -wirksamkeit leisteten einen bedeutenden Beitrag zu dem oben beschriebenen Veränderungsprozess.

Im Zuge der Empowermentbewegung treten Psychiatrieerfahrene zunehmend als Experten in eigener Sache auf - beispielsweise in Selbsthilfegruppen und -organisationen, von denen es in Deutschland mittlerweile Hunderte gibt. Diese Einrichtungen verstehen sich als Interessenvertretung für all jene, die Kontakte mit der Psychiatrie hatten oder haben. Wegweisend war hierbei 1992 der Zusammenschluss der Psychiatrieerfahrenen im „*Bundesverband Psychiatrie-Erfahrener (BPE) e.V.*“, welcher sich auch am europäischen Netzwerk Psychiatrie-Betroffener beteiligt. Die bereits erwähnten Verbände DGSP und APK hingegen setzen sich aus Betroffenen, Angehörigen und Professionellen zusammen. Auch in den so genannten *Trialogen* und *Psychoseseminaren* findet eine Begegnung dieser drei Gruppierungen statt. In einem nicht - hierarchischen Setting kommt es hierbei zum Austausch der jeweiligen Erfahrungen und Sichtweisen, wodurch Perspektivwechsel und ein größeres gegenseitiges Verständnis erreicht werden sollen. Zugleich dienen die Seminare auch der Öffentlichkeitsarbeit, sie wollen aufklärend sein und Einblicke in die (Er)lebenswelten der Psychiatrie-Betroffenen ermöglichen. Insgesamt ist deren

zunehmende Akzeptanz als Gesprächspartner in sozialpsychiatrischen Fachdiskussionen unverkennbar. So sind Psychiatrieerfahrene auch in Beschwerdestellen tätig, beteiligen sich an Forschungsprojekten, arbeiten in den Psychosozialen Arbeitsgemeinschaften (PSAG) mit und vieles mehr.

All diese positiven Tendenzen dürfen aber nicht darüber hinweg täuschen, dass Empowerment nur dann zu einem funktionierenden Element psychiatrischer Behandlung werden kann, wenn sich die Beziehung zwischen Helfenden und Betroffenen grundlegend ändert (Knuf, 2007). Hierzu ist das Bemühen um eine beständige Reflexion der psychiatrischen Arbeit und die wirksame Verknüpfung der genannten neuen Ansätze mit bisherigen psychiatrischen Angeboten vonnöten. Solange beides relativ unverknüpft nebeneinander besteht und Empowerment-Instrumente wie Psychoseminare oder Behandlungsvereinbarungen nicht auf eine grundsätzlich nutzerorientierte Einstellung in den psychiatrischen Einrichtungen treffen, bleiben ihre Effekte zwangsläufig begrenzt. Den Professionellen kommt im Prozess des Empowerment daher v. a. die Aufgabe zu, das eigene Verhalten kritisch zu hinterfragen, die Betroffenen in der Bewusstwerdung ihrer Ressourcen und Kompetenzen begleitend zu unterstützen und entsprechende Hindernisse zu beseitigen. Sie können Empowerment befördern, die aktive Gestaltung desselben aber obliegt allein den Betroffenen.

## **1.3 Patientenwille und medizinische Therapie**

### *1.3.1 Bisherige Konzeptionen antizipierter Willenserklärungen*

Die bereits dargestellte Entwicklung hin zu einer stärkeren Berücksichtigung des Patientenwillens brachte auch die Möglichkeit der schriftlichen Fixierung desselben mit sich. Von größter Bedeutung war und ist dies wohl bei Fragestellungen im Zusammenhang mit dem Lebensende und lebensverlängernden Maßnahmen. Diesbezüglich werden nach wie vor tief greifende Diskussionen geführt, zumal der rechtliche Status von Patientenverfügungen gegenwärtig noch immer nicht abschließend geklärt ist.

Allen vorsorglichen Patientenverfügungen (im englischen „advance directives“ genannt) ist gemeinsam, dass sie Menschen in gesunden Tagen die Möglichkeit bieten, für eine potentielle zukünftige Situation der Selbstbestimmungsunfähigkeit Festlegungen zu treffen. „Man kann sie daher als Kommunikationsbrücken

verstehen, die Zustände erreichen sollen, in denen eine direkte Kommunikation nicht mehr möglich ist“ (Meran, 1998, S.15). Durch diese Verlängerung des Patientenwillens in die Zukunft hinein können Entscheidungsdilemmata bei den Angehörigen und den behandelnden Ärzten vermieden oder verringert werden. Da die zu regelnden Behandlungssituationen im Voraus in ihren Einzelheiten freilich nicht absehbar sind, können die geäußerten Behandlungswünsche aber nur recht unkonkret gehalten werden und sind im Ernstfall möglicherweise nur bedingt oder gar nicht anwendbar. Um diesbezüglich eine flexiblere Handhabung zu ermöglichen, wurde die Möglichkeit der Vorsorgevollmacht geschaffen. Hierbei wird ein Bevollmächtigter für den Bedarfsfall mit mehr oder weniger weit reichenden Befugnissen ausgestattet. Diese oft auch als „Patientenanwalt“ bezeichnete Person ist im Unterschied zum gesetzlich bestellten Betreuer zumeist eine Vertrauensperson des Patienten<sup>3</sup>, welche schriftlich oder vor Zeugen festgelegt wird. Da sie die Biographie, die Lebenshaltung und die ethischen Vorstellungen des Patienten kennt, kann sie in medizinischen Entscheidungssituationen eher im Sinne des Betroffenen entscheiden als der mit diesen Dingen unvertraute Arzt. Es besteht auch die Möglichkeit, eine schriftliche Erklärung mit der Bestellung einer Vertrauensperson zu kombinieren, wodurch sich die Wahrscheinlichkeit der Berücksichtigung des Patientenwillens erhöht (Vollmann, 2000) – allerdings nur für den Fall, dass beide Aussagen nicht divergieren.

In Anlehnung an diese Patientenverfügungen wurde 1982 von dem amerikanischen Psychiater Thomas Szasz ein ähnliches Dokument für den psychiatrischen Bereich entwickelt, welches als „*Psychiatrisches Testament*“ bezeichnet wird. Die Absolutheit der auf die Nähe zum Tod anspielenden Bezeichnung lässt die unkonstruktive und zweifelhafte Sicht Szasz' auf die Psychiatrie erkennen: Für ihn stellt die institutionelle Psychiatrie die Fortsetzung der Inquisition dar und er fordert u. a. die Abschaffung sämtlicher psychiatrischer Anstalten (Rechlin und Vliegen, 1995) - dem 1987 in einem Mustertext von Szasz erstmals publizierten Dokument gegenüber scheint eine kritische Sichtweise folglich angemessen. Das „*Psychiatrische Testament*“ konnte sich zudem bislang nicht wirklich durchsetzen, woran auch die 1995 in Deutschland entwickelte vereinfachte Form (*Bochumer*

---

<sup>3</sup> Die seit dem 01.01.1999 bestehende Änderung des Betreuungsrechts (BtÄndG) erlaubt es, zur Vermeidung einer Betreuerbestellung einen Bevollmächtigten (Vertrauensperson) zu benennen. Dieser darf auch höchstpersönliche Angelegenheiten wie die Einwilligung in ärztliche Maßnahmen und Freiheitsentziehung für den Betroffenen regeln.

*Willenserklärung*) nur wenig änderte. Die geringe Verbreitung wird vornehmlich auf den umfangreichen und zahlreiche Details regelnden Text des Dokumentes zurück geführt sowie auf die Tatsache, dass zur Beglaubigung ein Rechtsanwalt oder Notar hinzu gezogen werden muss. Die für dieses komplizierte Procedere notwendige hohe soziale Kompetenz und Ausdauer kann wohl nur von wenigen Psychiatererfahrenen aufgebracht werden (Seibt,1998; Siebrasse und Zechert, 1998). In einem psychiatrischen Testament lässt sich grundsätzlich alles festhalten, was im Falle einer Zwangseinweisung relevant sein könnte: Aussagen bezüglich Medikamenten und Behandlungsformen, Informationen über den eigenen Charakter und Umgang mit der Erkrankung, aber auch Angaben zu Lebensumständen und sozialen Verhältnissen. Das Dokument ist eine einseitige Willenserklärung, für die der Betroffene allein die Verantwortung übernimmt. Es kann in allen Anstalten, in denen der Psychiatererfahrene bislang in Behandlung war, zu den Akten genommen werden. Im Falle einer Zwangseinweisung in eine andere Klinik kann diese nur dann Kenntnis von dem Testament erlangen, wenn es der Betroffene bei sich hat oder von seinem Anwalt bzw. seiner Vertrauensperson vorlegen lässt (Seibt, 1998).

Ein weiteres Vorsorgeinstrument ist der sogenannten *Krisenpass*<sup>4</sup>. Das Dokument von der Größe eines Personalausweises sollte vom Betroffenen stets mit sich geführt werden, da es wichtige Informationen für den Krisenfall enthält. So finden sich neben Angaben zur Person auch solche zu Erfahrungen mit Medikamenten, zur aktuellen Medikation, zu Personen, die zu benachrichtigen sind, und zu einer eventuell hinterlegten Behandlungsvereinbarung. Ebenso können weitere Informationen, etwa eigene Wünsche an die Behandlung, festgehalten werden. Jene Abschnitte, die sich auf Fragen im Zusammenhang mit der Medikation beziehen, sollte der Betroffene zusammen mit seinem behandelnden Arzt ausfüllen und die entsprechenden Angaben durch dessen Stempel und Unterschrift bestätigen lassen. Hierdurch erhält das Dokument eine größere Glaubwürdigkeit und es erhöht sich die Wahrscheinlichkeit, dass der im Krisenfall behandelnde Arzt seine Therapie an den im Krisenpass gemachten Angaben ausrichtet. Vorteil des Krisenpasses ist, im Vergleich zum psychiatrischen Testament, seine rasche Überschaubarkeit und Praktikabilität. Im Unterschied zum psychiatrischen Testament und zur Be-

---

<sup>4</sup> In Deutschland wurden Krisenpässe zuerst Mitte der 1990er Jahre in München in Zusammenarbeit des *Münchner Psychiatrie-Erfahrenen (MüPE) e.V.* mit Mitarbeitern der Teestube *KontaktTee* entwickelt.

handlungsvereinbarung ist dieses Instrument auch nicht auf eine bestimmte Klinik bezogen, sondern kann dem Betroffenen in jedweder Einrichtung hilfreich sein – immer vorausgesetzt, der Krisenpass wird nicht nur gefunden, sondern auch berücksichtigt und enthält aktuelle Informationen.

### 1.3.2 *Behandlungsvereinbarungen – „Verhandeln statt Behandeln“*

Alle bislang vorgestellten Vorsorgemodelle stellen einseitige Willenserklärungen der Psychiatrieerfahrenen dar. Behandlungsvereinbarungen (englisch *joint crisis plan* oder *advance agreement*) hingegen sind dialogisch konzipiert und setzen Bereitschaft zu Kommunikation und Kooperation voraus. „Die Behandlungsvereinbarung setzt ein, wo Patienten, Angehörigen und Klinikmitarbeitern daran gelegen ist, nach einer problematischen stationären Behandlung aus diesen Erfahrungen zu lernen und bei einer erneuten Klinikaufnahme dieselben Probleme zu vermeiden“ (Zinkler, 2000). Aus diesem Anliegen heraus schlossen sich 1993 Mitglieder der Bielefelder Selbsthilfegruppe VPE (Verein der Psychiatrieerfahrenen) und Mitarbeiter der Psychiatrischen Abteilung Gilead IV des Evangelischen Krankenhauses in Bielefeld zu einer Arbeitsgruppe zusammen, um weit reichende Verbesserungen für stationäre Klinikaufenthalte auszuarbeiten. Mit der Einführung des so genannten „Behandlungsvertrages“ am 1. März 1994 (zum 1. Juni 1995 umbenannt in „Behandlungsvereinbarung“) wurde eine für Psychiatrieerfahrene zu diesem Zeitpunkt gänzlich neue Möglichkeit der Partizipation am Behandlungsprozess geschaffen. In Folge entstand ein bis heute nicht abreißendes Interesse der Fachöffentlichkeit an dieser Art Vorsorgemaßnahme und mittlerweile haben rund 40 Kliniken in Deutschland<sup>5</sup> Behandlungsvereinbarungen eingeführt – zumeist in Anlehnung an den Bielefelder Vordruck und angepasst an die jeweiligen Versorgungsstrukturen und Bedingungen vor Ort.

Dem Zustandekommen einer solchen Vereinbarung geht in einer gesundheitlich stabilen Phase des Psychiatrieerfahrenen ein Gespräch zwischen diesem und verschiedenen Klinikvertretern voraus, in welchem unter Umständen problematische Fragen (etwa hinsichtlich Freiheitsbeschränkung, Zwangsmaßnahmen und unfreiwilliger Medikation) miteinander erörtert und die jeweiligen Sichtweisen ausgetauscht werden. Hierbei sind alle Beteiligten zur Formulierung ihrer

---

<sup>5</sup> Angabe von Marite Pleininger-Hoffmann, Zentrum für Psychiatrie und psychotherapeutische Medizin Bielefeld

Forderungen, Wünsche und Rahmenbedingungen gezwungen. Der in diesem dialogischen Prozess gefundene und schriftlich protokollierte Konsens dient dann der nächsten stationären Aufnahme als Grundlage. Die Vereinbarungen sind somit keine „Wunschlisten“, sondern beide Seiten unterzeichnen nur das, was sie als machbar erachten. Von dem Akt des gemeinsamen Verhandeln - Ausdruck von Wertschätzung und Ernstnehmen des Patienten - verspricht man sich positive Einflüsse auf die therapeutische Beziehung. So führt laut Dietz et al. (2002) das Vereinbarungsgespräch oft zu einem Abbau von Ängsten gegenüber der Psychiatrie und trägt zu mehr Selbstbewusstsein und Sicherheit im Umgang mit zukünftigen Krisen bei. Selbsthilfepotential und Eigenverantwortung der Betroffenen würden mobilisiert. Für die professionelle Seite stellten die Behandlungsvereinbarungen eine Möglichkeit zur Effektivierung der Behandlung und zur Erhöhung der Compliance dar. Zugleich entspreche dieser Ansatz einer personenzentrierten Psychiatrie, welche die individuellen Möglichkeiten und Wünsche des Patienten in den Mittelpunkt der Behandlung stelle.

### *1.3.3 Inhaltliche und rechtliche Aspekte von Behandlungsvereinbarungen*

Die in den Vereinbarungen geregelten Aufnahme- und Behandlungsmodalitäten umfassen in der Regel die medikamentöse Therapie, Kontakte während der Behandlung, den Umgang mit Zwangsmaßnahmen sowie Wünsche an den Stationsalltag. Hinzu kommen Angaben zur sozialen Situation. Aus rechtlicher Sicht besteht kein Unterschied zwischen den Erklärungen eines Betroffenen in einseitig verfassten Dokumenten, wie einer Patientenverfügung oder einem Psychiatrischen Testament, und denen in einer Behandlungsvereinbarung. Bei allen Varianten handelt es sich um (Zustimmungs-)Erklärungen zu therapeutischen Maßnahmen und damit um eine einseitige Erklärung des Betroffenen (Marschner, 1997).

Insofern sind Behandlungsvereinbarungen keine Geschäftsverträge „aus denen auf ein ganz bestimmtes Verhalten von Klinikmitarbeitern im Vorherein für alle Zukunft geklagt werden kann, da nicht alle individuellen Bedingungen bei dem jeweiligen Klinikaufenthalt bekannt sind.“ (Dietz et al., 2002, S.31). Bei Nichtbeachtung der Vereinbarung oder unbegründeter Abweichung kann jedoch gegebenenfalls von einem nicht fach- und kunstgerechten Verhalten ausgegangen werden, welches Schadensansprüche begründet (Dietz et al., 2002; Marschner, 1997). In den Gesetzen

über Hilfe und Schutzmaßnahmen bei psychischen Krankheiten einiger Bundesländer wird die Berücksichtigung von Behandlungsvereinbarungen mittlerweile sogar ausdrücklich gefordert (Dietz et al., 2002) – so etwa in Nordrhein-Westfalen, Schleswig-Holstein oder Rheinland-Pfalz.

Während eines Klinikaufenthaltes kann sich die Situation ergeben, dass der Betroffene einen von der Vereinbarung abweichenden Willen äußert. Wie Marschner (1997) erläutert, ist dies unproblematisch, wenn zum Behandlungszeitpunkt Einwilligungsfähigkeit gegeben ist: In diesem Falle zählt der aktuell geäußerte Wille. Bei aktuell fehlender Einwilligungsfähigkeit hingegen hängen die Handlungsmöglichkeiten davon ab, ob der Patient bestimmten Behandlungen vorab zugestimmt hat. Ist dies der Fall, kann von einer rechtlich verbindlichen Einwilligung ausgegangen werden. Liegt jedoch eine antizipierte Ablehnung bestimmter therapeutischer Maßnahmen vor, ist nur eine Zwangsbehandlung möglich – welche wiederum entsprechende rechtliche Grundlagen erfordert.

#### ***1.3.4 Kritik an den Behandlungsvereinbarungen***

Der Entwicklung von Behandlungsvereinbarungen gingen vielerorts intensive Diskussionen voraus, in denen auch kritische Stimmen zu berücksichtigen waren. Sowohl auf der Seite der Betroffenen als auch auf der der Professionellen gibt es Vorbehalte und Ängste gegenüber diesem Instrument. So werden Behandlungsvereinbarungen etwa von jenen Betroffenen abgelehnt, die die Notwendigkeit einer stationären (Wieder)Aufnahme bzw. ihr psychisches Leiden an sich bezweifeln bzw. bestreiten oder die der Berücksichtigung der Vereinbarung durch die Klinik misstrauen (Henderson et al., 2005). Skeptisch zeigen sich auch all jene Psychiatrieerfahrenen, die einen partnerschaftlichen Umgang zwischen psychiatrisch Tätigen und psychisch Erkrankten für unmöglich halten, da sie beide Seiten als grundsätzliche Opponenten ansehen. Aus dieser Perspektive heraus wird mitunter eine „subtile Macht im liberalen Kostüm“ (Lotze, 1998) vermutet, wenn die Professionellen auch noch die Mitbestimmungsrechte der Patienten bestimmen wollen. „Liberation cannot be handed to the oppressed by the oppressor“, kommentierten Thomas und Cahill (2004) hierzu.

Unter den Professionellen gibt es beispielsweise das Argument, dass solche Absprachen in einer modernen, an qualitativen Standards orientierten Psychiatrie überflüssig seien. Zuweilen wird auch befürchtet, dass die Vereinbarungen einen

personellen und zeitlichen Mehraufwand bedeuteten, welcher unter den üblichen Klinikbedingungen nicht zu leisten sei (Horch, 1998). Des Weiteren wird eine Einschränkung des therapeutischen Arbeitens befürchtet, wenn sich die Forderungen des Patienten und die Vorstellungen des Personals als zu diskrepant erweisen oder seit Unterzeichnung der Vereinbarung wesentliche Veränderungen eingetreten sind. Heese und Nitschke (1998) weisen in diesem Zusammenhang auf eine mögliche Beeinträchtigung der therapeutischen Kreativität hin, da „spontane, vielleicht sinnvollere Behandlungsvarianten in der Akutbehandlung durch die Vereinbarungen ausgeschlossen“ (S. 65) würden. Eher selten ist wohl die Ablehnung aus einem paternalistisch verhafteten Verständnis der Arztrolle heraus, häufiger finden sich noch Bedenken auf Grund möglicher Schadensersatzklagen.

### ***1.3.5 Bisherige Erfahrungen mit Behandlungsvereinbarungen (BV)***

Bislang gibt es keine systematischen Erhebungen zu den Erfahrungen mit BV im deutschsprachigen Raum (Zinkler, 2005). 2002 erfolgte durch Dietz et al. in der Fachzeitschrift „Recht und Psychiatrie“ eine vorläufige Bilanz, welche sich auf Auswertungen in der Psychiatrischen Klinik in Bielefeld sowie Rückmeldungen aus 20 anderen Kliniken stützte. Abgesehen von einigen Fällen, in denen die in der BV getroffenen Absprachen nicht eingehalten werden konnten, fiel das Resümee überwiegend positiv aus. So kamen Patienten mit BV freiwilliger und rechtzeitiger in die Klinik. Hierdurch waren Zwangseinweisungen und -maßnahmen kaum noch nötig und die Dauer der Behandlungsepisoden ging signifikant zurück. Auch eine größere Sicherheit im Umgang miteinander konnte bei allen Beteiligten festgestellt werden. Rittmannsberger und Lindner (2006) kommen in einer ähnlichen Analyse zu gleichen Ergebnissen und verweisen zusätzlich noch auf die Tatsache, dass Patienten überraschend häufig gar nicht mehr in die Situation einer Wiederaufnahme gekommen seien.

Die bisher einzigen randomisierten Studien zum Thema stammen aus Großbritannien, wo die Abfassung einer *advance directive* in den Behandlungsrichtlinien für Schizophrenie des *National Institute for Clinical Excellence (NICE)* festgeschrieben wurde (Rittmannsberger, Lindner; 2006). Papageorgiou et al. untersuchten 2002 die Auswirkung dieser einseitigen Behandlungsverfügung und fanden keine Reduktion von Zwangsaufnahmen

innerhalb eines Jahres (19% Interventionsgruppe, 21% Kontrollgruppe). Der Einfluss von Behandlungsvereinbarungen (*advance agreement* oder *joint crisis plan*) wurde zwei Jahre später durch Henderson et al. (2004) überprüft. Sie fanden Zwangsaufnahmen und –maßnahmen in der Interventionsgruppe statistisch signifikant seltener als in der Kontrollgruppe (13% vs. 27% über 15 Monate); hinsichtlich der Aufenthaltsdauer konnte in dieser Studie allerdings kein Unterschied festgestellt werden. 2006 wurden dieselben Daten von Flood et al. bezüglich ihrer medizin-ökonomischen Relevanz ausgewertet; hierbei fanden sich starke Hinweise auf ein Kosten sparendes Potenzial von BV.

## **1.4 Behandlungsvereinbarungen in Halle (Saale)**

### *1.4.1 Die psychiatrische Versorgungssituation in der Saalestadt*

Laut dem Psychiatriebericht 2006 der Stadt Halle (Saale) stellt sich die psychiatrische Versorgungslandschaft der etwa 236 000 Einwohner (Stand 31.12. 2005) zählenden Stadt folgendermaßen dar: Die stationäre medizinische Versorgung psychisch erkrankter Personen wird gegenwärtig vollständig durch das Psychiatrische Krankenhaus Halle (PKH) mit 100 Betten und durch die Universitätsklinik und Poliklinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg mit 88 Betten geleistet. Im Jahr 2005 wurden durch beide Einrichtungen insgesamt 2612 Patienten vollstationär versorgt. Für den teilstationären und ambulanten Bereich stehen 80 Plätze in vier Tageskliniken (Universitätsklinik und Poliklinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik; Psychiatrisches Krankenhaus Halle; Diakoniewerk) zur Verfügung sowie knapp 30 Praxen von Nervenärzten und/oder Psychiatern. Wie der Psychiatriebericht kritisch anmerkt, ergeben sich aus der Spezialisierung eines Großteils der niedergelassenen Fachärzte auf ambulante Psychotherapie Probleme für die gemeindepsychiatrische Versorgung – lange Wartezeiten auf Termine werden zunehmend zur Regel.

Darüber hinaus existiert in der Saalestadt ein für das Land Sachsen-Anhalt sehr dichtes Netz komplementärer Hilfsangebote für psychisch Kranke. So finden beruflich nicht mehr oder noch nicht integrierbare psychisch Erkrankte in den Tagesstätten des „Bürgerladens“ und der Paul-Riebeck-Stiftung tagesstrukturierende Angebote. Freizeitangebote können im Begegnungszentrum für psychisch kranke Menschen „Labyrinth“ e.V./Diakonische Begegnungsstätte (DBS) wahrgenommen werden. Des Weiteren existiert der Verein „Stadtinsel“ e.V., welcher als Träger der psychosozialen Kontaktstelle häufig den ersten Ansprechpartner in entsprechenden Krisensituationen darstellt. Unter seinem Dach finden sich auch 12 von insgesamt 183 Selbsthilfegruppen der Region Halle-Saalkreis. Zusätzlich bestehen an den beiden psychiatrischen Kliniken so genannte Patientenclubs. Aus der Selbsthilfebewegung hervorgegangen ist auch die Schreibgruppe „Regenbogen“ für Betroffene und psychiatrieerfahrene Menschen.

Ambulant betreutes Wohnen für psychisch Kranke wird derzeit von zwei Trägern angeboten.

### *1.4.2 Entstehungsgeschichte der Absprachen zur Behandlung*

In Halle (Saale) kamen Behandlungsvereinbarungen das erste Mal im März des Jahres 2002 im Arbeitskreis (AK) „Beratung/ Behandlung/Pflege/Rehabilitation“, einem der sieben Arbeitskreise der PSAG, zur Sprache. Die Psychiatrieerfahrene Annegret Winkel stellte damals das Bielefelder Exemplar der Behandlungsvereinbarung vor und warf dabei die Frage der Übertragbarkeit auf das Psychiatrische Krankenhaus Halle und die Universitätsklinik und Poliklinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik (zum damaligen Zeitpunkt noch Universitätsklinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie) der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg auf. Um dies genauer zu klären, wurde auf Vorschlag von PD Dr. Brieger (Universitätsklinik) eine eigene Arbeitsgruppe (AG) „Behandlungsvereinbarung“ eingerichtet, welche aus Klinikvertretern, Betroffenen, Sozialarbeitern, Vertretern des Landesangehörigenverbandes sowie der Psychiatriekoordinatorin der Stadt Halle bestand. Beim ersten Treffen der AG im April 2002 wurde von den Psychiatrieerfahrenen Frau Winkel und Frau Beau sowie der Sozialarbeiterin Frau Schmidt vom AbW eine überarbeitete Version der Bielefelder Behandlungsvereinbarung vorgelegt. Die Vertreter beider Kliniken befürworteten prinzipiell eine Einführung der Vereinbarungen, wobei es aber nur eine, für beide psychiatrischen Kliniken geltende, Variante geben sollte. Die Einführung wurde zum 1. Juli 2002 geplant, Termine und Teilnehmer für die ersten Abschlussgespräche wurden festgelegt. Die Abschlüsse sollten im SpDi stattfinden, welcher zugleich auch als Koordinationsstelle des gesamten Vorhabens benannt wurde.

Im Juni desselben Jahres kam der Arbeitskreis "Beratung/Behandlung/Pflege/Rehabilitation" erneut zusammen, wobei Konsens hinsichtlich der Häufigkeit der Abschlusstermine für die Absprachen zur Behandlung bestand – sie sollten monatlich angeboten werden. Es konnte aber noch kein definitiver Wortlaut der Vereinbarung erarbeitet werden, da sich die beiden Kliniken diesbezüglich noch uneinig waren. Beim nächsten AK-Treffen im September 2002 stimmte dann das Psychiatrische Krankenhaus Halle-Neustadt dem Entwurf zu. Im Oktober 2002 fand eine Art Runder Tisch zwischen der AG „Behandlungsvereinbarung“ und dem Direktor der Universitätsklinik, Herrn Professor Dr. Dr. Marneros, statt, bei welcher letzterer vorschlug, die Vereinbarungen in „Wünsche zur Behandlung“

umzubenennen. Bis Ende des Jahres etablierte sich dann die Formulierung „Absprachen zur Behandlung (AzB)“. Seitens der Universitätsklinik wurde dazu angehalten, dass die Absprachen keinerlei rechtliche Verbindlichkeit haben sollten. Dies sollte in der Präambel ebenso festgehalten werden wie der Hinweis, dass Abweichungen von den Absprachen nur mit oberärztlicher Zustimmung erfolgen dürfen und in einem Gespräch mit dem Patienten dargelegt und begründet werden müssen. Im Januar 2003 erfolgte nach einem zweiten Treffen mit Herrn Professor Dr. Dr. Marneros auch die Zustimmung der Universitätsklinik Halle. Zudem erklärte sich der SpDi Saalkreis zur Mitarbeit an dem Vorhaben bereit. Im April 2003 wurden die drei folgenden Monate als so genannte Pilotphase definiert, in welcher monatlich Abschlusstermine angeboten werden sollten - je einer im Psychiatrischen Krankenhaus, in der Universitätsklinik und im SpDi. Der Abschluss einer Absprache zur Behandlung soll zum einen für all jene möglich sein, die schon einmal in einer psychiatrischen Klinik in Halle behandelt wurden, zum anderen ist es auch eine Vorsorgemaßnahme für Menschen, die sich bislang ausschließlich in ambulanter Behandlung befinden. Bei den ersten drei Terminen wurden 20 Absprachen zur Behandlung abgeschlossen, so dass bei einer ersten Auswertung im Juli 2003 ein positives Fazit gezogen und ein weiterer Termin für November desselben Jahres festgelegt werden konnte.

In Folge wurde in der Lokalpresse („Amtsblatt“, „Saalkreis-Kurier“) und der Betroffenenzeitschrift „Irrgarten“ über die AzB berichtet und die niedergelassenen Ärzte wurden beim Ärztetammtisch durch den SpDi informiert. Zudem wurde ein Flyer mit den wichtigsten Informationen zu den Absprachen zur Behandlung erarbeitet, welcher in den psychosozialen Einrichtungen und den Trägern des regionalen psychiatrischen Netzwerks verteilt bzw. von Frau Winkel und Frau Beau dort persönlich vorgestellt wurde. Im Oktober 2003 beschloss die AG, dass in Zukunft die Vereinbarungsgespräche am ersten Mittwoch des Quartals zu einer fixen Uhrzeit im SpDi stattfinden sollten. Zu diesen etwa zweistündigen Zusammenkünften erscheinen je ein ärztlicher Vertreter und ein Sozialarbeiter beider Kliniken, die Psychiatriekoordinatorin der Stadt Halle sowie die Betroffenen und eventuelle Begleitpersonen. In Einzelgesprächen werden die bereits ausgefüllten Absprachen zur Behandlung gemeinsam durchgegangen, besprochen und unter Umständen verändert. Das hierfür nötige Blanko-Exemplar der Vereinbarung können die Betroffenen im Vorfeld in verschiedenen Einrichtungen erhalten (SpDi,

Universitätsklinik, PKH, Beratungsstellen, Begegnungszentren, im AbW und anderen psychosozialen Einrichtungen). Im Jahr 2004 und 2005 konnten jeweils drei Abschlusstermine angeboten werden, 2006 ebenfalls. Sollten sich im Laufe der Zeit bestimmte in der AzB gemachte Angaben ändern, so können die Patienten diese Termine auch für eine entsprechende Anpassung ihres Dokumentes nutzen.

Die Erfahrungen mit den AzB werden seit 2004 bei jedem Treffen des AK "Beratung/Behandlung/Pflege/Rehabilitation" resümiert und ausgewertet, am Jahresende werden die Abschlüsse des laufenden Jahres bilanziert.

### *1.4.3 Die Absprachen zur Behandlung*

Die AzB umfassen in ihrer Endfassung acht Seiten (siehe Anhang 8). Auf dem Deckblatt sind Angaben beider Behandlungspartner festgehalten: Zum einen Name, Geburtsdatum und Adresse des Patienten, zum anderen die Stempel der beiden psychiatrischen Kliniken. In der folgenden Präambel werden Rahmenbedingungen und Zielsetzungen der Absprachen zur Behandlung erläutert. Nach einer Aufzählung der am Abschlussgespräch teilnehmenden Personen folgen unter Punkt 1 (**Kontakte**) Angaben des Patienten zu den Personen, mit welchen er in den ersten Tagen nach Aufnahme Kontakt oder auch keinen Kontakt haben möchte. Unter **Aufnahme und Behandlung** wird festgehalten, wer bei einer Klinikaufnahme unverzüglich benachrichtigt werden soll. Für den Fall, dass eine gesetzliche Betreuung notwendig werden sollte, erfolgt hier ein entsprechender Vorschlag. Ebenso werden die Adressen der behandelnden Psychiater und der zuständigen ambulanten Dienste vermerkt. Des Weiteren können die Betroffenen angeben, was bislang in Aufnahme-situationen hilfreich war und Hinweise zur Behandlung geben. Für Frauen besteht die Möglichkeit, vorzugsweise Mitarbeiterinnen als Bezugspersonen zu bestimmen. Der dritte Abschnitt der Absprache (**Medikamente**) enthält Informationen zu früherer und aktueller Medikation sowie der entsprechenden Verträglichkeit. Es besteht die Möglichkeit, bestimmte Medikamente abzulehnen. Die bevorzugte Darreichungsform der Medikamente kann angegeben werden, wie auch der Wunsch nach regelmäßigen Gesprächen zur Überprüfung der entsprechenden Wirksamkeit. Punkt vier regelt Fragen im Zusammenhang mit **Zwangsmaßnahmen**. Da grundsätzlich ein Verzicht auf diese angestrebt werden sollte, kann der Betroffene hier zunächst Vermeidungsstrategien benennen. Für den Fall, dass die Anwendung von Zwang dennoch unvermeidlich sein sollte, können diesbezüglich Hinweise

gegeben werden. Festgelegt wird auch, welche Personen dann benachrichtigt werden und gegebenenfalls Zugang haben sollen. Ausdrücklich wird darauf hingewiesen, dass diese Vereinbarungen keine Zustimmung im Voraus darstellen; was rechtlich auch unzulässig wäre. Der fünfte Punkt betrifft die Zwangseinweisung nach dem **PsychKG LSA**, bei der den Betroffenen schnellstmöglich eine Freiwilligkeitserklärung vorgelegt werden soll. Im Folgenden finden sich ausführliche Angaben zur **Sozialen Situation** des Patienten. Die Klinik erklärt ihr Bemühen, sich um ihn mit Hilfe des hauseigenen psychosozialen Dienstes zu kümmern. Die Betroffenen können angeben, welche Angelegenheiten gegebenenfalls geklärt werden müssen (Wohnung, Kinder oder andere zu versorgende Personen, Finanzen, Fahrzeuge, Arbeitgeber/Schule). Es besteht dabei die Möglichkeit, eine Krankmeldung ohne Kennzeichnung „Psychiatrische Klinik“ vorzunehmen. Der siebente Teil ist **sonstigen Absprachen** vorbehalten – hier erfolgt eine Charakterisierung des natürlichen Temperamentes der Betroffenen. Nach einer Versicherung aller Vereinbarungspartner, sich bei grundlegenden Veränderungen miteinander in Verbindung zu setzen, schließt die Absprache mit den Unterschriften aller am Abschlussgespräch beteiligten Personen.

## 2 Fragestellung

Die vorliegende Arbeit hat die Evaluierung der Erfahrungen mit Behandlungsvereinbarungen in Halle an der Saale zum Ziel. Zum Zeitpunkt der Datenerhebung wurden diese seit drei Jahren in den beiden psychiatrischen Kliniken der Stadt eingesetzt und waren von 44 Psychiatrie-Betroffenen abgeschlossen worden. Mittels Befragung dieser Patienten soll zum einen deren soziobiografisches sowie psychiatrisches Profil erfasst und die Nutzergruppe auf diese Weise charakterisiert werden. Zum anderen interessieren die Beweggründe der einzelnen Personen, welche zum Abschluss einer AzB geführt haben, sowie die bislang damit gesammelten Erfahrungen. Dabei steht der Einfluss auf die therapeutische Beziehung und die Gestaltung der stationären Aufenthalte im Vordergrund.

Gegenstand der Betrachtung soll auch sein, wie sich die Nutzergruppe im Verhältnis zur Gesamtheit der in beiden Kliniken behandelten Patienten darstellt.

Hinsichtlich der professionellen Perspektive sind sowohl die allgemeine Einschätzung von Nutzen und Potenzial der BV, als auch die konkreten Erfahrungen bei der Umsetzung im klinischen Alltag von Interesse. Zu untersuchende Aspekte sind hierbei etwa die Auswirkungen der AzB auf die Anwendung von Zwangsmaßnahmen sowie auf den Umgang zwischen Patienten und Professionellen. Auch die Zusammenarbeit zwischen den Professionellen selbst stellt einen wichtigen Punkt dar. Zudem soll überprüft werden, ob die mitunter von professioneller Seite geäußerten Befürchtungen zutreffen, dass Behandlungsvereinbarungen die Aufenthalte in rechtlicher Hinsicht verkomplizieren bzw. zu juristischen Schritten gegenüber den Kliniken führen könnten.

Auch auf die in der Praxis aufgetretenen Probleme und Hindernisse soll in dieser Arbeit eingegangen werden, da sich hieraus Entwicklungs- und Verbesserungsmöglichkeiten für die AzB ableiten lassen.

Die Befragungsergebnisse werden im Vergleich zu den Erfahrungen mit Behandlungsvereinbarungen andernorts interpretiert und eingeordnet. Obgleich in mittlerweile rund 40 Kliniken in der Bundesrepublik mit den Vereinbarungen gearbeitet wird, gibt es kaum entsprechende systematische Auswertungen im

deutschsprachigen Raum. Diese Erhebung möchte daher auch zur Verbesserung des bestehenden Kenntnisstandes beitragen.

## **3 Material und Methodik**

### **3.1 Durchführung**

Für die vorliegende Studie wurden zwischen Oktober 2005 und Dezember 2006 alle Personen angeschrieben, die bis Ende 2005 eine Absprache zur Behandlung abgeschlossen hatten. Hierbei handelte es sich um insgesamt 44 Patienten, von denen 43 in der Stadt Halle und einer im umgebenden Saalkreis wohnhaft waren. In einem an die häusliche Adresse gerichteten Anschreiben, bestehend aus einem persönlichen Brief und einer so genannten Teilnehmerinformation, wurden die Patienten über den Hintergrund und das Ziel des Forschungsvorhabens aufgeklärt und um eine entsprechende Kontaktaufnahme mit der Verfasserin Juliane Grätz gebeten. Erfolgte diese nicht in den darauf folgenden zwei bis drei Wochen, wurden die Patienten zusätzlich telefonisch kontaktiert. Mit jeder Person wurde ein einmaliger Interviewtermin vereinbart, der zumeist in der Wohnung des Betroffenen stattfand, in einigen Fällen aber auch in den beiden psychiatrischen Kliniken der Stadt Halle, in entsprechenden psychosozialen Einrichtungen oder im öffentlichen Raum. Parallel erfolgte zwischen September und Dezember 2006 die Befragung der Ärzte und Sozialarbeiter beider psychiatrischer Kliniken. Hierzu wurde das Forschungsvorhaben zunächst in den morgendlichen Frühbesprechungen vorgestellt, um eine möglichst effektive Informierung der professionell Tätigen zu erreichen. So konnten jene Ärzte und Sozialarbeiter erfasst werden, welche bereits in die Therapie eines Patienten mit Absprache zur Behandlung involviert waren. Diese wurden anschließend zwecks Terminabsprache telefonisch kontaktiert. Die entsprechenden Interviews fanden in den Arbeitsräumen des betreffenden Personals statt.

Bei den Befragungen erwies sich die Handhabung der mit den AzB verbundenen klinikinternen Dokumentation als entscheidender und mitunter problematischer Punkt. Daher wurde im Herbst 2007 in beiden Kliniken eine Durchsicht der Krankenakten jener Patienten vorgenommen, welche eigenen Angaben zufolge bereits Erfahrungen mit ihrer AzB gesammelt hatten.

### **3.2 Aufbau der Interviewleitfäden**

Als Erhebungsinstrument für die Befragung der Patienten diente ein semi-standardisierter Interviewleitfaden mit teils geschlossenem, teils offenem Antwortformat, welcher inhaltlich dreiegliedert ist und insgesamt 42 Items erfasst. Im ersten Teil werden allgemeine soziobiografische Daten erhoben, im zweiten Teil werden Angaben zur bisherigen psychiatrischen Krankheitsgeschichte erfragt. Der dritte Teil widmet sich den Absprachen zur Behandlung selbst. Hier finden sich Fragen zur Motivation für den Abschluss einer solchen Absprache, zum Abschlussprozedere sowie zu Klinikaufhalten mit AzB (siehe Anhang 8). Der für die Befragung der Ärzte und Sozialarbeiter verwendete Interviewleitfaden ist kürzer gehalten und besteht aus 14 Items, die beim ärztlichen Personal um vier zusätzliche Items ergänzt sind. Auch hier finden sich offene und geschlossene Fragen. Es werden die bisherigen Erfahrungen mit den Absprachen zur Behandlung im klinischen Alltag und die Auswirkungen auf den Behandlungsprozess erfragt (siehe Anhang 6 und 7). Von allen drei interessierenden Personengruppen wird zudem eine allgemeine Einschätzung des Instrumentes erbeten, einschließlich eventueller Änderungsvorschläge. Die Patienten erklärten sich damit einverstanden, dass die eigenanamnestischen Angaben zu ihrem Krankheitsbild mit Hilfe der jeweils letzten Epikrise objektiviert werden. Die entsprechenden Diagnosen werden im Folgenden gemäß der 10. Revision der Internationalen Klassifikation psychischer Störungen der WHO von 1994 (ICD-10) angegeben.

### **3.3 Statistische Auswertung**

Die Auswertung der erhobenen Daten erfolgte mit SPSS 12.0 für Windows. Zur Erfassung des soziodemographischen und psychiatrischen Profils der Patienten mit AzB als auch ihrer Erfahrungen mit Behandlungsvereinbarungen wurden hierbei Häufigkeitsverteilungen in absoluten Werten sowie in Prozent ermittelt. Entsprechend wurde mit den Daten der befragten Ärzte und Sozialarbeiter verfahren. Um festzustellen, inwieweit die Gruppe der AzB-Patienten die durchschnittliche Klientel der beiden Kliniken repräsentiert bzw. sich von ihm unterscheidet, wurden die Daten in Kreuztabellen zusammengefasst und auf die Gesamtzahl der in beiden Kliniken behandelten Patienten bezogen (Daten für das Jahr 2006). Dabei erfolgte eine Untersuchung der Geschlechter- und Diagnosenverteilungen mittels Chi-

Quadrat-Test nach Pearson sowie eine Untersuchung der Altersverteilungen anhand des nonparametrischen Mann-Whitney-Tests.

## 4 Ergebnisse

Von den 44 angeschriebenen Personen erklärten sich 36 zur Teilnahme an der Befragung bereit. Eine Person war in ein anderes Bundesland verzogen, bei zwei Personen konnte kein telefonischer Kontakt aufgenommen werden, da die Daten in den AzB veraltet waren. Fünf Personen wollten auch nach wiederholter Nachfrage nicht an der Studie teilnehmen. Bei diesen acht nicht einbezieharen Personen wurden zur Auswertung die Basisdaten Alter und Geschlecht verwendet, welche den Absprachen zur Behandlung entnommen werden konnten.

Zum Zeitpunkt der Befragung waren an der Universitätsklinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie und im Psychiatrischen Krankenhaus Halle insgesamt 33 Ärzte und 11 Sozialarbeiterinnen tätig. Von diesen Professionellen hatten 16 bereits einen Patienten mit AzB behandelt und konnten somit zur Thematik Auskunft geben. Hierbei war eine Totalerhebung möglich, d.h. alle 16 nahmen an der Befragung teil.

Von den sechs im Psychiatrischen Krankenhaus tätigen Sozialarbeiterinnen hatte keine wissentlich an der Behandlung eines Patienten mit AzB mitgewirkt. Dennoch waren zwei Sozialarbeiterinnen stellvertretend für ihre Kolleginnen zu einem eher allgemein gehaltenen Gespräch über die AzB bereit, bei welchem auch Teile des Fragebogens ausgefüllt werden konnten.

Bei einem der befragten Ärzte erwiesen sich einige Fragen des Interviewleitfadens als nicht beantwortbar, da der Betreffende erst in Vorbereitung auf die Befragung erfuhr, dass bei seinem damaligen Patienten eine AzB vorgelegen hatte.

## 4.1 Ergebnisse der Patientenbefragung

### 4.1.1 Soziodemographische Daten

Es wurden 24 Frauen und 12 Männer befragt, deren Durchschnittsalter bei 44 Jahren lag. Die jüngste Person war 26, die älteste 63 Jahre alt. Bezieht man die Alters- und Geschlechterverteilung der befragten Patienten auf die entsprechenden Verhältnisse bei den insgesamt in beiden Kliniken behandelten Patienten, so ist kein signifikanter Unterschied bezüglich der Altersverteilung feststellbar (Mann-Whitney-U= 48709,5;  $p= 0,924$ ), siehe auch Tabelle 1. Jedoch zeigt sich eine Tendenz hinsichtlich einer unterschiedlichen Geschlechterverteilung in beiden Gruppen ( $\chi^2[df=1]= 3, 126$ ;  $p= 0,077$ ): Es befindet sich tendenziell ein höherer Anteil an Frauen in der Gruppe der Patienten mit AzB (siehe Tabelle 2).

Tabelle 1: **Altersverteilung der Patienten mit AzB sowie der im Jahr 2006 in der Universitätsklinik und Poliklinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik und im Psychiatrischen Krankenhaus Halle behandelten Patienten**

<b>Altersverteilung</b>	<b>Patienten mit AzB</b>	<b>Universitätsklinik</b>	<b>PKH</b>
<b>11 bis 20 Jahre</b>	<b>0</b>	<b>5% (56)</b>	<b>2% (39)</b>
<b>21 bis 30 Jahre</b>	<b>3% (1)</b>	<b>17% (184)</b>	<b>16% (259)</b>
<b>31 bis 40 Jahre</b>	<b>25% (9)</b>	<b>18% (202)</b>	<b>20% (324)</b>
<b>41 bis 50 Jahre</b>	<b>44% (16)</b>	<b>21% (236)</b>	<b>24% (378)</b>
<b>51 bis 60 Jahre</b>	<b>25% (9)</b>	<b>15% (169)</b>	<b>15% (242)</b>
<b>61 bis 70 Jahre</b>	<b>3% (1)</b>	<b>11% (121)</b>	<b>9% (150)</b>
<b>über 70 Jahre</b>	<b>0</b>	<b>13% (141)</b>	<b>14% (228)</b>
<b>gesamt</b>	<b>36</b>	<b>1109</b>	<b>1620</b>

Tabelle 2: **Geschlechterverteilung der Patienten mit AzB sowie der im Jahr 2006 in der Universitätsklinik und Poliklinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik und im Psychiatrischen Krankenhaus Halle behandelten Patienten**

<b>Geschlecht</b>	<b>Patienten mit AzB</b>	<b>Universitätsklinik</b>	<b>PKH</b>
<b>Männer</b>	<b>33% (12)</b>	<b>52% (575)</b>	<b>46% (740)</b>
<b>Frauen</b>	<b>67% (24)</b>	<b>48% (534)</b>	<b>54% (879)</b>
<b>gesamt</b>	<b>36</b>	<b>1109</b>	<b>1620</b>

Nachstehend eine Übersicht der wesentlichen soziodemographischen Daten der Patienten mit AzB.

Tabelle 3: **Soziodemographische Daten der Patienten mit AzB**

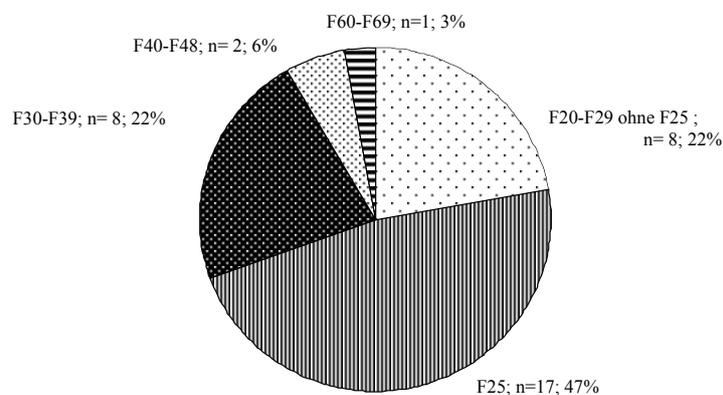
<b>Familienstand</b>	
ledig	15 (42%)
verheiratet	8 (22%)
geschieden	13 (36%)
<b>Partnerschaft</b>	
keine Partnerschaft	23 (64%)
Partnerschaft ohne Zusammenleben	3 (8%)
nicht verheiratet, aber zusammenlebend	2 (6%)
verheiratet und zusammenlebend	8 (22%)
<b>Kinder</b>	
keine Kinder	15 (42%)
ein Kind	7 (19%)
zwei und mehr Kinder	14 (39%)
<b>Anzahl enger Verwandter</b>	
keine	4 (11%)
1 bis 3	19 (53%)
3 bis 6	9 (25%)
6 bis 9	4 (11%)
<b>Anzahl enger psychisch gesunder Freunde</b>	
keine	16 (44%)
1 bis 2	11 (31%)
3 bis 5	6 (17%)
6 und mehr	3 (8%)
<b>Anzahl enger psychisch kranker Freunde</b>	
keine	6 (16%)
1 bis 2	12 (34%)
3 bis 5	16 (44%)
6 und mehr	2 (6%)
<b>Wohnform</b>	
allein wohnend	24 (67%)
mit Partner und/oder Kind wohnend	12 (33%)
<b>Schulabschluss</b>	
10. Klasse (POS bzw. Realschule)	25 (69%)
Abitur	9 (25%)
Abschluss vor der 8. Klasse bzw. Hauptschule	2 (6%)
<b>berufliche Situation zum Befragungszeitpunkt</b>	
berufstätig	8 (22%)
arbeitslos	19 (53%)
EU-Rente	9 (25%)

Unter den Patienten mit Absprache zur Behandlung, die nicht an der Studie teilgenommen haben, fanden sich ebenfalls überwiegend Frauen (75%). Das Durchschnittsalter dieser Gruppe lag allerdings niedriger (37,8 Jahre), wobei die jüngste Person hier 24 und die älteste 72 Jahre alt war.

#### 4.1.2 Krankheitsbezogene Daten

Alle befragten Personen befanden sich in regelmäßiger psychiatrischer Betreuung und gaben an, Psychopharmaka einzunehmen.

Die überwiegende Mehrzahl der Befragten litt an einer schizoaffektiven Störung (F25 der ICD-10). Affektive Störungen (F3) waren bei über einem Fünftel der Studienteilnehmer zu finden. Ebenso häufig waren Erkrankungen der Kategorie F2 (Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen). Dem Formenkreis der neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen (F4) gehörten zwei Personen an und bei einer befragten Person fand sich eine Diagnose der Kategorie F6 (Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen). Siehe auch Abbildung 1.



**Abbildung 1:** ICD-10-Diagnosen der Patienten mit AzB

Die dargestellte Krankheitsverteilung wurde mit den entsprechenden Diagnosehäufigkeiten bei den insgesamt behandelten Patienten verglichen. Hierbei wurde zunächst ein globaler Chi-Quadrat-Test berechnet, welcher einen signifikanten

generellen Gruppenunterschied ergab. Aufgrund dessen erfolgten Vergleiche der einzelnen Diagnosegruppen. Diese ergaben einen signifikanten Häufigkeitsunterschied hinsichtlich der Diagnosegruppen F25 und F4 sowie einen tendenziellen Unterschied bezüglich der Gruppe F3 (siehe Tabelle 4).

Tabelle 4: **Vergleich der Diagnoseverteilung bei den Patienten mit AzB mit der entsprechenden Verteilung bei den im Jahr 2006 in der Universitätsklinik und Poliklinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik und im Psychiatrischen Krankenhaus Halle behandelten Patienten**

<b>Diagnosegruppen gemäß ICD-10</b>	<b>Patienten mit AzB</b>	<b>Universitätsklinik</b>	<b>PKH</b>
<b>F20-F29</b>	8	213	144
<b>F25</b>	17	125	82
<b>F30-F39</b>	8	282	488
<b>F40-F49</b>	2	269	228
<b>F60-F69</b>	1	141	49
<b>Gesamt</b>	36	1030 (von insgesamt 1109)	991 (von insgesamt 1620)

Bei zweiundzwanzig Personen (61,1%) lag die erste psychiatrische Behandlung über 16 Jahre zurück, bei 12 davon bereits 21 Jahre oder länger. Jeweils sechs Personen (je 16,7%) waren seit 11 bis 15 Jahren bzw. 6 bis 10 Jahren psychisch erkrankt. Nur zwei der Befragten wiesen eine Krankheitsdauer von maximal fünf Jahren auf.

Alle Teilnehmer der Studie konsultierten regelmäßig einen Facharzt für Psychiatrie und/oder Psychotherapie beziehungsweise Nervenheilkunde. 26 Personen (72%) wandten sich hierfür an einen der niedergelassenen Kollegen, 10 (28%) wurden in den Institutsambulanzen der beiden psychiatrischen Kliniken behandelt. Eine Übersicht hierzu und über die Anzahl (teil)stationärer Aufenthalte in den letzten drei Jahren vor Befragungszeitpunkt gibt nachfolgende Tabelle.

**Tabelle 5: Häufigkeit psychiatrischer Behandlung in den letzten drei Jahren vor Befragungszeitpunkt**

<i>Häufigkeit ambulanter Behandlung in den letzten 3 Jahren</i>	
wöchentlich	3 (8%)
14-tägig	5 (14%)
monatlich	10 (28%)
aller 1-2 Monate	12 (33%)
vierteljährlich	6 (17%)
<i>Häufigkeit teilstationärer Behandlung in den letzten 3 Jahren</i>	
kein teilstationärer Aufenthalt	25 (69%)
ein teilstationärer Aufenthalt	8 (22%)
zwei teilstationäre Aufenthalte	1 (3%)
drei teilstationäre Aufenthalte	2 (6%)
<i>Häufigkeit stationärer Behandlung in den letzten 3 Jahren</i>	
kein stationärer Aufenthalt	15 (41%)
ein stationärer Aufenthalt	10 (28%)
zwei stationäre Aufenthalte	7 (19%)
drei stationäre Aufenthalte	2 (6%)
vier stationäre Aufenthalte	2 (6%)
<i>Anzahl Patienten ohne (teil)stationäre Behandlungen in den letzten 3 Jahren</i>	
keinerlei Aufenthalte	13 (36%)

Die Mehrzahl (n=20; 55%) der Patienten mit Absprache zur Behandlung hatte in ihrer Krankheitsgeschichte Erfahrungen mit Zwangsmaßnahmen gemacht - entweder im Rahmen der Krankenhauseinweisung oder im klinischen Verlauf. Bei acht Personen (22%) waren Zwangseinweisungen ein- bis zweimal der Fall. Bei sechs der Befragten (17%) fanden sich drei bis fünf nicht freiwillige Klinikaufenthalte und bei zwei Personen (6%) waren es mehr als neun. Hierbei fiel auf, dass von diesen 16 Personen mit Zwangseinweisungen in der Vergangenheit fast alle an schizophrenen, schizotypen bzw. wahnhaften Störungen (5 Mal) oder einer schizoaffektiven Störung (10 Mal) litten. Während ihrer stationären Aufenthalte waren bei dem größten Teil der Patienten (n=24; 67%) keine Zwangsmaßnahmen angewendet worden. Sieben Personen (19%) waren schon mindestens einmal fixiert worden, zwei Personen (6%)

wurden gegen ihren ausdrücklichen Willen bestimmte Medikamente verabreicht. Weitere drei Personen (8%) hatten mehrere der genannten Zwangsmaßnahmen erfahren. Bei den Erfahrungen mit Zwangsmaßnahmen ließ sich keine Dominanz eines bestimmten Erkrankungsbildes feststellen.

In etwas mehr als der Hälfte der Krankheitsverläufe (n=19; 53%) fanden sich Suizidversuche; 11 Patienten (31%) hatten ein- bis zweimal versucht, sich das Leben zu nehmen. Drei bis fünf entsprechende Versuche gab es bei vier der Befragten (11%). Jeweils zwei Personen (je 6%) hatten sechs- bis achtmal bzw. häufiger als neunmal eine Selbsttötung versucht.

Die Mehrheit (n=28; 78%) der befragten Patienten erachtete den Kontakt mit anderen psychisch erkrankten Menschen als sehr wichtig bzw. wichtig für das eigene Leben und soziale Wohlbefinden. Für sieben Personen (19%) hatte dieser Lebensaspekt eine „weniger wichtige“ Bedeutung, während eine Person (3%) ihn als unwichtig beurteilte. Diese Haltungen spiegeln sich auch in der Häufigkeit des Besuchs von Selbsthilfegruppen und von psychosozialen Einrichtungen wie Begegnungszentren und Tagesstätten wider (siehe Tabelle 6).

Bei der Mehrzahl der Patienten mit AzB (n=29; 81%) war zum Befragungszeitpunkt kein Betreuer bestellt.

**Tabelle 6: Häufigkeit des Besuchs von Selbsthilfegruppen und Begegnungsstätten; Häufigkeit von Betreuung**

*Besuch von Begegnungsstätten für psychisch erkrankte Menschen*

mindestens 3x im Monat, insgesamt mindestens 6x	30 (82%)
1-2x im Monat, insgesamt mindestens 5x	2 (6%)
weniger als 1x im Monat, aber schon mindestens 4x	1 (3%)
insgesamt 1-3x	2 (6%)
noch nie	1 (3%)

*Besuch von Selbsthilfegruppen für psychisch kranke Menschen*

mindestens 3x im Monat, insgesamt mindestens 6x	14 (39%)
1-2x im Monat, insgesamt mindestens 5x	4 (11%)
weniger als 1x im Monat, aber schon mindestens 4x	4 (11%)
insgesamt 1-3x	5 (14%)
noch nie	9 (25%)

*Betreuung durch SpDi bzw. durch AbW*

keine Betreuung	25 (69%)
Betreuung durch SpDi	3 (9%)
Betreuung durch AbW	7 (19%)
Betreuung durch SpDi und AbW	1 (3%)

*gesetzlicher Betreuer*

kein gesetzlicher Betreuer	29 (81%)
gesetzlicher Betreuer	7 (19%)

### 4.1.3 Angaben zu den Absprachen zur Behandlung

#### 4.1.3.1 Die Entscheidungsfindung

Bis auf eine Person konnten sich alle Befragten erinnern, auf welchem Wege sie von der Möglichkeit des Abschlusses einer Absprache zur Behandlung erfahren hatten. Sechs Betroffene (17%) waren hierüber durch Ärzte oder Sozialarbeiter der beiden Kliniken informiert worden, 12 Personen (33%) hatten in psychosozialen Einrichtungen davon erfahren. Bei den meisten (n=17; 47%) aber war die Bekanntschaft mit einem anderen psychisch Kranken, welcher bereits eine AzB abgeschlossen hatte, entscheidend. Dieser Vorbildeffekt findet sich auch in den Beweggründen für den Abschluss einer eigenen AzB (fünf Nennungen). 20 Personen gaben bezüglich ihrer Motivation an, dass schlechte Erfahrungen mit Medikamenten- nebenwirkungen bei früheren stationären Aufenthalten ausschlaggebend gewesen

seien. Als zweithäufigster Grund (10 Nennungen) wurde die Erfahrung von Zwangsmaßnahmen in der Vergangenheit genannt, gefolgt von einem als unbefriedigend erlebten Maß an Kommunikation und Aufklärung seitens des ärztlichen und/oder pflegerischen Personals (sechs Nennungen). Für jeweils zwei Personen bestand die Motivation für den Abschluss einer AzB in der Regelung der Versorgung von Angehörigen bzw. von Haustieren. Jeweils einmal wurden als Beweggrund schlechte Erfahrungen mit bestimmten Therapieverfahren und die Angst vor einem neuerlichen Psychiatrie-Aufenthalt angegeben.

Die Mehrheit der befragten Personen (n=20; 56%) traf die Entscheidung für den Abschluss einer Absprache zur Behandlung allein, d.h. unabhängig von der entsprechenden Meinung nahe stehender Personen. 14 Betroffene (39%) wurden von ihrer persönlichen Umgebung zum Abschluss einer AzB ermutigt, während sich in jeweils nur einem Fall eine neutrale bzw. ablehnende Haltung hierzu fand.

Bei den meisten Patienten spielten Zweifel an den Absprachen zur Behandlung ebenfalls keine Rolle, lediglich rund 22% stellten vor der Unterzeichnung bestimmte Aspekte dieses Instrumentes der Teilhabe in Frage. Hierbei überwog die Ansicht, dass Umsetzung und Einhaltung der AzB durch das Personal mehr oder weniger fraglich seien (n=6). Auch hielt man es für ungewiss, ob die im Krisenfall behandelnden Ärzte verlässlich über die Existenz der AzB informiert sein würden (n=1) bzw. ob sie bereit seien, das auf diesem Wege eingeforderte Mitspracherecht dem Patienten tatsächlich zuzugestehen (n=2).

Die Frage nach den von der AzB erhofften Vorteilen bzw. nach Auswirkungen auf den Behandlungsprozess und den Klinikaufenthalt im Allgemeinen wurde sehr vielfältig beantwortet, wie nachstehend ersichtlich ist.

Tabelle 7: Von der AzB erhoffte Vorteile bzw. Auswirkungen auf den Klinikaufenthalt

mehr Kommunikation und Aufklärung durch das Personal	9 Nennungen
höheres Maß an Selbstbestimmung	8 Nennungen
partnerschaftlicheres bzw. gleichberechtigteres Verhältnis zum Personal	8 Nennungen
Regelung der Details der Krankenbesuche	6 Nennungen
mehr Einfluss auf den Therapieprozess	5 Nennungen
stärkeres Gefühl von Sicherheit	4 Nennungen
effektivere Therapie	4 Nennungen
zeitigere Entlassung aus der Klinik	4 Nennungen
Informierung nahe stehender Personen im Krankheitsfall	3 Nennungen
Vermeidung des „Durchprobierens“ mehrerer Medikamente	3 Nennungen
Benennung von Wunschlinik bzw. -arzt	2 Nennungen
Ausschluss der Behandlung in bestimmter Klinik/durch bestimmten Arzt	2 Nennungen
Festlegung einer Vertrauensperson	1 Nennung
Angehörigengespräch vor der Anwendung von Zwangsmaßnahmen	1 Nennung

#### 4.1.3.2 Das Vereinbarungsgespräch

In Bezug auf das Vereinbarungsgespräch äußerten nicht wenige Patienten, dass es für sie mit großer innerer Aufregung und Nervosität verbunden gewesen sei. Fünf Personen (14%) wurden hierbei von einem Familienangehörigen oder einem Freund begleitet. Bei sieben Gesprächen (19%) waren der Betreuer der betreffenden Person bzw. ein Sozialarbeiter mit anwesend. In weiteren 19% der Fälle erfolgte eine Begleitung durch eine ebenfalls psychiatrieerfahrene Person, die zumeist auch schon eine AzB abgeschlossen hatte. Der Anteil an Personen, die allein zum Vereinbarungsgespräch erschienen, lag somit knapp unter der Hälfte (n=17; 47%). Die Atmosphäre des Vereinbarungsgespräch wurde überwiegend positiv erlebt: So finden sich in der entsprechenden Charakterisierung (Mehrfachnennung möglich) jeweils 18-mal die Attribute „angenehm“, „höflich“ und „sachlich“. Weiterhin wurde 16-mal die Option „offene Atmosphäre“ und 13-mal die Option „informativ“

gewählt. Als belehrend oder angespannt wurde das Gespräch nur in neun Fällen empfunden.

Von fünf Betroffenen wurde die Absprache zur Behandlung nachträglich verändert – zum überwiegenden Teil (60%) diente dies der Aktualisierung von Angaben zur häuslichen Situation (n=2) bzw. zur Medikation (n=1). In zwei Fällen wurden Änderungen hinsichtlich der Besucherregelung vorgenommen.

#### 4.1.3.3 Erfahrungen mit der Absprache zur Behandlung

Die meisten Patienten (n=20; 56%) hatten zum Befragungszeitpunkt noch keinen (teil)stationären Aufenthalt mit Absprache zur Behandlung erlebt. 14 Personen (39%) waren nach Abschluss der AzB ein- bis zweimal in der Klinik gewesen, zwei Patienten (6%) auch häufiger. Bei fünf von ihnen (n=31,3%) lag die AzB bei Aufnahme nicht vor, woraufhin die Betroffenen häufig selbst auf ihren entsprechenden Abschluss hinwiesen. Fünf Patienten konnten rückblickend nicht mehr eindeutig beurteilen, ob der akut behandelnde Arzt von ihrer AzB Kenntnis hatte. In sechs Fällen (37,5%) war dem aufnehmenden Arzt die AzB zweifellos bekannt. Teilweise ergab sich die entsprechende Kenntnisnahme seitens des Personals aber auch erst im weiteren Verlauf des Aufenthalts. Bezogen auf den gesamten Klinikaufenthalt waren sieben Patienten (43,8%) der Ansicht, dass ihre AzB berücksichtigt wurde, während 50% (n=8) diesbezüglich unsicher waren und eine Person (6,3%) es für unzutreffend hielt. Von den 16 Patienten, denen ein Vergleich zwischen einer (teil)stationären Behandlung mit AzB und einer solchen ohne AzB möglich war, konnten sieben (44%) keinen nennenswerten Unterschied feststellen. Drei Patienten (19%) fühlten sich durch das Personal aufmerksamer behandelt und zwei (12%) befanden den Therapieverlauf rückblickend als konstruktiver. Jeweils einmal wurde die Behandlung als harmonischer, rücksichtsvoller und komplizierter als bei vorangegangenen Aufenthalten charakterisiert. In einem Fall erfolgte hierzu keine Angabe.

#### 4.1.3.4 Beurteilung der AzB

Fast alle Befragten (n=31; 86%) beurteilten die gegenwärtige Form der AzB hinsichtlich ihres Informationsgehaltes als adäquat, und sahen keinen Veränderungsbedarf. Als besonders positiv wurde die Möglichkeit der Krankenschreibung ohne

Kennzeichnung „Psychiatrische Klinik“ angemerkt, diese solle unbedingt beibehalten werden.

Hinsichtlich eventueller Ergänzungen wurde jeweils zweimal vorgeschlagen, mehr Platz für die Darlegung bisheriger Erfahrungen mit psychiatrischen Einrichtungen einzuräumen bzw. die Anzahl der Items unter Punkt 7 der AzB zu erhöhen, um so eine aussagekräftigere Selbstcharakterisierung zu ermöglichen. Eine Person wünschte sich die Möglichkeit der Benennung eines Vertrauensarztes, während eine andere mehr Raum für freie Äußerungen und Ergänzungen zu bestimmten Punkten forderte, wodurch sich das Beilegen bzw. Anheften zusätzlicher loser Blätter vermeiden ließe. Zwei Patienten befanden die Benennung einer Wunschperson für die Sitzwache als unrealistisch und einmal wurde darauf hingewiesen, dass die Angabe des Arbeitgebers bei den gegenwärtigen Beschäftigungsverhältnissen sehr schnell veralten könne.

Nach dem Stellenwert der Absprachen zur Behandlung innerhalb der psychiatrischen Versorgungslandschaft befragt, sprachen sich mit einer Ausnahme alle Studienteilnehmer für eine große Bedeutung aus. Die Antwortmöglichkeiten reichten hierbei auf einer 5-stufigen Skala von 1 („sehr wichtig“) bis 5 („völlig unwichtig“). 53% (n=19) der Befragten erachteten die Existenz dieser Möglichkeit der Partizipation als wichtig und 44% (n=16) sogar als sehr wichtig. Am häufigsten wurde dies mit der Möglichkeit der Partizipation und einer Verringerung der Ängste vor stationären Aufenthalten begründet.

## **4.2 Ergebnisse der Befragung von Ärzten und Sozialarbeitern**

Von den befragten 13 Ärzten und fünf Sozialarbeitern hatte die Hälfte ein bis zwei Patienten mit AzB behandelt (62% der Ärzte [n=8]; 20% der Sozialarbeiter [n=1]). Vier Ärzte (31%) und ein Sozialarbeiter waren in drei bis vier entsprechende Therapien involviert und bei jeweils einem Vertreter beider Gruppen waren es fünf bis neun Patienten.

### **4.2.1 Auswirkungen der AzB auf die Arbeit der professionell Tätigen**

Für knapp die Hälfte der befragten Ärzte (46%; n=6) war ein Einfluss der AzB auf ihr therapeutisches Verhältnis zum Patienten erkennbar. So bestünde durch die

Vereinbarung ein leichter Zugang zu den Betroffenen, der Dialog würde befördert und es fände sich häufig eine überdurchschnittliche Compliance. Analog stimmten alle Professionellen darin überein, dass Patienten, die eine AzB abgeschlossen haben, vergleichsweise informierter und reflektierter hinsichtlich ihrer Krankheit erscheinen als andere Patienten. Bei sich selbst hätten sie in den betreffenden Fällen ein geschärftes Bewusstsein für die Wirkung von Zwangsmaßnahmen sowie eine größere Empathie und Sensibilität gegenüber dem Patienten festgestellt. Die Vereinbarungen seien innerhalb der professionellen Arbeit ein Anlass zu verstärkter Reflexion über die eigene Tätigkeit und deren ethische Dimension. Beide Berufsgruppen sahen eine Vereinfachung bzw. Effektivitätssteigerung ihrer Arbeit. So würden etwa die Angaben in den AzB das zeitaufwendige Durchsehen alter Krankenakten mitunter ersparen. Auch die genauere Kenntnis der Wünsche und Ängste des Patienten sowie seines sozialen Hintergrundes sei hilfreich, da man die in den Vereinbarungen enthaltenen Informationen über die übliche Behandlungsdokumentation kaum gewinnen könne. Die Auswirkungen dieses Zugewinns an Information wurden jedoch recht verschieden beurteilt: Ein Teil der befragten Sozialarbeiter empfand das komprimierte und damit schnell erfassbare Vorliegen von Informationen zur sozialen Situation des Patienten als hilfreich für ihre Tätigkeit. Von anderen wurde der Nutzen dagegen als eher begrenzt eingeschätzt. Zum einen wären die in den AzB dokumentierten sozialen Fakten oft bereits bekannt. Zum anderen würde man als Sozialarbeiter häufig erst zu einem späteren Zeitpunkt in die Behandlung einbezogen, an dem der Patient die benötigten Auskünfte oft wieder selbst erteilen könne.

Mitunter würde die Tätigkeit der Professionellen durch die Vereinbarung auch erschwert, etwa wenn Patienten ihre darin angegebenen medikamentösen Präferenzen als verbindlich ansehen oder sich an bestimmte Details der AzB nicht mehr erinnern können. Auch bedeute die Umsetzung der AzB einen unter Umständen erhöhten Zeitaufwand. Insgesamt aber war für alle Professionellen das Verhältnis von Aufwand und Nutzen bei den Vereinbarungen angemessen.

Zur Vermeidung oder Verringerung der Anwendung von Zwangsmaßnahmen trügen die Absprachen zur Behandlung nach Ansicht von 69% der Ärzte (n=9) allerdings nicht bei. Diesen Effekt sahen nur 15% (n=2). Konkret hatte sich in drei Fällen trotz der AzB eine Fixierung nicht vermeiden lassen, in drei weiteren konnte den Wünschen der Patienten hinsichtlich ihrer Medikation nicht entsprochen werden. Bei

allen sechs Abweichungen habe man (in der Situation selbst oder im Nachhinein) das Gespräch mit dem Patienten gesucht und die Vorgehensweise mit ihm besprochen. Des Weiteren fanden sich bei der Durchsicht der Behandlungsakten keinerlei Vermerke, die auf rechtliche oder andere schwerwiegende Komplikationen durch das Vorhandensein der AzB schließen lassen würden.

#### ***4.2.2 Bedeutung und Potential der Absprachen zur Behandlung aus professioneller Sicht***

83% (n=15) der Befragten bewerteten die Existenz der Behandlungsvereinbarungen als wichtig, 17% (n=3) gar als sehr wichtig. Die Antwortmöglichkeiten reichten hierbei auf einer 5-stufigen Skala von 1 („sehr wichtig“) bis 5 („völlig unwichtig“). Neben den bereits genannten positiven Auswirkungen auf das Arzt-Patienten-Verhältnis wurde dies zumeist damit begründet, dass Patienten mit AzB oft weniger Angst vor einem Klinikaufenthalt zeigen. Sie würden sich gegenüber den Professionellen weniger ohnmächtig und in ihrem Mitspracherecht gestärkt fühlen. Einige sahen auch eine über den einzelnen Patienten hinausgehende Bedeutung der Absprachen: Diese seien ein verzahnendes Element zwischen den verschiedenen Versorgungsebenen und –bereichen. So würde innerhalb der Klinik die Kommunikation zwischen Ärzten, Sozialarbeitern und Pflegepersonal befördert und außerhalb derselben die Zusammenarbeit zwischen den verschiedenen (sozial)psychiatrischen Einrichtungen (SpDi, Begegnungs- und Beratungsstätten usw.).

67% (n=12) der Befragten waren der Ansicht, dass Patienten mit bestimmten Krankheitsbildern besonders von einer Absprache zur Behandlung profitieren könnten – am häufigsten (achtmal) wurden hierbei Psychosen genannt, gefolgt von bipolaren Erkrankungen und Persönlichkeitsstörungen (jeweils viermal), Schizophrenien (dreimal) und Suchterkrankungen (einmal). Uneinigkeit herrschte hinsichtlich der Frage, ob die Absprachen für alle psychiatrischen Patienten, also auch solche ohne bisherige Klinikaufenthalte, geeignet seien oder ob Erfahrungen mit (teil)stationären Aufenthalten wünschenswert wären. 50% (n=9) sprachen sich für die letztgenannte Konstellation aus, da die Betroffenen in diesen Fällen über eine konkrete Grundlage für ihre Angaben in der Behandlungsvereinbarung verfügten.

### *4.2.3 Problematische Aspekte und Entwicklungspotential*

Zwei Bereiche kristallisierten sich bei der Befragung der Professionellen als problematisch heraus. Es handelt sich hierbei zum einen um die Kooperation mit der pflegerischen Seite, zum anderen um die Hinterlegung der Absprachen zur Behandlung innerhalb der Kliniken.

Inwieweit auch das Pflegepersonal im Einzelfall über die Absprachen informiert war, war rückblickend zumeist nicht mehr eindeutig erfassbar; mehrfach wurden diesbezüglich starke Zweifel geäußert. Die Zusammenarbeit mit der pflegerischen Seite gestaltete sich hinsichtlich der AzB für alle Befragten tendenziell eher schwierig. In zwei Fällen (11%) gab es keinerlei entsprechende Zusammenarbeit, in sechs Fällen (33%) wurde sie als schlecht bzw. unzureichend geschildert. Eine Person (6%) empfand sie als befriedigend, für sechs Befragte war sie gut bis sehr gut. So war es das Pflegepersonal, welches in einem Fall unmittelbar vor der Anwendung einer Zwangsmaßnahme auf die AzB des Patienten hinwies - der Dienst habende Arzt hatte hiervon zuvor keine Kenntnis.

Die meisten Ärzte waren ausreichend darüber informiert, wie sie bei der Aufnahme eines Patienten von dessen AzB erfahren können. Zwei der an der Universitätsklinik tätigen Ärzte verwiesen diesbezüglich auf den in der Institutsambulanz befindlichen Ordner sowie die Patientenakte, weitere drei nannten jeweils eine der beiden Möglichkeiten. Für das Psychiatrische Krankenhaus wurden von drei Ärzten beide Optionen (Buch im Aufnahmezimmer, Patientenakte) genannt, zwei gaben nur das Aufnahmezimmer an. Insgesamt zwei Ärzte (15%) wussten nicht, wo sie die AzB in einer Aufnahmesituation finden können.

Bestimmte Aspekte der AzB erschienen einigen Ärzten und Sozialarbeitern entwicklungsfähig. Eine Übersicht über die vorgeschlagenen Änderungen gibt die nachstehende Darstellung; die grau unterlegten Vorschläge wurden von Patientenseite ebenfalls eingebracht.

Tabelle 8: **Änderungsvorschläge für die gegenwärtige Fassung der AzB**

<b>Punkt 1</b> (Kontakte):	um telephonische Kontakte ergänzen
<b>Punkt 3</b> (Medikamente):	die Ablehnung bestimmter Medikamente näher begründen regelmässige Gespräche zur Wirksamkeit von Medikamenten werden ohnehin durchgeführt
<b>Punkt 4</b> (Zwangsmaßnahmen):	in „Eskalationsvermeidung“ umbenennen Beteiligung externer Personen an der Sitzwache ist unrealistisch
<b>Punkt 5</b> (PsychKG LSA):	Freiwilligkeitserklärung wird ohnehin so schnell wie möglich vorgelegt
<b>Punkt 6</b> (Soziale Situation):	angeben, ob Versorgung durch Pflegedienst oder Wohnhilfe besteht Angaben zu finanziellen Fragen sind weniger dringlich
<b>Punkt 7</b> (Sonstige Absprachen):	genauere Charakterisierung des „natürlichen Temperamentes“
<b>Allgemein:</b>	Frage der Aktualisierung bei Veränderungen leere Blätter für Ergänzungen/Korrekturen (von Seiten der behandelnden Ärzte) anheften

### 4.3 Dokumentationspraxis in den beiden Kliniken

In beiden Kliniken existieren zwei verschiedene Wege für den aufnehmenden und den behandelnden Arzt, Kenntnis vom Vorliegen einer AzB bei Patienten zu erhalten: Zum einen ein **alphabetisch geordnetes Verzeichnis** aller Patienten, die bislang eine AzB abgeschlossen haben. In der Universitätsklinik befindet sich dieses in der Ambulanz und besteht aus den AzB-Exemplaren selbst. Im Psychiatrischen Krankenhaus gibt es im Aufnahmezimmer ein Buch, welches die entsprechenden Namen auflistet. Zum anderen sollte sich auf oder in den **Patientenakten** ein entsprechender Hinweis finden. Im Psychiatrischen Krankenhaus ist dies dadurch gewährleistet, dass in jeder Akte die AzB als eine Art Deckblatt eingheftet ist - auch bei jenen Patienten, die bislang keine Aufenthalte in der Einrichtung hatten.

In der Universitätsklinik fand sich bei fünf der 16 Patienten, die bereits Aufenthalte mit AzB hatten, ein Vermerk auf den Akten. Bei drei Aufenthalten war die AzB

unter dem Kapitel „Juristisches“ abgeheftet, und im ärztlichen Aufnahmeblatt wurde viermal auf das Vorhandensein einer entsprechenden Vereinbarung hingewiesen. Inwieweit die AzB während der Klinikaufenthalte das therapeutische Verhältnis und den Verlauf beeinflusst hat, war anhand der Dokumentation schwer beurteilbar: In den ärztlichen Aufzeichnungen fanden sich dazu für beide Krankenhäuser zusammen nur fünf Erwähnungen.

## 5 Diskussion

### 5.1 Diskussion der Methode

Die vorliegenden Daten wurden mittels semistandardisierter Interviewleitfäden erhoben. Das teils offene, teils geschlossene Antwortformat erschien hinsichtlich der Komplexität des Sachverhalts und des Ziels, auch Meinungen und Ansichten zu erfassen, am geeignetsten. Dieses Vorgehen macht es im Unterschied zu ausschließlich geschlossenen Fragen dem Interviewer möglich, individueller auf seinen Gesprächspartner und dessen Schwerpunkte einzugehen. Zugleich ergibt sich hierbei jedoch das Problem der Kategorisierung der freien Antworten sowie der geringeren Standardisierbarkeit des Interviewablaufs.

Die vorliegende Studie erfährt gewisse Einschränkungen dahingehend, dass sie hinsichtlich der Patientenbefragung keine Totalerhebung darstellt - knapp 82% (n=36) der interessierenden Personen wurden erfasst. Für die Nonresponder konnten nur die Größen Alter und Geschlecht ausgewertet werden: Die betreffenden Patienten waren ebenfalls überwiegend weiblich, und wiesen ein um etwa acht Jahre niedrigeres Durchschnittsalter auf.

Bei den Angaben der Professionellen waren in drei Fällen nicht alle Fragen beantwortbar, da die Befragten zwar Patienten mit AzB behandelt, dabei jedoch nichts von der entsprechenden Vereinbarung ihrer Patienten gewusst hatten.

Die Erhebung erfasst jene Patienten, welche innerhalb der ersten zweieinhalb Jahre nach Einführung eine Absprache zur Behandlung abgeschlossen haben. Da die Befragung in relativ kurzem zeitlichen Abstand hierzu durchgeführt wurde, fiel der Anteil jener Patienten, die bereits Erfahrungen mit ihrer AzB hatten sammeln können, recht gering aus (36%; n=16). Bezüglich der von anderen Autoren nachgewiesenen bzw. postulierten Effekte der Vereinbarungen, - etwa dem Rückgang von Zwangsmaßnahmen und Zwangseinweisungen und Wieder-einweisungen -, ist daher anhand der vorliegenden Daten keine Aussage möglich. Hierfür müssten ein längerer Untersuchungszeitraum sowie größere Fallzahlen abgewartet werden. Eine Auswertung mittels Spiegelbilddesign, wie von

Rittmannsberger et al. (2006) durchgeführt, erscheint aus diesen Gründen nicht sinnvoll.

Im Unterschied zu bisherigen Erhebungen zum Thema wurden in dieser Arbeit die Erfahrungen von Patienten *und* Professionellen systematisch und umfassend ausgewertet. Die Arbeitsgruppe von Rittmannsberger et al. untersuchte nur die Patientenseite, und die sonstige Literatur beschränkt sich auf stichprobenartige Erfahrungsberichte, wie sie etwa für das Buch „Behandlungsvereinbarungen – vertrauensbildende Maßnahmen in der Akutpsychiatrie“ zusammengetragen wurden. Zudem hat die vorliegende Arbeit soziobiografische und krankheitsgeschichtliche Variablen erfasst, welche eine Charakterisierung der Nutzergruppe erlauben. Auch auf die Frage der mit den Absprachen zur Behandlung verknüpften Motivationen und Hoffnungen wurde ausführlich eingegangen. Des Weiteren wurde die mit den AzB verbundene Dokumentationspraxis beider Kliniken untersucht.

## **5.2 Diskussion der Ergebnisse**

### *5.2.1 Sozialpsychiatrische Einbindung und soziodemografisches Profil der Nutzergruppe*

Die Patienten, welche zwischen 2003 und 2005 eine Absprache zur Behandlung abgeschlossen hatten, machen einen sehr geringen Teil der in beiden Kliniken insgesamt behandelten Patienten aus: Selbst wenn es bei allen 44 Personen mit AzB zu einem Klinikaufenthalt gekommen wäre, hätten sie etwa im Jahr 2006 nur 1,6% aller Patienten ausgemacht.

Die 36 befragten Patienten waren überwiegend weiblich (66%) und befanden sich im mittleren Lebensalter (Durchschnittsalter 44 Jahre). Hinsichtlich der Altersverteilung erwiesen sie sich damit als repräsentativ für die Gesamtzahl der in beiden Kliniken behandelten Patienten. Jedoch weisen die statistischen Berechnungen darauf hin, dass sich tendenziell eher Frauen für den Abschluss einer AzB entscheiden.

Die Mehrzahl – und hierbei vor allem die Männer - lebte allein, hatte aktuell keinen Partner und war häufig noch nie verheiratet bzw. hatte gescheiterte Ehen hinter sich. Die meisten Studienteilnehmer konnten sich trotz ihrer erkrankungsbedingten Einschränkungen gut allein versorgen: Der Anteil jener, die durch SpDi und/oder

AbW betreut wurden (31%) bzw. für die ein Betreuer bestellt war (19%), ist verhältnismäßig gering.

Die Mehrzahl der Befragten hatte Kinder und pflegte mit diesen und/oder ihrer Herkunftsfamilie regelmäßigen Kontakt. Hinsichtlich der nichtfamiliären sozialen Kontakte fanden sich überwiegend Menschen, die ebenfalls psychisch erkrankt sind; knapp die Hälfte besaß sogar keinerlei psychisch gesunden Freunde. Entsprechend dieser Verteilung sozialer Beziehungen erachteten auch 80% der Befragten den Kontakt mit anderen psychisch kranken Menschen als wichtigen bzw. sehr wichtigen Bestandteil ihres Lebens. Hierbei ist anzunehmen, dass ein wesentlicher Rahmen für diesen zwischenmenschlichen Austausch durch die Begegnungsstätten geschaffen wird, welche knapp 90% der Teilnehmer häufig bis sehr häufig besuchten. Als weniger frequentiert erwiesen sich Selbsthilfegruppen (39% mit sehr häufiger Teilnahme). Der häufige Besuch der Tagesstätten ist wohl auch auf deren tagesstrukturierende Wirkung zurückzuführen, denn diese war überwiegend nicht mehr durch berufliche Tätigkeit gegeben: Der Großteil der Befragten war arbeitslos bzw. bereits EU-berentet, lediglich etwas mehr als ein Fünftel (22%) war zum Befragungszeitpunkt erwerbstätig.

Hinsichtlich der Aufteilung nach Schulabschlüssen fand sich ein im Vergleich zur halleischen Gesamtbevölkerung erhöhter Anteil an POS- und Realschulabschlüssen (knapp 70% gegenüber 41%)<sup>6</sup>. Der Anteil an Personen mit (Fach)Hochschulreife wiederum erwies sich als annähernd gleich (25% der befragten Patienten gegenüber 32% in der Gesamtbevölkerung)<sup>7</sup>.

Zusammenfassend lässt sich somit eine Dominanz von allein lebenden Patienten feststellen, deren soziale Kontakte sich weitgehend auf die Kernfamilie sowie andere psychisch Erkrankte beschränkten und die größtenteils keinen Zugang zum Arbeitsmarkt mehr hatten.

### ***5.2.2 Zu den Erkrankungen und Krankheitsgeschichten***

Die Absprachen zur Behandlung wurden vor allem von Patienten mit langjährigem und häufig auch chronifiziertem Krankheitsverlauf abgeschlossen - so waren 61% der Befragten seit über 16 Jahren psychisch erkrankt. Es dominierten schizoaffektive Leiden, gefolgt von schizophrenen und affektiven Erkrankungen. Hierbei fanden sich

---

<sup>6</sup> Quelle: Statistischer Auskunftsdienst der Stadt Halle (Saale)

<sup>7</sup> Quelle: Statistischer Auskunftsdienst der Stadt Halle (Saale)

für einige Diagnosegruppen statistisch signifikante Unterschiede beim Vergleich mit der gesamten Patientenklientel beider Kliniken. Darüber hinaus fiel auf, dass bislang keine Patienten mit der Hauptdiagnose einer Suchterkrankung (ICD-10 F1) eine AzB abgeschlossen hatten, obgleich diese einen Großteil der Klinikclientel ausmachen.

In der Krankheitsgeschichte fand sich in etwas mehr als der Hälfte der Fälle (53%) mindestens ein Suizidversuch, bei 42% hiervon war die Selbsttötung mindestens dreimal versucht worden.

Hinsichtlich des Zusammenhangs zwischen psychiatrischem Erkrankungsbild und dem Interesse an krankheitsbezogenen Vorsorgemaßnahmen lassen sich aus der existierenden Literatur widersprüchliche Angaben ableiten. Srebnik et al. (2003) etwa benannten in ihrer Studie affektive Erkrankungen als förderlich für Vorsorgemaßnahmen, und stellten hierbei auch Übereinstimmungen mit früheren Untersuchungen zum Thema fest. Zwei Jahre später untersuchten Srebnik et al. erneut das Interesse an *advance directives* und fanden nun ein Überwiegen von Diagnosen aus dem schizophrenen Spektrum, gefolgt von bipolaren Störungen. Auch in der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie Bethel (Bielefeld) waren es anfangs vor allem Patienten mit schizophrenen Psychosen, welche eine Behandlungsvereinbarung trafen (Hildebrandt, Dietz; 1998). In Linz wurden die meisten Behandlungsvereinbarungen von schizoauffektiv und schizophren erkrankten Menschen abgeschlossen (Rittmannsberger et al., 2006). Eine ganz ähnliche Verteilung konnte bei der vorliegenden Erhebung auch für die Stadt Halle (Saale) festgestellt werden. Dass das Vorliegen einer Schizophrenie dem Bedürfnis nach Partizipation durchaus nicht zuwider laufen muss, wird durch neuere Untersuchungen belegt. So fanden Hamann et al. (2005; 2006), dass das Mitbestimmungsinteresse schizophrener Patienten weder durch die Krankheitschwere, das Krankheitswissen noch durch die Erkrankungsdauer beeinflusst wird. Mit einem signifikant höheren Interesse sollen dagegen eine negative Einstellung gegenüber medikamentöser Behandlung sowie Erfahrungen mit unfreiwilliger Behandlung korrelieren. Letzteres konnte die vorliegende Untersuchung bestätigen (siehe 5.2.3.).

Bei vielen Betroffenen fiel der Abschluss ihrer AzB in eine Phase relativer psychischer Stabilität: So hatte die Hälfte der Studienteilnehmer in den letzten drei Jahren vor Befragungszeitpunkt ihren ambulant betreuenden Arzt seltener als 1x im Monat konsultiert. Unter jenen, die häufigere Termine hatten, fanden sich

überwiegend solche Patienten mit Anbindung an die Institutsambulanzen beider Kliniken (insgesamt 28% der Teilnehmer). Über ein Drittel war im selben Zeitraum weder stationär noch teilstationär hospitalisiert. Srebnik et al. (2003) befanden das Fehlen stationärer Aufenthalte in den letzten zwei Jahren vor Untersuchungszeitpunkt als förderlichen Faktor hinsichtlich des Interesses an *advance directives*.

Alle Befragten hatten bereits stationäre Aufenthalte in einer psychiatrischen Klinik hinter sich, konnten also beim Ausfüllen ihrer AzB auf konkrete Erfahrungen zurückgreifen. Fast immer wird dies auch als unverzichtbare Grundlage für den Abschluss einer Behandlungsvereinbarung angesehen, wie bereits der in diesem Zusammenhang häufig verwendete Begriff „Psychiatrieerfahrene“ nahe legt. Die Hälfte der befragten Professionellen befürwortete aber die in Halle gängige Praxis, die AzB auch für psychisch erkrankte Menschen ohne Psychiatrieerfahrung anzubieten. Bei bestimmten Aspekten der Vereinbarung, etwa hinsichtlich der Vertrauenspersonen oder der sozialarbeiterisch relevanten Angaben, mag dies durchaus sinnvoll sein. Andere Punkte jedoch erfordern zweifelsohne Erfahrung und Auseinandersetzung mit (teil)stationären Aufenthalten.

Gemäß den Angaben des Psychiatrieberichtes der Stadt Halle (Saale) von 2006 erfolgen etwa 9 bis 10% der jährlichen Einweisungen auf nicht freiwilliger Grundlage – dies gilt für beide Kliniken. Unter den Befragten hatten 42% Erfahrungen mit Zwangseinweisungen und 55% mit Zwangsmaßnahmen allgemein. Dies kann wohl wesentlich aus der Tatsache heraus erklärt werden, dass ein Großteil der Befragten seit Jahren psychisch erkrankt ist und somit häufig mehrmals stationär behandelt wurde. Bei diesen Häufigkeitsangaben muss zudem stets ein gewisser recall bias berücksichtigt werden sowie die Tatsache, dass hinsichtlich des Verständnisses von Zwangsmaßnahmen die Auffassungen von Personal und Patienten nicht selten erheblich differieren. Längle et al. weisen darauf hin, dass „diese Grauzone zwischen Überzeugen, Überreden und Zwangsbehandeln bei der Medikation mit Psychopharmaka“ (2000, S.243) besonders ausgeprägt sei.

### ***5.2.3 Mit den AzB verbundene Informationswege, Beweggründe und Erwartungen***

Wie in Abschnitt 1.4.2. dargelegt, waren die Initiatoren bei der Einführung der AzB in Halle (Saale) bemüht, diese Vereinbarung möglichst vielen Patienten bekannt zu machen. Neben Berichten in den Betroffenenzeitschriften und der Lokalpresse ent-

wickelte man daher einen Informationsflyer, welcher in den Kliniken sowie den Einrichtungen des psychosozialen Netzes verteilt wurde. Im Rahmen der Befragung wurde jedoch seitens der Professionellen mehrfach darauf hingewiesen, dass ein kontinuierliches Auslegen der Flyer in den entsprechenden Institutionen bislang noch nicht erreicht werden konnte.

Darüber hinaus wurden die AzB von zwei Betroffenen in einer Reihe von Einrichtungen auch persönlich vorgestellt.

Verfolgt man nun die Informationswege zurück, über welche die Studienteilnehmer von den AzB erfahren haben, so fällt auf, dass die Verbreitung durch Hörensagen den weitaus größten Effekt zu haben scheint: Knapp die Hälfte (47%) gab an, über einen anderen psychisch Erkrankten von den AzB erfahren zu haben. Rittmannsberger et al. kamen in ihrer im österreichischen Linz durchgeführten Befragung zu einem fast identischen Ergebnis: Hier hatten 42% die Information über die Betroffenenbewegung erhalten. In Halle hatten 33% durch psychosoziale Einrichtungen davon erfahren, und Professionelle stellten hier mit 17% die dritthäufigste Informationsquelle dar. Der Anteil letzterer kann sicherlich noch erhöht werden, etwa durch Verweise auf die AzB in Entlassungsgesprächen, in Psychoedukationsgruppen oder entsprechende Hinweise auf Informationstafeln. Zudem hat sich eine positive Haltung der Professionellen gegenüber den Vereinbarungen als hilfreich erwiesen, da sie das Interesse der Patienten an vorsorgenden Maßnahmen fördert (Srebnik et al., 2003). Viele der Patienten, die das Wissen um die AzB verbreiteten, hatten selbst bereits eine solche Vereinbarung abgeschlossen, so dass sich hierbei ein Vorbildeffekt ergab (siehe 4.1.3.1.). Einige Teilnehmer berichteten in diesem Zusammenhang auch von einer Art Gruppendynamik – teilweise habe man in den psychosozialen Einrichtungen gemeinsam die Entscheidung für die AzB getroffen und sei dann als Gruppe zum Abschlusstermin erschienen. Die Mehrheit (53%) der Befragten traf diese Entscheidung jedoch allein. Bei jenen, die zuvor Rat und Meinung anderer eingeholt hatten, fand sich in 15 von 17 Fällen eine befürwortende und ermutigende Haltung der Umgebung. Auch die Betroffenen selbst sahen die AzB überwiegend positiv (78%); Zweifel bestanden dahingehend, ob das Klinikpersonal im Krisenfall Kenntnis von der Vereinbarung haben und ob es diese auch umsetzen würde. Nach den Beweggründen für den Abschluss einer AzB gefragt, wurden am häufigsten schlechte Erfahrungen mit Medikamentennebenwirkungen und die Erfahrung von

Zwangmaßnahmen während früherer Aufenthalte genannt (vgl. Schulz et al., 2005) - hier spiegelt sich wider, dass über die Hälfte der befragten Patienten in ihrer Vorgeschichte Erfahrungen mit Zwangsmaßnahmen gemacht hatte. Zugleich wird auch deutlich, wie einschneidend und belastend diese Maßnahmen oft erlebt werden. Berücksichtigt man zusätzlich noch den am dritthäufigsten genannten Grund - ungenügende Kommunikation und Aufklärung seitens des Personals - so scheint die Motivation für die AzB wesentlich darin zu liegen, unerwünschte Behandlungsverfahren zu vermeiden und eigene Vorstellungen und Wünsche hinsichtlich des stationären Aufenthaltes gegenüber der Klinik abzusichern. Diese Tendenz war für Rittmannsberger et al. (2006) sowie für Schulz et al. (2005) in ihren Erhebungen ebenfalls feststellbar und sie spiegelt sich auch in der Vielfalt der Antworten auf die Frage nach den von der AzB erhofften Vorteilen und Auswirkungen wider (Tabelle 7): Hier wurde am häufigsten die Hoffnung auf ein höheres Maß an Austausch und Verständigung mit dem Personal sowie ein gleichberechtigteres Verhältnis zu selbigem genannt, gefolgt von größerer Selbstbestimmung. Ergänzend hierzu sei die Erfahrung von Michaela Amering zitiert, „dass auch PatientInnen mit langen Geschichten von Zwangsbehandlungen und Verletzungen und Enttäuschungen durch das psychiatrische Versorgungssystem bereit sind, mit großer Verantwortung und Umsicht ihre Selbstbestimmung zur Verbesserung ihrer Behandlung in Akutsituationen wahrzunehmen“ (2008, S.e10).

#### *5.2.4 Das Vereinbarungsgespräch*

Fast alle Befragten hatten das Vereinbarungsgespräch in positiver Erinnerung, obgleich es für viele von ihnen kein leichter Termin gewesen sein dürfte: Häufig treffen Patienten im Rahmen der Vereinbarungsunterzeichnung das erste Mal in einer gesunden Phase auf - zumeist mehrere - Vertreter beider Kliniken. Dies allein kann bereits starke emotionale Angespanntheit und Bewegtheit hervorrufen. Hinzu kommt die häufig noch ungewohnte Rolle als ebenbürtiger Verhandlungspartner. Aufgrund dieser nicht selbstverständlichen Konstellationen wird in der Literatur vielfach die Bedeutung des Vereinbarungsgesprächs betont: Bereits diese Zusammenkunft habe eine große therapeutische Wirkung, da sie zum Abbau psychiatriebezogener Ängste beitrüge und das Selbstbewusstsein der Patienten im Umgang mit Krisen fördere (Burdinski, 1998). Es erscheint daher auch ratsam, die Gespräche nicht am Ende eines Klinikaufenthaltes zu führen, wie mancherorts praktiziert, sondern einen

gewissen zeitlichen Abstand hierzu einzuhalten. So können die Betroffenen Kompetenzen im Umgang mit sich selbst und mit den Professionellen viel deutlicher und bewusster erfahren (Hakelberg, 1998). Henderson et al. (2005) und Papageorgiou et al. (2002) weisen zudem darauf hin, dass es vorteilhaft sein kann, zu den Vereinbarungsgesprächen eine neutrale Person hinzu zu ziehen. Mit diesem Mediator zu verhandeln sei für manche Patienten einfacher als die Auseinandersetzung mit potenziellen zukünftigen Behandlern.

Es wird zumeist eine Dauer von 60 bis 120 Minuten pro Gespräch veranschlagt – ein zeitlicher Rahmen, welcher eine intensivere Auseinandersetzung über frühere Klinikerfahrungen sowie einen weiter reichenden Austausch von Sichtweisen durchaus erlaubt – sofern auf beiden Seiten entsprechender Bedarf besteht. Bei den Vereinbarungsgesprächen im halleschen SpDi sind die Zeiten deutlich kürzer, sie betragen durchschnittlich 20 bis 30 Minuten.

Die Termine im SpDi wurden bislang nur von wenigen zur Aktualisierung einer bereits abgeschlossen AzB genutzt. Erfahrungsgemäß veralten Vereinbarungen dieser Art durch Lebensveränderungen jedoch recht schnell. Es kann daher vermutet werden, dass diese Korrekturmöglichkeit bislang noch zu wenig bekannt ist bzw. manchem der Aufwand zu hoch erscheint. Hierbei muss auch die Wahrscheinlichkeit bedacht werden, dass die AzB bei den Betroffenen in Vergessenheit geraten kann, wenn über längere Zeiträume hinweg kein (teil)stationärer Aufenthalt nötig wird (siehe auch Papageorgiou et al., 2002). So war vielen Befragten etwa der Aufbewahrungsort ihrer AzB erst nach längerem Suchen bzw. Nachdenken wieder erinnerlich, in wenigen Fällen war die Vereinbarung auch gar nicht mehr auffindbar.

### ***5.2.5 Die AzB: Erfahrungen und Bewertungen***

Die überwiegende Zahl der Patienten mit einer AzB hatte zum Befragungszeitpunkt noch keine Erfahrungen mit ihrer Vereinbarung gemacht, 16 Personen jedoch war ein Vergleich mit früheren Aufenthalten möglich. Für knapp die Hälfte war kein Unterschied feststellbar, 44% hatten den Klinikaufenthalt mit AzB in verschiedener Hinsicht als positiver erlebt. In diesem Zusammenhang muss jedoch bedacht werden, dass die meisten Patienten rückblickend nicht mehr zweifelsfrei beurteilen konnten, ob ihre AzB tatsächlich berücksichtigt worden war. Diese Unsicherheit bezieht sich zum einen auf die Aufnahmesituation, in welcher die AzB in 31% der Fälle laut Patientenangaben nicht vorlag. Dabei war den Patienten oft auch nicht mehr

eindeutig erinnerlich, ob sie selbst auf ihre Vereinbarung hingewiesen hatten. Aber auch bezogen auf den gesamten Klinikaufenthalt zeigte sich die Mehrheit der Befragten unsicher darüber, ob die Angaben in ihrer AzB tatsächlich Einfluss auf die Behandlung gehabt hatten. Korrespondierend hierzu erscheinen die Äußerungen der befragten Ärzte und Sozialarbeiter: Neben den teils unzureichenden Kenntnissen über die klinikinterne Dokumentation der Patienten mit einer AzB erschien auch das Bewusstsein für diese Vereinbarungen bei den Professionellen insgesamt recht gering ausgeprägt.

Zahlreiche Patienten berichteten, durch ihre AzB weniger Angst vor zukünftigen Klinikaufenthalten zu haben, was nahe legt, dass gegebenenfalls notwendige Hospitalisierungen frühzeitiger und in besserem Zustand erfolgen. Dies wiederum kann womöglich Zwangsmaßnahmen vermeiden und Hospitalisationszeiten verkürzen (Schulz et al., 2005).

Analog zur hohen Zustimmungsrates bei den Psychiatrieerfahrenen empfanden auch die Professionellen die Existenz der Behandlungsvereinbarungen durchweg als wichtig und bereichernd für die therapeutische Beziehung. In der Literatur wird ebenfalls eine überwiegend positive Haltung der Professionellen zur Einbeziehung Betroffener in Therapie- und Versorgungsentscheidungen beschrieben, obgleich dem noch zu wenig praktische Erfahrungen hiermit gegenüber stehen (Sibitz et al., 2008; Reichhart et al., 2008). So auch in Halle: Zum Befragungszeitpunkt hatten 64% der Professionellen noch keinen Patienten mit AzB behandelt.

Als besonders hilfreich wurden die AzB bei Krankheitsbildern mit psychotischem Erleben empfunden. Angesichts des Überwiegens von Diagnosen der ICD-10-Kategorie F2 in der untersuchten Patientengruppe scheint die Möglichkeit der AzB also tatsächlich zu einem Großteil von jenen genutzt zu werden, die aus therapeutischer Sicht potenziell am meisten davon profitieren können. Zugleich wiesen aber einige der Professionellen im Gespräch darauf hin, dass ihrem Eindruck nach die AzB bislang besonders von solchen Patienten abgeschlossen wurde, die sich ohnehin schon mit ihrer Erkrankung auseinandersetzen, in gesunden Phasen ein hohes Maß an Krankheitsreflexion sowie Compliance aufweisen und ins psychosoziale Netz eingebunden sind. Bei jenen Patienten dagegen, welche wenig Compliance sowie große Vorbehalte gegenüber dem psychiatrischen Versorgungssystem zeigen und daher in der therapeutischen Arbeit oft auch recht schwierige Partner sein können, sei bislang kaum Interesse an vorsorglichen

Maßnahmen wie den AzB vorhanden - gerade hier jedoch könnten solche Vereinbarungen besonders hilfreich sein. In diesem Zusammenhang stellt sich jedoch die grundsätzliche Frage, inwieweit überhaupt ein Zugang zu der betreffenden Patientengruppe erreicht werden kann: Ihre geringe bis gar nicht vorhandene Einbindung in das psychosoziale Netz und ein subjektives Krankheitsmodell, welches unvereinbar mit dem medizinischen Erklärungsansatz scheint, bieten letztlich kaum Anknüpfungspunkte. In diesem Zusammenhang weisen Mönkediek und Schulz (2006; S.30) darauf hin, dass „eine Akzeptanz des chronischen Verlaufes als Folge geleisteter Biographiearbeit im Hinblick auf die Integration der chronischen Erkrankung [...] eine mögliche Voraussetzung für den Abschluss einer Behandlungsvereinbarung“ darstelle.

Jedoch muss angesichts der wenigen bisher in Halle abgeschlossenen Behandlungsvereinbarungen auch hinterfragt werden, in welcher Größenordnung sich die Gruppe potentieller Nutzer überhaupt bewegt: Offenbar ist die Zahl jener Patienten, deren Bedürfnissen eine AzB entgegen kommt, relativ begrenzt.

Die Mehrzahl der befragten Ärzte erachtete die in den AzB dokumentierten Informationen als durchaus hilfreich, empfand als die größte Stärke der Vereinbarungen aber eher deren Einfluss auf die Beziehung zwischen Patienten und Ärzten: Sie könnten zu einem höheren Grad an Symmetrie beitragen, und die Rolle der Patienten würde gestärkt. Diese könnten sich mit Hilfe der AzB mit früheren Klinikaufenthalten auseinandersetzen und zudem der Möglichkeit zukünftiger stationärer Behandlungen ein Stück weit beruhigter und gelassener entgegen sehen. Hierdurch würden oft auch der Zugang zum Patienten und die therapeutische Arbeit erleichtert. Bei sich selbst stellten die befragten Ärzte häufig eine durch die AzB hervorgerufene Schärfung des Bewusstseins für die mit ihrer Tätigkeit verbundene Verantwortung fest – sie seien Anlass, eigene Einstellungen und Verhaltensweisen zu überprüfen. Auch die Sozialarbeiter sahen die Vorteile der AzB vor allem in der Förderung der Kommunikation zwischen Professionellen und Patienten: Die AzB stellten eine Möglichkeit dar, miteinander ins Gespräch zu kommen und wiesen daher auch über ihre unmittelbare Funktion als Behandlungsrichtlinie hinaus. Für ihre konkrete Arbeit, die Klärung der sozialen Gegebenheiten des Patienten, wurden die AzB aber nur von einem Teil der Sozialarbeiter als relevant empfunden. Dabei gilt es jedoch zu bedenken, dass von fünf befragten Sozialarbeitern lediglich drei *bewusst* in die Therapie eines Patienten mit AzB involviert waren. Die Einschätzung

der Behandlungsvereinbarungen konnte teilweise also nicht auf der Grundlage eigener Erfahrungen erfolgen.

Als nachteilig wurde mitunter angemerkt, dass die Gewährleistung der getroffenen Vereinbarungen gegebenenfalls einen höheren Zeitaufwand und längere Diskussionen mit den Patienten erfordern könne. Dies sei angesichts der positiven Aspekte aber zweifellos vertretbar. Etwaige Bedenken, mit den Behandlungsvereinbarungen verbundene Zusagen nicht geben zu können, da man sich in den psychiatrischen Kliniken mit den „aktuellen Qualitätsstandards ohnehin an der Grenze des mit den Kapazitäten Leistbaren“ (Horch, 1998) befinde, können somit weitgehend entkräftet werden.

Des Weiteren erwies sich die Zusammenarbeit mit dem Pflegepersonal hinsichtlich der AzB als ein noch unzureichend geregelter Punkt: Bislang sei häufig nicht klar, ob und inwieweit die pflegerische Seite bei den betreffenden Patienten ebenfalls informiert ist. Wie Mönkediek und Schulz (2006) ausführen, kann aber gerade die Berufsgruppe der Pflegenden in ihrer Funktion als Bindeglied und Vermittler wesentlich zum Gelingen der Behandlungsvereinbarung beitragen. Innerhalb dieses Prozesses erscheinen auch Summationseffekte mit anderen Ansätzen progressiver stationärer Psychiatrie, etwa dem Bezugspersonensystem, gut vorstellbar.

Als ein wesentlicher Vorteil der Behandlungsvereinbarungen wird häufig deren Potenzial zur Reduzierung von Zwang in der Psychiatrie genannt. Henderson et al. (2005) konnten diesen Effekt als bislang einzige zweifelsfrei nachweisen: In ihrer randomisierten Studie kamen sowohl Zwangsmaßnahmen als auch –einweisungen bei Patienten mit Behandlungsvereinbarung signifikant seltener vor. Zu einem ähnlichen Ergebnis kam man auch in Bielefeld (Hildebrandt, Dietz; 1998; Schulz et al.; 2005) und Linz (Rittmannsberger et al.; 2006). Die letzteren zwei Arbeitsgruppen konnten zudem eine Verkürzung der Verweildauern sowie einen Rückgang der Aufnahmen insgesamt feststellen - in beiden Fällen erfolgte die Auswertung jedoch mittels Spiegelbilddesign (d. h. Vergleich identischer Zeitabschnitte vor und nach dem Abschluss der Behandlungsvereinbarung) für nur sehr kurze Zeiträume, was methodisch schwierig erscheint. Die Tendenz zur Verringerung der Anwendung von Zwang ist jedoch in allen Auswertungen erkennbar.

Bei der vorliegenden Erhebung kann hierzu noch keine klare Aussage getroffen werden: Es war in den halleschen Kliniken auch bei Patienten mit AzB zur Anwendung von Zwang gekommen und fast 70% der befragten Ärzte sprachen den

AzB keine Zwangsmaßnahmen verringernde Wirkung zu. Gleichwohl können Behandlungsvereinbarungen aber dazu beitragen, nötige Zwangsmaßnahmen für den Patienten erträglicher zu gestalten - etwa, indem zuvor deeskalierende Interventionen durchgeführt werden (z.B. Rauchen oder Musik hören; siehe Anhang 8, Punkt 4).

Die mitunter geäußerten Befürchtungen, dass Behandlungsvereinbarungen zu einer rechtlichen Verkomplizierung von Aufenthalten führen könnten (Marschner, 1997; Rittmannsberger, 2006), lassen sich durch die vorliegende Untersuchung nicht bestätigen. Es scheint, dass sich die Wünsche der Patienten in einem realisierbaren Rahmen bewegen bzw. dass während der Behandlung auftretende Probleme recht unkompliziert gelöst werden können, so dass es erst gar nicht der Konfliktverlagerung in höhere Instanzen bedarf. Laut Henderson et al. (2008) ist bislang auch kein Fall bekannt, bei dem eine Behandlungsvereinbarung gerichtlich eingeklagt wurde.

#### ***5.2.6 Dokumentation und Evaluation der AzB***

Angesichts zeitlich oft genug knapp bemessener klinischer Aufnahmesituationen erwiesen sich schnell greifbare Übersichtsdokumente als hilfreich, in denen alle Patienten mit AzB erfasst sind. Zunächst muss der aufnehmende Arzt aber natürlich Kenntnis davon erhalten können, dass bei seinem Patienten eine AzB vorliegt. Daher könnte beispielsweise das Vorhandensein einer Behandlungsvereinbarung routinemäßig in jedem Aufnahmegespräch erfragt werden. Angesichts der zahlenmäßig sehr kleinen Gruppe von Patienten mit AzB erscheint jedoch die Linzer Variante praktikabler, bei der die klinikinterne EDV beim Aufruf des Patienten den entsprechenden Hinweis gibt (Rittmannsberger, 2006).

Des Weiteren erscheint es auch sinnvoll, die mit den AzB gesammelten Erfahrungen regelmäßig auszuwerten und möglicherweise externe Kontrollinstanzen (beispielsweise sogenannte Beschwerdestellen) für die Patienten zu schaffen. Auf diese Weise würden die Absprachen stets im Bewusstsein bleiben und könnten gegebenenfalls modifiziert bzw. weiterentwickelt werden.

### **5.3 Schlussfolgerungen und Ausblick**

Die vorliegende Untersuchung zeigt, dass auch chronisch psychisch erkrankte Menschen, deren Leiden mit starker Beeinträchtigung der Realitätswahrnehmung und –bewältigung einhergehen können, Interesse an Partizipation und Eigenverantwortung zeigen. So wurden die Absprachen zur Behandlung vor allem von allein lebenden Patienten mittleren Lebensalters abgeschlossen, welche fast ausnahmslos langjährige Krankheitsverläufe mit mehrfachen Klinikaufenthalten aufwiesen. Die Befragten litten überwiegend an schizoaffectiven, schizophrenen und affektiven Erkrankungen. Alle befanden sich in regelmäßiger ärztlicher Betreuung und verfügten mehrheitlich über eine gute bis sehr gute Einbindung in das psychosoziale Versorgungssystem. Der somit durchweg gegebene Kontakt zu anderen psychisch Kranken stellte auch die häufigste Informationsquelle hinsichtlich der AzB dar, gefolgt von der Informierung in psychosozialen Einrichtungen.

Ogleich weniger als die Hälfte der Patienten Erfahrungen mit Zwangseinweisungen und –maßnahmen hatte, stellten diese den am zweithäufigsten genannten Beweggrund für den Abschluss einer AzB dar, negative Erfahrungen mit Nebenwirkungen von Medikamenten den häufigsten. Die Befragten erhofften sich von der Vereinbarung vor allem ein partnerschaftlicheres Verhältnis zum Personal, sowie mehr Aufklärung und Kommunikation. Mit Blick auf die genannten Beweggründe ist daher anzunehmen, dass aus Sicht vieler Betroffener ein solch höheres Maß an Austausch und Transparenz in der Beziehung zwischen Professionellen und Patienten wesentlich zur Vermeidbarkeit von Zwangsmaßnahmen beitragen kann. Wie die Befragung zeigte, erleichtern das Vertrauen hierauf sowie das Gefühl stärkerer Partizipation am therapeutischen Prozess vielen Patienten das (frühzeitige) Aufsuchen der Klinik.

Auch für die befragten Ärzte und Sozialarbeiter war der deutlichste Effekt der Absprachen zur Behandlung der auf das Beziehungsgefüge zwischen Arzt und Patient: Die Vereinbarungen seien Anstoß für ein reflektierteres Arbeiten und eine verstärkte Kommunikation mit dem Patienten. Die in den AzB enthaltenen Informationen wurden vor allem vom ärztlichen Personal als hilfreich empfunden - sie stellten eine Art Leitschnur für die Behandlung dar, welche dadurch überwiegend

erleichtert werde. Insgesamt fanden sich durchweg positive Bewertungen seitens der professionell Tätigen; eine durch die Absprachen bewirkte Verringerung von Zwanganwendungen war jedoch für die Mehrheit nicht erkennbar.

Betrachtet man, welchen Niederschlag diese positiven Erwartungen an die AzB im subjektiven Erleben des Klinikaufenthaltes finden, so ist der Effekt im Prä-Post-Vergleich bislang nicht deutlich erkennbar: Bei den 16 Patienten mit Vergleichsmöglichkeit war die Zahl derer, die die Behandlung mit AzB als positiver erlebten, genauso groß wie jene, die keinen Unterschied zu früheren Aufenthalten hatten feststellen können. Wie die Untersuchungsergebnisse nahe legen, kann dies wohl auch auf ein teilweise unzureichendes Bewusstsein des Klinikpersonals für die Vereinbarungen zurückgeführt werden: Dies bezieht sich zum einen auf das Wissen um die Existenz der AzB sowie der mit ihr verbundenen klinikinternen Dokumentation, zum anderen auf die Thematisierung der Vereinbarung im Behandlungsprozess. So bestand bei einigen Patienten große Unsicherheit, ob die AzB während ihres Aufenthaltes überhaupt berücksichtigt worden war. Zusammenfassend kann somit eine gewisse Diskrepanz zwischen Anspruch und Wirklichkeit festgestellt werden: Die Professionellen stehen den Behandlungsvereinbarungen durchaus offen und wohlwollend gegenüber; die entsprechende Umsetzung und Berücksichtigung im Arbeitsalltag aber erscheint noch entwicklungsfähig. Und hierbei ist laut Amering nicht allein wichtig, „*was* Einrichtungen und HelferInnen tun, sondern auch *wie* sie es tun, [nämlich] Haltungen und Werte, die in therapeutischen Kontakten und Interventionen zum Ausdruck kommen“ (2008, S. e10).

Wenn sich also die Behandlungsvereinbarungen in ein entsprechend nutzerorientiertes Klima einfügen, wenn sie Teil der von Juan E. Mezzich<sup>8</sup> geforderten „Psychiatrie für die Person“ werden, dann vermögen sie einen wichtigen Beitrag zur Modernisierung der Psychiatrie zu leisten: So können die AzB etwa eine engmaschigere Zusammenarbeit zwischen den psychiatrisch tätigen Berufsgruppen bewirken. Sie können beitragen zu einer Verlagerung des Fokus weg von den Defiziten der Betroffenen hin zu deren Ressourcen. Sie können Selbstbestimmung und Wahlfreiheit zu einem wesentlichen Bestandteil der Psychiatrie werden lassen. Hierdurch wiederum kann - ganz im Sinne von Empowerment und Recovery - der

---

<sup>8</sup> Präsident der Weltpsychiatrieorganisation

Schritt vom passiven Hilfeempfänger zur Teilhabe und Mitgestaltung an therapeutischen Prozessen gelingen.

## 6 Literaturverzeichnis

**Amering M, Denk E, Griengl H, Sibitz I, Stastny P:** Psychiatric wills of mental health professionals: a survey of opinions regarding advance directives in psychiatry. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 34 (1999) 30-34

**Amering M, Schmolke M:** Hoffnung – Macht – Sinn. Recovery - Konzepte in der Psychiatrie. *Managed Care* 1 (2006) 20-22

**Amering M, Schmolke M:** Recovery. Das Ende der Unheilbarkeit. Psychiatrie-Verlag, Bonn, 2007

**Amering M, Stastny P, Hopper K:** Psychiatric advance directives: qualitative study of informed deliberations by mental health service users. *British Journal of Psychiatry* 186 (2005) 247-252

**Amering M:** Recovery - warum nicht? *Psychiatrische Praxis* 35 (2008) e9-e11

**Bach O, Geyer M, Scholz M** (Hrsg.): Lehrbuch der Psych-Fächer. Johann Ambrosius Barth Verlag, Heidelberg, 2000

**Bauer A, Klie T:** Patientenverfügungen/Vorsorgevollmachten - richtig beraten? 2. Auflage, C. F. Müller Verlag, Heidelberg, 2005

**Berger M** (Hrsg.): Psychische Erkrankungen. Klinik und Therapie. 2. Auflage, Urban und Fischer, München, 2004

**Bock T, Weigand H** (Hrsg.): Hand-werks-buch Psychiatrie. 5. Auflage, Psychiatrie-Verlag, Bonn, 2002

**Bombosch J, Hansen H, Blume J** (Hrsg.): Dialog praktisch. Psychiatrie - Erfahrene, Angehörige und Professionelle gemeinsam auf dem Weg zur demokratischen Psychiatrie. Paranus Verlag, Neumünster, 2004

**Buck D:** Selbsthilfe Psychiatrie-Erfahrener. *Gesundheitswesen* 58 (1996) Sonderheft 1 100-101

**Burdinski R-U:** Therapeutische Aspekte der Behandlungsvereinbarung. In: Dietz A, Pörksen N, Voelzke W (Hrsg.): Behandlungsvereinbarungen. Vertrauensbildende Maßnahmen in der Akutpsychiatrie. 1. Auflage, Psychiatrie-Verlag, Bonn, 1998

**Coulter A:** What price choice. *Health Expectations* 7 (2004) 185-186

**Die Oberbürgermeisterin** (Hrsg.): Fortschreibung Psychiatrieplanung der Stadt Halle 2006. Halle (Saale), 2006

**Dietz A, Hildebrandt B, Pleininger-Hoffmann M, Pörksen N, Voelzke W:** Behandlungsvereinbarungen in der Akutpsychiatrie. *Recht und Psychiatrie* 20 [1] (2002) 27-32

**Dietz A, Pörksen N, Voelzke W** (Hrsg.): Behandlungsvereinbarungen. Vertrauensbildende Maßnahmen in der Akutpsychiatrie. 1. Auflage, Psychiatrie-Verlag, Bonn, 1998

**Dörner K, Plog U, Teller C, Wendt F:** Irren ist menschlich. Psychiatrie-Verlag, Bonn, 2002

**Dörner K:** Der gute Arzt. Lehrbuch der ärztlichen Grundhaltung. Schattauer Verlag, Stuttgart, 2003

**Dörner K:** Wie kann der Dialog die Kommunikationsstrategien der psychiatrischen Versorgungslandschaft aufbrechen? Versuch einer Theoretisierung der Dialogpraxis. *Psychiatrische Pflege* 12 (2006) 318-321

**Eibach U, Schaefer S:** Patientenautonomie und Patientenwünsche. Ergebnisse und ethische Reflexion von Patientenbefragungen zur selbstbestimmten Behandlung in Krisensituationen. *MedR* 1 (2001) 21

**Fenton WS:** Shared decision making: a model for the physician - patient relationship in the 21<sup>st</sup> century? *Acta Psychiatrica Scandinavica* 107 (2003) 401-402

**Flood C, Byford S, Henderson C, Leese M, Thornicroft G, Sutherby K, Szmukler G:** Joint crisis plans for people with psychosis: economic evaluation of a randomised controlled trial. *British Medical Journal* 333 (2006) 729-732

**Greb U:** Spezial Psychiatrie. Rowohlt Taschenbuch Verlag GmbH, Reinbek bei Hamburg, 1995

**Haberfellner EM, Rittmannsberger H:** Soziale Beziehungen und soziale Unterstützung psychisch Kranker – Eine Netzwerkuntersuchung. *Psychiatrische Praxis* 22 (1995) 145-149

**Hakelberg E:** Die Sicht der Sozialarbeit: Übergänge schaffen. In: Dietz A, Pörksen N, Voelzke W (Hrsg.): Behandlungsvereinbarungen. Vertrauensbildende Maßnahmen in der Akutpsychiatrie. 1. Auflage, Psychiatrie-Verlag, Bonn, 1998

**Haker H, Rössler W:** Die Arzt-Patient-Beziehung. In: Rössler W (Hrsg.): Die therapeutische Beziehung. Springer Medizin Verlag, Heidelberg, 2005

**Hamann J, Cohen R, Leucht S, Busch R, Kissling W:** Do patients with schizophrenia wish to be involved in medical decisions? *American Journal of Psychiatry* 162 (2005) 2382-2384

**Hamann J, Loh A, Kasper J, Neuner B, Spies C, Kissling W, Härter M, Heesen C:** Partizipative Entscheidungsfindung – Implikationen des Modells des „Shared decision making“ für Psychiatrie und Neurologie. *Der Nervenarzt* 9 (2006) 1071-1078

**Heese K, Nitschke H:** Hücklingen: Kampf um Prestige-Positionen überwunden. In: Dietz A, Pörksen N, Voelzke W (Hrsg.): *Behandlungsvereinbarungen. Vertrauensbildende Maßnahmen in der Akutpsychiatrie*. 1. Auflage, Psychiatrie-Verlag, Bonn, 1998

**Helmchen H:** Die Deklaration von Madrid 1996. *Der Nervenarzt* 69 (1998) 454-455

**Henderson C, Flood C, Leese M, Thornicroft G, Sutherby K, Szmukler G:** Effect of joint crisis plans on use of compulsory treatment in psychiatry: single blind randomised controlled trial. *BMJ* 329 (2004) 136-140

**Henderson C, Swanson JW, Szmukler G, Thornicroft G, Zinkler M:** A typology of advance statements in mental health care. *Psychiatric Services* 59 [1] (2008) 63-71

**Hildebrandt B, Dietz A:** Bielefeld: Offenheit und Neugier waren der Anfang. In: Dietz A, Pörksen N, Voelzke W (Hrsg.): *Behandlungsvereinbarungen. Vertrauensbildende Maßnahmen in der Akutpsychiatrie*. 1. Auflage, Psychiatrie-Verlag, Bonn, 1998

**Hirschberg W:** Soziale Netzwerk bei schizophrenen Störungen – eine Übersicht. *Psychiatrische Praxis* 15 (1988) 84-89

**Holmes-Rovner M:** Likely consequences of increased patient choice. *Health Expectations* 8 (2005) 1-3

**Horch R:** Rasche Einführung in Hannover. In: Dietz A, Pörksen N, Voelzke W (Hrsg.): *Behandlungsvereinbarungen. Vertrauensbildende Maßnahmen in der Akutpsychiatrie*. 1. Auflage, Psychiatrie-Verlag, Bonn, 1998

**Knuf A, Osterfeld M, Seibert U:** Selbstbefähigung fördern – Empowerment und psychiatrische Arbeit. 5. Auflage, Psychiatrie-Verlag, Bonn, 2007

**Knuf A:** Empowerment - Förderung: Ein zentrales Anliegen psychiatrischer Arbeit. In: Knuf A, Osterfeld M, Seibert U: *Selbstbefähigung fördern – Empowerment und psychiatrische Arbeit*. 5. Auflage, Psychiatrie-Verlag, Bonn, 2007

**Knuf A:** Wie kann Gesundung gelingen? – Eine Annäherung an das Recovery-Konzept. *Pro mente sana* 4 (2003) 30-31

**Krisor M, Pfannkuch H (Hrsg.):** Was du nicht willst, das man dir tut...: Gemeindepsychiatrie unter ethischen Aspekten. S. Roderer Verlag, Regensburg, 1997

**Krisor M:** Freiheit und Verantwortung in der Psychiatrie – praktische Folgerungen. *Sozialpsychiatrische Informationen* 1 (2001) 18-20

**Längle G, Bayer W:** Psychiatrische Zwangsbehandlung und die Sichtweise der Patienten. *Psychiatrische Praxis* 34 [Supplement 2] (2007) 203-207

**Längle G, Kaiser N, Renner G, Waschulewski H:** Führt eine veränderte Dokumentation zur Reduktion von Zwangsmedikationen? *Psychiatrische Praxis* 27 (2000) 243-247

**Lester H, Gask L:** Delivering medical care for patients with serious mental illness or promoting a collaborative model of recovery? *British Journal of Psychiatry* 188 (2006) 401-402

**Loos H:** Anerkannte Unordnung – ein Rückblick auf die Psychiatrie - Entwicklung in der DDR. In: Picard W, Reimer F, Aktion psychisch Kranke, Arbeitskreis der ärztlichen Leiter (Hrsg.): Grundlagen und Gestaltungsmöglichkeiten der Versorgung psychisch Kranker und Behinderter in der Bundesrepublik und auf dem Gebiete der ehemaligen DDR. Tagungsband 19, Rheinland-Verlag, Köln, 1992

**Lotze J:** Subtile Macht in liberalem Kostüm. In: Dietz A, Pörksen N, Voelzke W (Hrsg.): Behandlungsvereinbarungen. Vertrauensbildende Maßnahmen in der Akutpsychiatrie. 1. Auflage, Psychiatrie-Verlag, Bonn, 1998

**Marschner R:** Rechtliche Aspekte der Behandlungsvereinbarung. *Recht und Psychiatrie* 15 (1997) 171-174

**Mayer-Maly T, Prat EH** (Hrsg.): Ärztliche Aufklärungspflicht und Haftung. Springer Verlag, Wien New York, 1998

**Meran JG:** Aspekte der Aufklärung im Zusammenhang mit Patientenverfügungen. In: Mayer-Maly T, Prat EH (Hrsg.): Ärztliche Aufklärungspflicht und Haftung. Springer Verlag, Wien New York, 1998

**Mitzscherlich B:** Psychiatrie in der DDR – ein anderes Universum? In: Müller TR, Mitzscherlich B (Hrsg.): Psychiatrie in der DDR. Erzählungen von Zeitzeugen. Mabuse Verlag, Frankfurt am Main, 2006

**Mönkediek U, Schulz M:** Auswirkungen der Bielefelder Behandlungsvereinbarung auf die Behandlungsqualität aus der Sicht der Betroffenen und der psychiatrischen Pflege. In: Needham I, Schoppmann S, Schulz M, Stefan H (Hrsg.): Wissen schafft Pflege – Pflege schafft Wissen: Psychiatrische Pflege als Praxis und Wissenschaft. Ibicura, Unterostendorf, 2006

**Muss A:** Empowerment. *Psychiatrische Pflege* 8 (2002) 277-284

**Papageorgiou A, King M, Janmohamed A:** Advance directives for patients compulsorily admitted to hospital with serious mental illness. *British Journal of Psychiatry* 181 (2002) 513-519

**Payk TR:** *Psychiater: Forscher im Labyrinth der Seele.* Verlag W. Kohlhammer, Stuttgart Berlin Köln, 2000

**Picard W, Reimer F, Aktion psychisch Kranke, Arbeitskreis der ärztlichen Leiter** (Hrsg.): Grundlagen und Gestaltungsmöglichkeiten der Versorgung psychisch Kranker und Behinderter in der Bundesrepublik und auf dem Gebiete der ehemaligen DDR. Tagungsband 19, Rheinland-Verlag, Köln, 1992

**Pillen A:** Die Psychiatrie im Spannungsfeld zwischen Gewalt und Ethik. Sozialpsychiatrische Informationen 2 (2004) 2-8

**Pöltner G:** Grundkurs Medizin - Ethik. 1.Auflage, Facultas UTB, Wien, 2002

**Quill TE, Brody H:** Physician recommendations and patient autonomy: finding a balance between physician power and patient choice. Annals of Internal Medicine 125 [9] (1996) 763-769

**Quindel R:** Zwischen Empowerment und sozialer Kontrolle. Das Selbstverständnis der Professionellen in der Sozialpsychiatrie. Dissertation an der LMU München. 1. Auflage, Psychiatrie-Verlag, Bonn, 2004

**Rahn E:** Lehrbuch Psychiatrie für Studium und Beruf. Psychiatrie - Verlag, Bonn, 2000

**Rechlin T, Vliegen T:** Die Psychiatrie in der Kritik. Die antipsychiatrische Szene und ihre Bedeutung für die klinische Psychiatrie heute. Springer Verlag, Heidelberg, 1995

**Reichhart T, Kissling W, Scheuring E, Hamann J:** Patientenbeteiligung in der Psychiatrie - eine kritische Bestandsaufnahme. Psychiatrische Praxis 35 (2008) 111-121

**Rittmannsberger H, Lindner H:** Erste Erfahrungen mit dem Angebot einer Behandlungsvereinbarung. Psychiatrische Praxis 33 (2006) 95-98

**Roberts G, Wolfson P:** The rediscovery of recovery: open to all. Advances in Psychiatric Treatment 10 (2004) 37-49

**Rössler W** (Hrsg.): Die therapeutische Beziehung. Springer Verlag, Heidelberg, 2005

**Samele C, Lawton-Smith S, Warner L, Mariathasan J:** Patient choice in psychiatry. British Journal of Psychiatry 191 (2007) 1-2

**Schmiedebach HP, Beddies T, Schulz J, Priebe S:** Offene Fürsorge – Rodewischer Thesen – Psychiatrie - Enquete: Drei Reformansätze im Vergleich. Psychiatrische Praxis 27 (2000) 138-143

**Schott H, Tölle R:** Geschichte der Psychiatrie. Krankheitslehren, Irrwege, Behandlungsformen. C.H. Beck, München, 2006

**Schrank B, Amering M:** "Recovery" in der Psychiatrie. Neuropsychiatrie (Band 21) 1 (2007) 45-50

**Schrauth M, Zipfel S:** Vom Objekt zum Subjekt: Compliance wird Concordance und Paternalismus zu Partizipation. Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie 55 (2005) 395-396

**Schulz M, Pleininger-Hoffmann M, Zechert C:** Die Behandlungsvereinbarung – vertrauensbildende Maßnahme in der Akutpsychiatrie. In: Abderhalden C, Needham I (Hrsg.): Psychiatrische Pflege – verschiedene Settings, Partner, Populationen. Ibicura, Unterostendorf, 2005

**Seibt M:** Das Psychiatrische Testament und die Bochumer Willenserklärung. In: Dietz A, Pörksen N, Voelzke W (Hrsg.): Behandlungsvereinbarungen. Vertrauensbildende Maßnahmen in der Akutpsychiatrie. 1. Auflage, Psychiatrie-Verlag, Bonn, 1998

**Shorter E:** Geschichte der Psychiatrie. Alexander Fest Verlag, Berlin, 1999

**Sibitz I, Swoboda H, Schrank B, Priebe S, Amering M:** Einbeziehung von Betroffenen in Therapie- und Versorgungsentscheidungen: Professionelle HelferInnen zeigen sich optimistisch. Psychiatrische Praxis 35 (2008) 128-134

**Siebrasse B, Zechert C:** Für wen ist welches Instrument geeignet? In: Dietz A, Pörksen N, Voelzke W (Hrsg.): Behandlungsvereinbarungen. Vertrauensbildende Maßnahmen in der Akutpsychiatrie. 1. Auflage, Psychiatrie-Verlag, Bonn, 1998

**Srebnik DS, Russo J, Sage J, Peto T, Zick E:** Interest in psychiatric advance directives among high users of crisis services and hospitalization. Psychiatric Services 54 [7] (2003) 981-986

**Srebnik DS, Rutherford LT, Peto T, Russo J, Zick E, Jaffe C, Holtzheimer P:** The content and clinical utility of psychiatric advance directives. Psychiatric Services 56 [5] (2005) 592-598

**Stark W:** Empowerment: neue Handlungskompetenzen in der psychosozialen Praxis. Lambertus-Verlag, Freiburg, 1996

**Steinert T, Kallert TW:** Medikamentöse Zwangsbehandlung in der Psychiatrie. Psychiatrische Praxis 33 (2006) 160-169

**Steinert:** Ethische Einstellungen zu Zwangsunterbringung und –behandlung schizophrener Patienten. Psychiatrische Praxis 34 [Supplement 2] (2007) 186-190

**Teuber K, Stiemert-Strecker S, Seckinger M (Hrsg.):** Qualität durch Partizipation und Empowerment: Einmischungen in die Qualitätsdebatte. Dgvt-Verlag, Tübingen, 2000

**Thomas P, Cahill AB:** Compulsion and psychiatry – the role of advance statements. BMJ 329 (2004) 122-123

**Trenckmann U:** Zwei Psychiatrien in einem Land? Gemeinsames und Trennendes in der psychiatrischen Kultur in Deutschland-West und Deutschland-Ost. In: Picard W, Reimer F, Aktion psychisch Kranke, Arbeitskreis der ärztlichen Leiter (Hrsg.): Grundlagen und Gestaltungsmöglichkeiten der Versorgung psychisch Kranker und Behinderter in der Bundesrepublik und auf dem Gebiete der ehemaligen DDR. Tagungsband 19, Rheinland-Verlag, Köln, 1992

**Unger F:** Paradigma der Medizin im 21. Jahrhundert. Springer, Berlin Heidelberg New York, 2007

**Valsraj KM, Gardner N:** Choice in mental health: myths and possibilities. *Advances in Psychiatric Treatment* 13 (2007) 60-67

**Van Dorn RA, Swartz MS, Elbogen EB, Swanson JW, Kim M, Ferron J, McDaniel LA, Scheyett AM:** Clinicians' attitudes regarding barriers to the implementation of psychiatric advance directives. *Administration and Policy in Mental Health Services Research* 33 [4] (2006) 449-460

**Vasella A:** Dialog im Psychose-Seminar. In: Pro Mente Sana (Hrsg.): Auf der Suche nach einer Psychiatrie ohne Gewalt. Schriftenreihe der Schweizerischen Stiftung Pro Mente Sana, Nr. 19, Zürich, 1997

**Voelzke W:** Sinn und Zweck, Chancen und Grenzen der Behandlungsvereinbarung. In: Dietz A, Pörksen N, Voelzke W (Hrsg.): Behandlungsvereinbarungen. Vertrauensbildende Maßnahmen in der Akutpsychiatrie. 1. Auflage, Psychiatrie-Verlag, Bonn, 1998

**Vollmann J:** Aufklärung und Einwilligung in der Psychiatrie: Ein Beitrag zur Ethik in der Medizin. (Monographien aus dem Gesamtgebiete der Psychiatrie; Bd. 96) Steinkopff Verlag, Darmstadt, 2000

**Waldmann KD:** Die Realisierung der Rodewischer Thesen zu DDR-Zeiten – Versuch einer Analyse aus heutiger Sicht. *Psychiatrische Praxis* 25 (1998) 200-203

**Wiesing U** (Hrsg.): Ethik in der Medizin. Ein Studienbuch. 2. Auflage, Reclam, Stuttgart, 2004

**Wörishofer G:** Sehen und fragen. Vom Ursprung des Empowerments. In: Knuf A, Osterfeld M, Seibert U: Selbstbefähigung fördern – Empowerment und psychiatrische Arbeit. 5. Auflage, Psychiatrie-Verlag, Bonn, 2007

**Zinkler M:** Advance directives and advance agreements. *British Journal of Psychiatry* 187 (2005) 388-389

**Zinkler M:** Vorsorgevollmacht versus Behandlungsvereinbarung und Patientenverfügung. *Recht und Psychiatrie* 18 [4] (2000) 166

## 7 Anhang

### Anhang 1: Anschreiben an Patienten

Sehr geehrte/r.....,

Sie halten einen Brief in den Händen, dessen Sinn und Zweck sich Ihnen vermutlich nicht gleich erschließen werden.

Daher zunächst einige einleitende Worte meinerseits: Ich studiere an der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg im 5. Jahr Medizin. Unter Betreuung von Herrn PD Dr. Brieger, Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie, schreibe ich meine Doktorarbeit über die Absprachen zur Behandlung (AzB), deren Abschluss seit dem Jahr 2003 in Halle angeboten wird. Es soll in der Arbeit um die konkreten Erfahrungen gehen, welche bislang mit den Absprachen zur Behandlung hier in Halle gemacht wurden. Mittlerweile haben rund 40 Psychiatrie-Erfahrene eine AzB für sich abgeschlossen, darunter auch Sie.

Welche Erlebnisse und Gedanken haben Sie zu diesem Schritt bewogen? Welche Erfahrungen haben Sie bislang mit Ihrer AzB gemacht? Fragen dieser Art interessieren mich und ich möchte mich gerne mit Ihnen darüber unterhalten. Denn nur mit Hilfe Ihrer Erfahrungen und persönlichen Eindrücke lassen sich Umsetzung und Wirksamkeit der halleschen AzB angemessen einschätzen. Dies ist im Hinblick auf eventuell noch vorzunehmende Korrekturen und Ergänzungen sehr wichtig. Die entsprechenden Erkenntnisse können für Patienten, Ärzte und Sozialarbeiter von praktischem Nutzen sein.

Ich würde mich daher gerne in nächster Zeit für ein Gespräch mit Ihnen treffen – in ruhiger Umgebung, vorzugsweise bei Ihnen zu Hause, wenn Sie einverstanden sind.

Um einen entsprechenden Termin mit mir zu vereinbaren oder noch offen gebliebene Fragen zu stellen, können Sie mich auf folgenden Wegen erreichen:

Tel. fest (Wohngemeinschaft): 0345/ 5127094

Tel. mobil : 0173/ 3752805

E-mail : [juliane.graetz@gmx.de](mailto:juliane.graetz@gmx.de)

Postanschrift : Krukenbergstraße 2; 06112 Halle

Für heute verbleibe ich mit freundlichen Grüßen

## Anhang 2: **Teilnehmerinformation für Patienten**

### **Teilnehmerinformation**

Seit Mitte 2003 besteht die Möglichkeit, mit der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie der MLU Halle-Wittenberg und dem Psychiatrischen Krankenhaus Halle Absprachen zur Behandlung (AzB) abzuschließen. Sie gehören zu jenen Betroffenen, die sich für diese Vorsorgemaßnahme entschieden haben.

Nach nunmehr 2 Jahren erscheint es sinnvoll, die bisherigen Erfahrungen mit den AzB zu resümieren, um Erkenntnisse über Umsetzung und Auswirkungen, aber auch über Grenzen und Entwicklungspotential zu gewinnen. Neben den Psychiatrie-Erfahrenen sollen hierbei auch das ärztliche Personal sowie die eingebundenen Sozialarbeiter befragt werden, um verschiedene Perspektiven zu erfahren.

Hierfür möchte ich Sie gerne im Rahmen eines ca. einstündigen Interviews zu Ihren bisherigen Erfahrungen mit der AzB befragen. Ergänzend werden allgemeine Angaben zu Ihrer Person (wie Alter, Familienstand, Beruf, Vorbehandlung usw.) erhoben. Darüber hinausgehende Untersuchungen finden nicht statt.

Ihre Erfahrungen sind – zusammen mit der Sichtweise der Professionellen – von großer Wichtigkeit um Effektivität und Wirksamkeit der AzB genauer beurteilen zu können.

Ihre Daten werden in anonymisierter Form gespeichert und ausgewertet. Die Teilnahme an der Untersuchung erfolgt freiwillig. Zu jedem Zeitpunkt haben Sie das Recht, die Antwort auf Ihnen gestellte Fragen zu verweigern oder Ihre Einwilligung zur Untersuchung insgesamt zurückzuziehen.

Die Durchführung der Aufklärung sowie die Einwilligung in die Durchführung der Studie werden durch Ihre Unterschrift und die Unterschrift von Frau Juliane Grätz belegt, die die Untersuchung im Rahmen eines Dissertationsvorhabens unter Betreuung von PD Dr. med. Peter Brieger (Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie der MLU Halle-Wittenberg, 06097 Halle/Saale, Tel. 0345/ 5573681) durchführt.

# Martin - Luther - Universität Halle - Wittenberg Medizinische Fakultät



## Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie

Direktor: Prof. Dr. med. Dr. h.c. Andreas Marneros

### Einverständniserklärung

Hiermit erkläre ich mich bereit, an der wissenschaftlichen Untersuchung „2 Jahre Erfahrungen mit Absprachen zur Behandlung: Eine retrospektive Auswertung“ in Form einer Befragung teilzunehmen. Diese Befragung wird von Frau cand. med. Juliane Graetz in Zusammenarbeit mit PD Dr. med. Peter Brieger von der Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg durchgeführt.

Ich wurde von Frau cand. med. Juliane Graetz über den Sinn der zusätzlichen Befragung und die Einsichtnahme in meine Krankenblätter aufgeklärt. Auch über die Schweigepflicht über alle Daten und deren anonymisierte Speicherung wurde ich aufgeklärt.

#### Proband:

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Halle, den \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_

#### Aufgeklärt durch:

Halle, den \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_

## Anhang 4: Interviewleitfaden für Patienten

### INTERVIEWLEITFADEN FÜR PATIENTEN

#### A. Allgemeine Angaben zur Person

1. Geschlecht

- weiblich  männlich

2. Wie alt sind Sie?

3. Sind Sie verheiratet?

- ledig  verheiratet  
 verheiratet, aber getrennt lebend  
 geschieden  verwitwet

4. Haben Sie eine/n Partner/in?

- kein Partner  
 Partnerschaft ohne Zusammenleben  
 verheiratet und zusammenlebend  
 nicht verheiratet, aber zusammenlebend

5. Haben Sie Kinder? Wenn ja, wie viele?

6. Wohnen Ihre Kinder bei Ihnen?

7. Wie wohnen Sie?

- Wohnheim/ -gruppe/ betreute Wohngemeinschaft  
 betreutes Einzelwohnen  
 Zimmer in elterlicher Wohnung  
 Wohnung im elterlichen Haus  
 Wohngemeinschaft  
 eigene Wohnung/ Haus

8. Mit wem wohnen Sie?

9. Mit wie vielen Personen haben Sie regelmäßig Kontakt/ein intensives Vertrauensverhältnis?

- Anzahl Verwandte  
Anzahl gesunder Freunde  
Anzahl psychisch erkrankter Freunde  
Anzahl professioneller Betreuer  
Anzahl Kollegen

10. Welche Schule haben Sie besucht?

- keine Schule besucht*
- unklar*
- Sonderschule*
- Abschluss vor letzter Hauptschulklasse (Volks- u. Hauptschule bis 8.Klasse; POS < 8.Klasse)*
- Abschluss mit letzter Hauptschulklasse (Hauptschule 9.-10.Klasse; POS 8.-9.Klasse)*
- Realschule/ POS 10.Klasse/ Handelsschule/ berufsvorbereitende Schule*
- EOS/ Gymnasium/ Fachabitur/ Höhere Handelsschule/ Berufsausbildung mit Abitur*

11. Haben Sie die Schule abgeschlossen?

- geht noch zur Schule*
- abgeschlossen*

12. Welchen Beruf haben Sie erlernt?

13. Welche Tätigkeit üben Sie momentan aus bzw. haben Sie zuletzt ausgeübt?

14. Welche Bedeutung hat Religion für Sie?

- keine Bedeutung*
- marginale Bedeutung*
- mittelmäßige Bedeutung*
- extrem wichtig*



10. Haben Sie schon einmal eine Selbsthilfegruppe für psychisch kranke Menschen besucht? Wie oft gehen Sie dort hin?

- noch nie*
- insgesamt 1-3x*
- weniger als 1x im Monat, aber schon mindestens 4x*
- 1-2x im Monat, insgesamt mindestens 5x*
- mindestens 3x im Monat, insgesamt mindestens 6x*

11. Haben Sie schon einmal eine Begegnungsstätte für psychisch kranke Menschen besucht? Wie oft gehen Sie dort hin?

- noch nie*
- insgesamt 1-3x*
- weniger als 1x im Monat, aber schon mindestens 4x*
- 1-2x im Monat, insgesamt mindestens 5x*
- mindestens 3x im Monat, insgesamt mindestens 6x*

12. Werden Sie durch den Sozialpsychiatrischen Dienst oder das Ambulante Wohnen betreut?

- nein*
- ja*

13. Haben Sie einen gesetzlichen Betreuer?

- nein*
- ja*

14. Welche Medikamente nehmen Sie ein? Seit wann?



12. Wie haben Sie diese Aufenthalte im Vergleich zu dem/denen vor Abschluss der AzB erlebt?

- harmonischer*                       *rücksichtsvollere Behandlung*
- aufmerksamere Behandlung*
- komplizierter*    *angespannter*                       *konstruktiver*

13. Gibt es Aspekte, die prinzipiell noch in die AzB aufgenommen werden sollten?

14. Halten Sie bestimmte Aspekte in der aktuellen Fassung der AzB für überflüssig oder nicht sinnvoll?

15. Insgesamt gesehen: Welche Bedeutung messen Sie der AzB für Sie selbst und die psychiatrische Versorgung insgesamt zu?

- sehr wichtig*    *wichtig*                       *weder noch*    *eher unwichtig*
- völlig unwichtig*

## Anhang 5: **Teilnahmeerklärung für Ärzte und Sozialarbeiter**

### **Teilnahmeerklärung für Ärzte und Sozialarbeiter**

Seit Mitte 2003 bieten die beiden psychiatrischen Kliniken in Halle (Saale) den Abschluss sogenannter "Absprachen zur Behandlung (AzB)" an.

Nach nunmehr zwei Jahren erscheint es sinnvoll, die bisherigen Erfahrungen mit den AZB zu resümieren, um Erkenntnisse über deren Umsetzung und Auswirkungen im therapeutischen Prozess, aber auch über Grenzen und Entwicklungspotential zu gewinnen.

Um allen beteiligten Perspektiven gleichermaßen gerecht zu werden, sollen hierfür einerseits Ärzte und Sozialarbeiter als Vertreter der professionellen Seite sowie andererseits die Betroffenen befragt werden.

Die gewonnenen Daten werden anonym gespeichert und ausgewertet.

Die Einwilligung in die Durchführung der Studie und in die anonymisierte Speicherung der Daten werden durch Ihre Unterschrift und die von Frau Juliane Grätz belegt, die die Untersuchung im Rahmen eines Dissertationsvorhabens unter Betreuung von PD Dr. med. Peter Brieger durchführt.

Ich wurde über den Ablauf und die Ziele der Untersuchung „2 Jahre Erfahrung mit Absprachen zur Behandlung“ durch Frau Juliane Grätz aufgeklärt. Diesbezügliche Fragen meinerseits wurden beantwortet. Mein Einverständnis zur Teilnahme an dieser Studie und mit der anonymisierten Speicherung der Daten ist freiwillig und kann jederzeit ohne Angabe von Gründen widerrufen werden.

Name des Teilnehmers:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Datum

\_\_\_\_\_ Unterschrift

\_\_\_\_\_ Datum

\_\_\_\_\_ Juliane Grätz

## Anhang 6: Interviewleitfaden für Ärzte

### INTERVIEWLEITFADEN FÜR ÄRZTE

1. Sind Sie bereits mit den AzB in Berührung gekommen?  
 *ja*                       *nein*
2. Wie viele Patienten haben Sie bislang behandelt, bei denen eine AzB vorlag?  
 *1-2*                       *3-4*                       *5-9*                       *≥10*
3. Inwiefern unterschied sich der stationäre Umgang mit den entsprechenden Patienten von dem mit Patienten ohne abgeschlossene AzB?
4. In welchen Situationen hat Ihnen das Vorliegen einer AzB die Arbeit wesentlich erleichtert, in welchen eher erschwert?
5. Ließ sich durch die AzB die Anwendung von Zwangsmaßnahmen verringern bzw. vermeiden?  
 *zutreffend*     *eher zutreffend*     *weiß nicht*     *eher unzutreffend*  
 *unzutreffend*
6. Haben sich Ihr therapeutisches Verhältnis und Ihre Einstellung zu den Patienten durch die AzB verändert?  
 *ja*             *eher ja*             *weiß nicht*             *eher nein*             *nein*  
Falls (eher) ja, inwiefern?
7. Wie gestaltete sich im Rahmen der AzB die Zusammenarbeit mit den Angehörigen bzw. Vertrauenspersonen der Patienten?  
 *sachlich*                       *konstruktiv*                       *mühsam/schwierig*  
 *zufrieden stellend*             *keine Zusammenarbeit bzw. kein Kontakt*
8. Wie gestaltet sich die Zusammenarbeit mit dem Pflegepersonal bei Patienten mit AzB?  
 *sehr gut*             *gut*             *befriedigend*             *eher schlecht*             *schlecht*  
 *keine Zusammenarbeit bzw. kein Kontakt*
9. Wie oft mussten Sie bislang von den getroffenen Vereinbarungen abweichen und was waren die Gründe hierfür?  
 *0 Mal*             *1 Mal*             *2-3 Mal*             *4-5 Mal*             *≥5 Mal*  
Gründe:
10. Wie wurden die entsprechenden Abweichungen dem Patienten kommuniziert?

11. Wie wird sichergestellt, dass die AzB im Falle einer Notaufnahme greifbar ist?
12. Wie Psychiatrie-erfahren sollte ein Patient Ihrer Meinung nach sein, damit eine AzB Sinn macht?
13. Haben Sie den Eindruck, dass sich die Betroffenen im Zuge der AzB intensiver mit ihrer Erkrankung auseinandergesetzt haben bzw. den Umgang mit ihr verändert haben?
- ja*     *eher ja*     *weiß nicht*     *eher nein*     *nein*
14. Können bestimmte Krankheitsbilder Ihrem Eindruck nach besonders von einer AzB profitieren?
- nein*             *ja, folgende:*
15. Um welche Aspekte sollten die AzB noch ergänzt werden?
16. Halten Sie bestimmte Aspekte in der aktuellen Fassung der AzB für überflüssig bzw. nicht sinnvoll?
17. Wie beurteilen Sie das Verhältnis von zeitlichem und organisatorischem Aufwand der AzB und deren Nutzen?
- angemessen*    *eher angemessen*     *weiß nicht*     *eher unangemessen*  
 *unangemessen*
18. Insgesamt gesehen: Welche Bedeutung messen Sie der AzB für Ihre Arbeit und die psychiatrische Versorgung insgesamt zu?
- sehr wichtig*    *wichtig*     *weder noch*     *eher unwichtig*     *völlig unwichtig*

## Anhang 7: Interviewleitfaden für Sozialarbeiter

### INTERVIEWLEITFADEN FÜR SOZIALARBEITER

1. Sind Sie bereits mit den AzB in Berührung gekommen?  
 *ja*                       *nein*
2. Wie viele Patienten haben Sie bislang betreut, bei denen eine AzB vorlag?  
 *1-2*                       *3-4*                       *5-9*                       *≥10*
3. In welchen Situationen hat Ihnen das Vorliegen einer AzB die Arbeit wesentlich erleichtert, in welchen eher erschwert?
4. Wie gestaltete sich im Rahmen der AzB die Zusammenarbeit mit den Angehörigen bzw. Vertrauenspersonen der Patienten?  
 *sachlich*                       *konstruktiv*                       *mühsam/ schwierig*  
 *zufrieden stellend*                       *keine Zusammenarbeit bzw. kein Kontakt*
5. Wie gestaltet sich die Zusammenarbeit mit dem Pflegepersonal bei Patienten mit AzB?  
 *sehr gut*                       *gut*                       *befriedigend*                       *eher schlecht*  
 *schlecht*                       *keine Zusammenarbeit bzw. kein Kontakt*
6. Wie oft mussten Sie bislang von den getroffenen Vereinbarungen abweichen und was waren die Gründe hierfür?  
 *0 Mal*                       *1 Mal*                       *2-3 Mal*                       *4-5 Mal*                       *≥5 Mal*  
Gründe:
7. Wie wurden die entsprechenden Abweichungen dem Patienten kommuniziert?
8. Wie Psychiatrie-erfahren sollte ein Patient Ihrer Meinung nach sein, damit eine AzB Sinn macht?
9. Haben Sie den Eindruck, dass sich die Betroffenen im Zuge der AzB intensiver mit ihrer Erkrankung beschäftigt haben bzw. den Umgang mit ihr verändert haben?  
 *ja*                       *eher ja*                       *weiß nicht*                       *eher nein*                       *nein*
10. Können bestimmte Krankheitsbilder Ihrem Eindruck nach besonders von einer AzB profitieren?  
 *nein*                       *ja, folgende:*

11. Um welche Aspekte sollten die AzB noch ergänzt werden?
12. Halten Sie bestimmte Aspekte in der aktuellen Fassung der AzB für überflüssig bzw. nicht sinnvoll?
13. Wie beurteilen Sie das Verhältnis von zeitlichem und organisatorischem Aufwand der AzB und deren Nutzen?
- angemessen*  *eher angemessen*  *weiß nicht*  *eher unangemessen*  
 *unangemessen*
14. Insgesamt gesehen: Welche Bedeutung messen Sie der AzB für Ihre Arbeit und die psychiatrische Versorgung insgesamt zu?
- sehr wichtig*  *wichtig*  *weder noch*  *eher unwichtig*  *völlig unwichtig*

Anhang 8: **Absprachen zur Behandlung**

ABSPRACHEN ZUR BEHANDLUNG

Erklärungen und Absprachen zwischen

Frau/Herrn:

.....

Geburtsdatum:

.....

Straße:

.....

PLZ:

.....

Ort:

.....

Telefon:

.....

und der

für den Fall einer Behandlung

## Präambel

In der Auseinandersetzung mit ihrer Erkrankung nehmen betroffene Menschen zunehmend eigene Verantwortung wahr und möchten erreichen, dass ihre Erfahrungen mit ihren Krisen in der Klinik beachtet und im Rahmen einer zukünftigen Behandlung genutzt und umgesetzt werden.

Diese Behandlungsabsprachen sollen der gegenseitigen Vertrauensbildung dienen. Sie enthalten wichtige Hinweise für eine individuell angemessene Behandlung. Die getroffenen Absprachen bilden keinen rechtlichen Vertrag und können keine rechtliche Konsequenz haben.

Diese Absprachen und Erklärungen haben außerdem für Psychiatrie-Erfahrene den Vorteil, sich im Vorfeld mit ihrer sozialen Situation auseinander zusetzen.

Die Klinik.....kommt in ihrem psychiatrischen Bereich dem gesetzlichen Pflichtversorgungsauftrag nach. Sie kann in diesem Rahmen Menschen auch gegen ihren Willen auf richterlichen Beschluss in die stationäre psychiatrische Behandlung aufnehmen, was aber erfreulicherweise proportional selten ist. Um die Auswirkungen dieser Einschränkung in Zukunft möglichst klein zu halten und besser noch zu vermeiden, sorgt die Klinik für die Einhaltung der Absprachen, auch bei einer Unterbringung im Rahmen des PsychKG LSA oder des Betreuungsrechts. Daneben sorgt die Klinik dafür, dass sie auf der Grundlage der Dokumentation für ihr Vorgehen Begründung vorlegt, insbesondere für den Fall, dass die Klinik sich nicht an Absprachen halten konnte.

Von den Absprachen soll möglichst nicht abgewichen werden. Sollte dies dennoch notwendig werden, so soll in der Regel der zuständige Oberarzt bzw. die zuständige Oberärztin bzw. der fachärztliche Hintergrunddienst zustimmen.

Wenn im Einzelfall von den Behandlungsabsprachen abgewichen wird, soll versucht werden, dies mit dem Patienten/der Patientin zu besprechen, ihm/ihr zu erklären und dies von Seiten der Klinik zu begründen.

## Absprachen

Die Präambel ist Bestandteil dieser Absprachen.

Am Vereinbarungsgespräch vom.....nahmen folgende Personen teil:

.....  
..

.....  
..

.....  
..

Es werden folgende Vereinbarungen getroffen:

1. Kontakte

Folgende Personen sollen in den ersten Tagen möglichst viel Zeit mit mir verbringen:

.....  
.....

Mit folgenden Personen möchte ich keinen Kontakt haben, auch wenn sie von sich aus in die Klinik kommen:

.....  
.....

2. Aufnahme und Behandlung

Bei Aufnahme in die Klinik sollen unverzüglich folgende Personen benachrichtigt werden:

Vertrauensperson (Name, Anschrift, Tel.).....  
.....

Falls die Vertrauensperson nicht erreichbar ist, soll.....  
.....(Name, Anschrift, Tel.)

die Vertretung übernehmen.

Die Vertrauensperson ist bevollmächtigt, Auskünfte an die Klinik zu erteilen und ebenso Auskünfte von der Klinik zu erfragen.

Für den Fall, dass eine gesetzliche Betreuung eingerichtet wird, schlage ich als Betreuer/in (Name, Anschrift, Tel.)

.....  
vor.

Zur Zeit behandelnde/r Psychiater/in und ambulante Dienste sind:

.....  
.....

Diese Absprachen gelten grundsätzlich für alle Stationen.

In der Aufnahmesituation ist für mich folgendes hilfreich (z.B. in Ruhe gelassen werden, möglichst nicht allein sein, Gespräche):

.....



.....  
.....

- Ich wünsche regelmäßige Gespräche zur Überprüfung der Wirksamkeit der Medikamente

Bei der Medikamenteneinnahme bevorzuge ich, wenn es möglich ist, folgendes:

- Tabletten/Dragees                       Tropfen                       Spritzen
- Depotspritzen

Besondere Vereinbarungen für die medikamentöse Behandlung:

.....  
.....

#### 4. Zwangsmaßnahmen

Falls während der Behandlung in Ausnahmefällen psychiatrische Zwangsmaßnahmen notwendig erscheinen, soll vorher möglichst folgendes versucht werden.

- Vertrauensperson hinzuziehen                       Gespräch
- Rückzug in reizarme Umgebung                       Rauchen
- Musik hören                       Essen anbieten
- .....
- .....

Falls Zwangsmaßnahmen aus der Sicht der Klinik unumgänglich sind, soll folgendes aufgrund vorheriger Erfahrungen beachtet werden (z.B. Erklärungen zu Maßnahmen wie Ausgangsbeschränkungen, Zwangsmedikation, Fixierung, dabei ggf. auch Festlegung der Reihenfolge):

.....  
.....  
.....

Falls eine Fixierung erforderlich ist, soll folgendes berücksichtigt werden:

- Folgende Person bitte ich um Beteiligung an der Sitzwache: (Name, Telefon)

.....  
.....  
Folgende Personen sollen auch im Falle einer Fixierung Zugang zu mir haben:

.....  
.....  
Bei Zwangsmaßnahmen sollen benachrichtigt werden:

.....  
.....  
Dies ist keine Zustimmung im voraus zu diesen Maßnahmen!  
Eine Zustimmung im voraus ist auch rechtlich nicht zulässig.

Die vorhandene Dokumentation über die Zwangsmaßnahmen soll im Rahmen einer Nachbesprechung gemeinsam eingesehen und besprochen werden.

5. PsychKG LSA

Falls die Klinikseinweisung infolge eines Beschlusses nach dem Gesetz über Hilfen und Schutzmaßnahmen bei psychisch Kranken in Sachsen – Anhalt (PsychKG LSA) erfolgte, soll mir schnellstmöglich eine Freiwilligkeitserklärung vorgelegt werden.

6. Soziale Situation

Die Klinik bemüht sich, im Rahmen der Möglichkeiten des eigenen psychosozialen Dienstes, sich um die nachfolgenden sozialen Angelegenheiten zu kümmern (ggf. in Zusammenarbeit mit der Vertrauensperson / dem Betreuer).  
Bei mir ist folgendes zu klären:

Wohnung

- o Sicherung der Wohnung

Der Haustürschlüssel / Wohnungsschlüssel befindet sich bei:

- .....  
.....
- o ich habe folgende Haustiere
- .....  
.....

folgende Person hat sich zur Übernahme der Pflege bereit erklärt (Name, Adresse, Tel.)

.....  
.....

Kinder/ zu versorgende Personen

- Ich habe folgende Kinder (Name, Geburtsdatum):

.....  
.....

- Für die Kinder ist folgende Betreuungsmöglichkeit vorgesehen:

.....  
.....

- Ich habe für folgende Personen Verpflichtungen übernommen:

.....  
.....

#### Finanzen

- Anstehende Ratenzahlungen

.....

- Regelmäßige Zahlungen

.....

- Rückgängigmachen von Kaufverträgen / Verträgen

- Überziehung des Bankkontos, Absprachen mit der Bank

#### Fahrzeuge

Absichern und zwar  PKW  Mofa  Motorrad

- Arbeitgeber/Schule

Name, Anschrift, Telefon:.....

.....

- Krankmeldung

- Krankmeldung ohne Kennzeichnung „Psychiatrische Klinik“, wenn möglich

- Der Kontakt mit dem Arbeitgeber / Schule soll wie folgt aufgenommen werden:

.....  
.....

Wichtige Termine und Ereignisse, die beachtet werden müssen (z.B. Prüfungen für Ausbildung und Studium)

.....

7. Sonstige Absprachen

Mein natürliches Temperament ist

- lebhaft                       kontaktfreudig               zurückhaltend
- ruhig

.....  
.....  
.....  
.....

Diese Behandlungsvereinbarung kann jederzeit auf ihre Gültigkeit überprüft werden. Sollten sich bei einem der Vereinbarungspartner grundlegende Dinge ändern, wird er sich mit dem Anderen in Verbindung setzen.

Halle/Saale, den .....

Psychiatrie-Erfahrene/r .....

Vertrauensperson .....

Ärztlicher Dienst .....

Sozialer Dienst .....

Gesetzliche/r Betreuer/in .....

## 8 Thesen

1. Zwischen 2003 und 2005 schlossen in Halle (Saale) 44 Personen eine Behandlungsvereinbarung ab. 36 (82%) hiervon sowie 16 Ärzte und Sozialarbeiter, welche Patienten mit Behandlungsvereinbarung therapiert hatten, wurden zu ihren entsprechenden Erfahrungen befragt.
2. Das Durchschnittsalter der Patientenstichprobe betrug 44 Jahre.
3. In der Patientenstichprobe waren weibliche Probanden gegenüber männlichen überrepräsentiert (24; 66%).
4. Knapp die Hälfte der befragten Patienten litt an schizoaffektiven Störungen (ICD-10: F25). Zu je etwa einem Fünftel waren Erkrankungen aus dem psychotischen Formenkreis (ICD-10: F2) und affektive Störungen (ICD-10: F3) vertreten.
5. Alle Probanden befanden sich in regelmäßiger fachärztlicher Betreuung und hatten Erfahrungen mit stationären psychiatrischen Aufenthalten.
6. 20 (55%) der befragten Patienten waren bei früheren Klinikaufenthalten mit der Anwendung von Zwangsmaßnahmen konfrontiert worden.
7. 30 Personen (83%) besuchten häufig eine Begegnungsstätte für psychisch erkrankte Menschen und für 28 Personen (78%) stellten andere psychisch Kranke wichtige Bezugspersonen dar.
8. Von der Existenz der Behandlungsvereinbarungen hatten 17 Personen (47%) durch andere Betroffene erfahren und 12 Personen (33%) erhielten die Information über psychosoziale Einrichtungen.

9. Die meistgenannten Beweggründe für den Abschluss einer Behandlungsvereinbarung waren Erfahrungen mit Zwangsmaßnahmen und Nebenwirkungen von Medikamenten sowie ungenügende Kommunikation und Aufklärung seitens des medizinischen Personals.
10. 16 Patienten (44%) hatten nach Abschluss der Behandlungsvereinbarung einen Klinikaufenthalt gehabt und konnten somit einen Vergleich zu früheren Aufenthalten ziehen. Hierbei empfanden sieben Personen (44%) keinen Unterschied, weitere sieben hatten den Aufenthalt mit Behandlungsvereinbarung als positiver erlebt.
11. Nur ein sehr geringer Teil der Patienten hat bislang eine Behandlungsvereinbarung abgeschlossen: Selbst wenn es beispielsweise im Jahr 2006 bei allen Patienten mit AzB zu einem Klinikaufenthalt gekommen wäre, hätte ihr Anteil an den insgesamt in beiden Kliniken behandelten Patienten 1,6% betragen.
12. Die Mehrzahl der in beiden Kliniken tätigen Ärzte und Sozialarbeiter (28; 64%) hatte bis zum Befragungszeitpunkt keine Patienten mit Behandlungsvereinbarung behandelt.
13. Aus Sicht der Professionellen bestanden die Stärken der Behandlungsvereinbarung vor allem in ihrer Funktion als Handlungsrichtlinie sowie in der Förderung der Kommunikation und Auseinandersetzung zwischen Ärzten und Patienten.
14. Bei der Arbeit mit den Behandlungsvereinbarungen erwiesen sich die entsprechende klinikinterne Dokumentation sowie die Kommunikation zwischen den psychiatrisch tätigen Berufsgruppen als noch problematisch.
15. In den Patientenakten fanden sich keine Hinweise auf durch die Behandlungsvereinbarungen hervorgerufene juristische oder sonstige Komplikationen.

16. Die Existenz von Behandlungsvereinbarungen innerhalb der psychiatrischen Versorgungslandschaft wurde von 35 Patienten (97%) und allen Professionellen als wichtig bzw. sehr wichtig beurteilt.
  
17. Behandlungsvereinbarungen haben das Potenzial, im Sinne von Empowerment und Recovery zu wirken sowie die Partizipation der Patienten am therapeutischen Prozess zu fördern. Hierfür bedarf es jedoch einer konsequenteren Berücksichtigung und Umsetzung im klinischen Alltag.

## Tabellarischer Lebenslauf

Juliane Grätz  
Reilstraße 100  
06114 Halle  
0345-2394488

Name	Grätz
Vorname	Juliane
Geburtsdatum, -ort	14.11.1981, Halle (Saale)
Familienstand	ledig
Nationalität	deutsch
<b>Schulbildung</b>	09/88-07/92 Grundschule Kröllwitz, Halle (Saale) 09/92-07/00 Thomas-Müntzer-Gymnasium Halle (Saale), Abitur mit der Note 1,2
<b>Studium</b>	10/00-05/08 Studium der Humanmedizin an der Martin-Luther-Universität Halle, Universität Rostock und Université de Nancy (Frankreich)
<b>Berufstätigkeit</b>	seit 10/08 Tätigkeit als Assistenzärztin in der Klinik für Neurologie des Städtischen Krankenhauses Martha- Maria Halle-Dölau

Halle, im Januar 2009

Juliane Grätz

Juliane Grätz  
Reilstraße 100  
06114 Halle (Saale)

Halle, im Januar 2009

### **Selbstständigkeitserklärung**

Hiermit erkläre ich, dass die vorstehende Arbeit selbstständig, ohne unzulässige Hilfe Dritter und unter ausschließlicher Nutzung der angegebenen Literatur von mir angefertigt wurde und bisher weder im In- noch im Ausland in gleicher oder ähnlicher Form einer anderen Prüfungsbehörde vorgelegt worden ist.

Juliane Grätz

Juliane Grätz  
Reilstraße 100  
06114 Halle (Saale)

Halle, im Januar 2009

## **Erklärung über frühere Promotionsversuche**

Hiermit erkläre ich, keine früheren Promotionsversuche unternommen zu haben.

Juliane Grätz

## **Danksagung**

An dieser Stelle möchte ich zunächst Herrn Prof. Dr. Peter Brieger für die Überlassung des Themas sowie die fachlichen Hinweise und hilfreichen Anmerkungen danken. Dank gilt auch Herrn Dr. Stefan Watzke für seinen Rat in statistischen Fragen sowie Frau Dr. Jutta Melzig und Frau Annegret Winkel-Schmelz für die Vermittlung von Informationen und Kontakten. Mein besonderer Dank soll jenen Psychiatrieerfahrenen und Professionellen gelten, deren Teilnahme an der Befragung die vorliegende Arbeit erst ermöglicht hat.