

Bundesverband
der Angehörigen
psychisch erkrankter
Menschen e.V. (Hg.)

Kooperation im Trialog



Qualitätsvereinbarungen
im psychiatrischen Alltag



familien **selbsthilfe**
psychiatrie

Danksagung

Allen Landesverbänden der Angehörigen psychisch erkrankter Menschen sowie den Landesverbänden der Psychiatrieerfahrenen danken wir für ihre Beteiligung an der Fragebogenerhebung. Kerstin Riemschneider half mit ihrem großen Engagement bei der Erhebung unter Psychiatrieerfahrenen. Zugleich danken wir den Landesverbänden der Angehörigen Bayern, Berlin, Hamburg, Nordrhein-Westfalen und Thüringen für ihre fachliche Beratung und/oder Teilnahme an den Fokusgruppen. Ebenfalls danken wir gerne dem trialogischen Beirat des Netzwerks integrierte Gesundheitsversorgung Pinel Berlin, hier stellvertretend Dr. Thomas Floeth.

Dr. Christian Kieser (ackpa) und Frau Dr. Ingrid Munk (ackpa) sowie Landesrat Dr. Tilmann Hollweg (LWL) danken wir für ihre Einladungen, um vor den von ihnen vertretenen Organisationen unsere Position darstellen zu können. Ebenso weisen gerne auf die fachlichen Empfehlungen des Dachverbandes Gemeindepsychiatrie und die Anmerkungen der Deutschen Gesellschaft für Soziale Psychiatrie hin. Christopher Scharfenberger (Angehörigenteam der DGBS) hat uns ebenfalls mit hilfreichen Hinweisen unterstützt.

Dem Bezirk Unterfranken, Krankenhaus für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatische Medizin Lohr am Main sowie dem Verein für Angehörige psychisch Kranker Aschaffenburg danken wir für die Erlaubnis des Abdrucks ihres Kooperationsvertrages.

Dr. Caroline Trautmann, Christian Zechert

Impressum

Herausgeber	Familien-Selbsthilfe Psychiatrie Bundesverband der Angehörigen psychisch erkrankter Menschen e.V. Oppelner Straße 130, 53119 Bonn
Redaktion	Dr. Caroline Trautmann, Christian Zechert
Satz und Grafische Gestaltung	Markus Lau Hintzenstern, Astrid Hellmundt, Berlin
Fotos und Illustrationen	Titel: Ivelin Radkov, Fotolia Innenseiten: Pixabay, Markus Lau Hintzenstern
Karikaturen	Christian Bob Born
Druck	Siebengebirgs-Druck, Bad Honnef
ISBN	978-3-9819838-0-7
Ausgabe	© 2018

Gefördert durch das



**Bundesministerium
für Gesundheit**

Bundesverband
der Angehörigen
psychisch erkrankter
Menschen e.V. (Hg.)

Christian Zechert
Dr. Caroline Trautmann

Kooperation im Dialog

Qualitätsvereinbarungen
im psychiatrischen Alltag



familien **selbsthilfe**
psychiatrie

Inhalt

Vorwort	4
1 Warum Kooperationsvereinbarungen?	5
2 Die Einbeziehung von Angehörigen. Von der Betroffenheit der Mütter zur klinischen Qualitätssicherung	8
2.1 Einzelfälle oder ein systematischer Mangel?	8
2.2 Trotz der Klagen: Kein Mangel an Angeboten für Angehörige	8
2.3 Ohne Systematik, kaum evaluiert, willkürlich verteilt	9
2.4 „Schwarzer Peter“ für wen?	11
2.5 Trotz hoher Evidenz – zu wenig umgesetzt	12
3 Was fehlt, ist die Verbindlichkeit einer Kooperationsvereinbarung	14
3.1 Worum es geht: Angehörigenwissen regelhaft einbeziehen	14
3.2 Die ärztliche Schweigepflicht: das dialogische Prinzip anwenden	15
3.3 Bereits 50 Kliniken haben Kooperationsverträge abgeschlossen	17
3.4 Literatur	18
4 Was Angehörige, Psychatriererfahrene und Kliniken wollen Ausgewählte Ergebnisse der BApK-Befragung 2017	20
5 Es gibt viele Möglichkeiten, Angehörige einzubeziehen. Eine Checkliste.	27
6 „Ein lösungsorientiertes Kommunizieren aller Beteiligten ermöglichen“	29
7 Die Abrechenbarkeit der Einbeziehung von Angehörigen durch die psychiatrische Klinik	33
7.1 Erwachsenenpsychiatrie	33
7.2 Kinder- und Jugendpsychiatrie	34
7.3 Wer gestaltet den OPS?	35
7.4 Einbeziehung durch niedergelassene Ärzte	35
7.5 Wie klappt die Einbeziehung „relevanter Bezugspersonen“ in die ambulante Psychotherapie?	36
7.6 Im Maßregelvollzug untergebracht – was auf Angehörige zukommt	38
7.6.1 Herausfordernde Atmosphäre in der Klinik	38
7.6.2 Viel Kontrolle – wenig Vertrauen	38
7.6.3 Mehr Einbeziehung – mehr Vertrauen	39
7.6.4 Kooperation statt Konfrontation	39
7.6.5 Was ich sonst noch wissen sollte	39
8 Schweigepflicht	41
8.1 Ärztin oder Arzt von der Schweigepflicht entbinden	41
8.2 Muster Schweigepflichtentbindung	41
Anhang	42

Nach unserer Auffassung sollten Sie als Angehöriger oder Partner eines psychisch Erkrankten grundsätzlich die Möglichkeit haben, in die therapeutischen Abläufe mit einbezogen zu werden. Hierzu gehört zum Beispiel die Anwesenheit in der Visite oder die Teilnahme an einem Einzelgespräch.

Sollten Sie diese Möglichkeit in Anspruch nehmen wollen, sprechen Sie bitte mit Ihrem betroffenen Angehörigen darüber, denn dieser muss Ihrer Teilnahme zustimmen. Häufig wünschen Betroffene selbst die Einbeziehung ihrer Angehörigen in die Therapie. Nur wenn ein Patient dies ausdrücklich ablehnt, verbietet uns die therapeutische Schweigepflicht, Ihnen Auskünfte jedweder Art zu geben.

Prof. Dr. Claas-Hinrich Lammers,
Chefarzt Asklepios-Klinik Nord Hamburg Ochsenzoll

Die nachfolgende Broschüre ist Teil des vom BMG geförderten Projektes „Das Verhältnis von Angehörigen und Professionellen – Vereinbarungen zwischen Kliniken und Angehörigen (Verbänden/Vereinen) zur Regelung der vertraglichen Qualitätssicherung in der Psychiatrie“.

Vorwort

Jeder Psychiater weiß, dass sich kümmernde Angehörige eine große Mithilfe beim Erreichen der Therapieziele sein können, wenn sie wissen, worum es geht. Die Schlussfolgerung, sie zu informieren und mit einzubinden, wird leider nicht immer gezogen.

Unerfahren in psychiatrischen Dingen, wie Angehörige bei der ersten Begegnung mit der psychiatrischen Klinik nun einmal sind, glauben die meisten von ihnen an eine rasche Wirksamkeit der gebündelten Fachkompetenz im Krankenhaus. Das erweist sich oft als fataler Irrtum mit Langzeitfolgen. Enttäuschte Hoffnungen verwandeln sich allzu leicht in Schuldvorwürfe und führen im schlimmsten Fall zu Behandlungsabbrüchen. Auch langjährige Angehörige machen sehr unterschiedliche Erfahrungen mit den Aufnahmegepflogenheiten. So erfahren sie nur in einigen, eher wenigen Häusern gleich zu Beginn, wohin sie sich mit ihren Anliegen und Fragen wenden können. Und niemand spricht mit ihnen, wie die Behandlung verlaufen soll und wie es nach der Entlassung weitergehen kann. Aus Berichten von Angehörigen geht immer wieder hervor, dass sie auch nach mehreren Klinikaufenthalten ihres psychisch kranken Familienmitglieds nicht wissen, was dort eigentlich pflegerisch und therapeutisch gemacht wurde und warum. Niemand hat ihnen gesagt, dass heutzutage Psychiatrie-Patienten bei allen Entscheidungen mit einbezogen werden müssen – soweit das ihr Gesundheitszustand erlaubt. Niemand hat ihnen gesagt, dass auch sie als Angehörige mit einbezogen werden können, wenn der Patient dem zustimmt. Aus Bemerkungen von Klinikmitarbeitern ist zudem zu schließen, dass auch sie zu wenig über die emotionalen Belastungen der Angehörigen und ihren Bedarf an Aufklärung und Anteilnahme wissen.

Angehörige brauchen jedoch Zeit und Aufklärung, um die Situation zu begreifen, um sich gedanklich und gefühlsmäßig auf die Veränderungen einzustellen und ihre Alltags- und Lebensplanung anzupassen. Andernfalls geraten sie in eine Überforderungsspirale, die weder ihnen noch dem Patienten bekommt.

Aus diesem Grund hat der Bundesverband der Angehörigen psychisch erkrankter Menschen e.V. ein Projekt ins Leben gerufen, das schriftliche Vereinbarungen mit einzelnen psychiatrischen Kliniken über die Einbindung der Angehörigen in die stationäre Behandlung zum Ziel hat. Es basiert auf der guten Vorarbeit in einzelnen Landesverbänden – wie zum Beispiel in Bayern und Hamburg – und in den örtlichen Vereinen der Angehörigen. Die nachfolgende Arbeitshilfe nimmt zugleich eine Standortbestimmung vor und stellt die bisherigen Ergebnisse vor.

Gudrun Schliebener
Vorsitzende BApK e.V.

Karl-Heinz Möhrmann
Vorsitzender LV Bayern ApK e.V.

1 Warum Kooperationsvereinbarungen?

Eine psychische Erkrankung trifft nie nur den betroffenen Menschen allein, sondern immer auch das soziale Umfeld, also die Familie und den engen Freundeskreis. Die Behandlung erfolgt jedoch personenzentriert, die Angehörigen bleiben häufig noch außen vor.

Das Wissen um die Eindrücke und Erkenntnisse des sozialen Umfeldes bezüglich der Symptomatik der Erkrankung ist jedoch auf Seiten der professionellen Helfer für die Anamnese, Behandlung und Nachsorge bei psychisch erkrankten Menschen unverzichtbar, da letztere in der psychischen Krise wie einer Psychose häufig ein wahnhaftes „Wolkenkuckucksheim“ entwickeln, und die Darstellung des Patienten kann in solchen Zeiten beträchtlich von der tatsächlichen Realität abweichen. Viele Beispiele, in welchen die Sicht der Angehörigen nicht hinreichend mit in Betracht gezogen wurde, sind uns bekannt. Mit erheblichen nachteiligen Folgen für Betroffene und Angehörige.

Außerdem geben die Behandler den Patienten bei der Entlassung vielfach wieder zurück in unsere Hände mit der Hoffnung, dass wir Angehörigen „vernünftig“ mit ihm umgehen, um einen Rückfall möglichst zu vermeiden. Wir Angehörigen haben das aber in aller Regel nicht gelernt und brauchen folglich dafür die Unterstützung der professionellen Behandler, die es ja eigentlich aufgrund der beruflichen Kompetenz und der einschlägigen eigenen Erfahrungen „besser wissen“ sollten.

Leider ist nach unserer Erfahrung die Einbeziehung der Angehörigen noch längst nicht überall selbstverständlich und auch nicht Teil der täglichen Behandlungsrealität. Die organisierten Angehörigen in den örtlichen Vereinigungen und in den Landesverbänden bemühen sich daher um Vereinbarungen mit psychiatrischen Kliniken über das Angebot einer angemessenen Einbindung der Angehörigen in die stationäre Behandlung. Partner solcher Vereinbarungen sollen vorzugsweise die jeweilige lokale Angehörigenorganisation sein. Eine zentralisierte ortsferne Kommunikation auf Dauer erweist sich als zu aufwendig oder unmöglich. Nur in Fällen, wo keine lokale oder regionale Unterorganisation existiert, soll der jeweilige Landesverband der Angehörigen oder nur ausnahmsweise der Bundesverband als Verhandlungspartner auftreten. Die Landesverbände und der Bundesverband der Angehörigen sehen es jedoch als ihre Aufgabe an, als „Türöffner“ für einschlägige Vereinbarungen tätig zu werden.

Die Form derartiger Vereinbarungen kann recht unterschiedlich sein: Von vereinbarten Leitlinien über die Einbindung der Angehörigen in die stationäre Behandlung bis zu einer schriftlichen Vereinbarung oder gar einem Kooperationsvertrag ist vieles möglich. Einzelheiten und Wünsche nach Abänderungen sind im Gespräch mit jeder Klinik verhandelbar, keine bestehende Vereinbarung gleicht exakt der anderen. Natürlich wird das immer zu freiwilligen Angeboten für die Angehörigen führen – niemand kann oder soll dazu gezwungen werden, diese Angebote anzunehmen. Auch funktioniert die

Einbindung der Angehörigen, allein schon aufgrund des Gebotes der ärztlichen Schweigepflicht, nur mit Zustimmung des jeweiligen Patienten. Selbstverständlich soll dabei keinerlei „Druck zur Zustimmung“ auf die Patienten ausgeübt werden.

In Bayern sind die Bemühungen bereits recht erfolgreich: Entsprechende schriftliche Vereinbarungen konnten dort in unterschiedlicher Form bereits mit mehr als 20 psychiatrischen Kliniken abgeschlossen werden, darunter auch einige forensische Kliniken. Mit weiteren Kliniken laufen intensive Gespräche.

Der Bundesverband der Angehörigen psychisch erkrankter Menschen hatte bis 2017 ein Projekt in Arbeit, um entsprechende Aktivitäten auf die ganze Bundesrepublik auszuweiten. Auch hier zeigen sich bereits erste Erfolge. Zwischenzeitlich gibt es bereits einen bundesweit gültigen Rahmenvertrag über ein „Entlassmanagement beim Übergang in die Versorgung nach Krankenhausbehandlung nach § 39 Abs. 1a S. 9 SGB V, den wir begrüßen und im Rahmen von Vereinbarungen mit psychiatrischen Kliniken in geeigneter Weise und in vertrauensvoller Zusammenarbeit in die Praxis umsetzen wollen. Siehe hierzu im Detail: www.kbv.de/media/sp/Rahmenvertrag_Entlassmanagement.pdf

Unser Ziel ist, im Laufe der Zeit mit möglichst vielen psychiatrischen Kliniken entsprechende Vereinbarungen abzuschließen. Was in der Kinder- und Jugendpsychiatrie hinsichtlich der Einbeziehung der Angehörigen längst Usus ist, soll auf die Erwachsenenpsychiatrie ausgedehnt werden. Die Klinik soll sich zum „angehörigenfreundlichen Krankenhaus“ entwickeln. Derartige Vereinbarungen sind zunächst als „Goodwill“-Erklärungen zu betrachten und sollen ein Instrument für die regelmäßige Kommunikation und für weitere formale Absprachen über die Einbindung der Angehörigen sein. Damit kann zunächst mittel- und längerfristig eine Veränderung der Haltung bei den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern gegenüber den Angehörigen, Bereitschaft zum Dialog und eine verbesserte Vertrauensbasis erzielt werden. Langfristig soll die Einbindung der Angehörigen in die stationäre Behandlung jedoch Bestandteil des internen Qualitätsmanagements der Kliniken werden und damit zu einer entsprechenden Verbindlichkeit führen.

Mit Einführung der „stationsäquivalenten Behandlung“ (Home Treatment) wird die Einbeziehung der Angehörigen (sofern solche vorhanden sind und in Gemeinschaft mit der erkrankten Person leben) zudem unverzichtbar. Gegen ihren Willen ist eine derartige Maßnahme nicht durchsetzbar.

Bei einschlägigen Gesprächen kommt vonseiten der Behandler oder auch der Rechtsabteilung der jeweiligen Klinik gelegentlich die Frage auf: „Und was haben wir denn von solch einer Vereinbarung?“ Eine solche Frage zeigt mangelndes Verständnis für die Bedeutung zwischenmenschlicher Beziehungen für den Genesungs- und Stabilisierungsprozess psychisch erkrankter Menschen. Die regelhafte Einbindung und Aufklärung



engagierter Angehöriger in geeigneter Form kann nachweislich bei den Patienten zu einer schnelleren und dauerhafteren Bewältigung von Krisensituationen, zur Reduktion von Rückfällen, zu erhöhter Resilienz und damit letztlich zu einer unter Umständen erheblichen Verbesserung der Lebensqualität führen. Damit werden gleichzeitig das Wissen und die Bemühungen der professionellen Helfer um eine dauerhafte Besserung des Zustands der Patienten unterstützt. Der zusätzliche zeitliche Aufwand erscheint daher auch für die professionelle Seite gut angelegt. Nichteinbeziehung der Angehörigen in die Behandlung einer psychischen Erkrankung ist nach unserer Ansicht als Kunstfehler zu betrachten, welcher zwar nicht juristisch eingeklagt werden kann, aber erfahrungsgemäß für Patienten und Angehörige nachteilig ist.

Einschlägige Aussagen und Vereinbarungen können übrigens auch vonseiten der jeweiligen Klinik „werbewirksam“ und imagefördernd bei der Öffentlichkeitsarbeit eingesetzt werden.

2 Die Einbeziehung von Angehörigen. Von der Betroffenheit der Mütter zur klinischen Qualitätssicherung

„Die ‚flächendeckende‘ Beteiligung an Gremien und Tagungen kontrastiert unerfreulich mit unzureichender Einbeziehung im therapeutischen Alltag, obwohl dies als Behandlungsstandard gilt und praktikable Beispiele wie die Angehörigensprechstunde existieren.“ So beschrieb der Angehörige und ehemalige Hochschullehrer Prof. Dr. Reinhard Peukert die Situation Angehöriger psychisch erkrankter Familienmitglieder, die bei Tagungen nicht im Rampenlicht der Bühne stehen, sondern vielmehr als Angehörige fern der organisierten Selbsthilfe den Bedingungen des ihnen fremden klinischen Alltags ausgesetzt sind (Peukert 2005, 3). Auf ähnliche Erfahrungen wies Eva Straub, langjährige Vorsitzende des Bundesverbandes der Angehörigen psychisch erkrankter Menschen (BAPK), hin: „Wo aber ist der Platz der Angehörigen im Alltag? Es gibt eine erhebliche Diskrepanz zwischen Theorie und Praxis, zwischen progressiven Psychiatern auf Kongressen und ihren im Alltagsgeschehen eingespannten Kollegen und Kolleginnen.“ (Straub 2003, 54)

2.1 Einzelfälle oder ein systematischer Mangel?

In dem bis heute lesenswerten „Angehörigenbuch“ von Jutta Seifert finden sich gleich an mehreren Stellen ähnliche Erfahrungen von Angehörigen, denen z. B. gesagt wurde, sie sollten mit der Notfallaufnahme des Erkrankten warten, bis es schlimmer werde. Erst, als die betroffene Mutter Hämatome im Gesicht und am Körper hatte, wurden sie ernst genommen (Seifert 2004, 19). Auch die Angehörige und Autorin Janine Berg-Peer fragte 2014 auf der Tagung der Aktion Psychisch Kranke, ob die „Einbeziehung von Angehörigen in die Therapie ein frommer Wunsch?“ sei. Sie formulierte ihrerseits zwei zentrale Wünsche, wenn die erkrankte Tochter klinisch behandelt wird: Informationen über das Therapieziel und Informationen über die geplante Nachbehandlung. Das Problem dabei sei die ärztliche Schweigepflicht (Berg-Peer 2015, 253 f.). Noch deutlicher schilderte ein Elternpaar seine Erfahrung: „Wir als Eltern mussten erleben, dass wir von vornherein als unerwünschte Störfaktoren soweit wie möglich aus dem Behandlungsprozess ausgegliedert wurden. Nur widerstrebend wurde uns überhaupt ein Gespräch mit dem behandelnden Arzt gewährt. Nun sind wir als Eltern zweifellos an kränkenden Momenten in der Lebensgeschichte unseres Sohnes beteiligt. Aber gerade deshalb ist es aus unserer Sicht unabdingbar, dass wir in seinen therapeutischen Prozess einbezogen werden.“ (Anonym 2015, www.forum-der-psychiatrie.de, Abruf 23.05.2017)

2.2 Trotz der Klagen: Kein Mangel an Angeboten für Angehörige

8 ■ Gleichwohl diese Angehörigen – und sicherlich mit ihnen viele weitere Eltern, Partner, Geschwister und Kinder – über ihre mangelhafte Einbeziehung in die klinischen

Behandlungsabläufe klagen, stehen ihre Aussagen in einem auffälligen Kontrast zu den zahlreichen, sich an Angehörige wendenden Angeboten. Angehörige zu informieren und einzubeziehen scheint mit Blick auf die zahlreichen Hilfen für Angehörige durchaus Teil des klinischen Behandlungsauftrags zu sein. Auch die Ergebnisse der BApK-Angehörigenbefragung 2017 in diesem Heft, Seite 20, sprechen dafür. So kann gesagt werden, dass keineswegs alle Angehörige mit Beratungsbedarf sich abgewiesen fühlen oder pauschal unzufrieden sind. Spießl et al. kam bereits 2004 zu folgender Einschätzung aufgrund eigener Befragungen: „Den Angehörigen sind eine erfolgreiche Behandlung des Patienten durch gute Ärzte und Therapeuten, offene und verständliche Aufklärung der Angehörigen über die Erkrankung, die Förderung des Selbstbewusstseins des Patienten und Vermittlung von Zuversicht, psychotherapeutische Gespräche mit dem Patienten und eine nicht nur medikamentöse Behandlung des Patienten am wichtigsten.“ (Spießl et al. 2004, 475). Insbesondere in der Kinder- und Jugendpsychiatrie spielt die regelhafte Einbeziehung der erziehungsberechtigten Eltern seit Jahrzehnten schon aus rein rechtlichen Gründen eine wichtige Rolle. Hier ist die enge Zusammenarbeit gut institutionalisiert und festgeschrieben.

2.3 Ohne Systematik, kaum evaluiert, willkürlich verteilt

Mehrheitlich gehören die Angehörigenangebote in Deutschland seit Jahrzehnten zum festen Bestandteil des klinischen und teilstationären Alltags. Was man aber bei dieser Auflistung erkennen muss und mit Blick auf die klinische und tagesklinische Landschaft auffällt: Sie variieren von Klinik zu Klinik. Es scheint, als seien sie wahllos und willkürlich über die Versorgungslandschaft verstreut, mal vorhanden, mal nicht. Die eine Klinik „leistet“ sich eine Psychoedukationsgruppe für Angehörige, die andere präferiert die offene Sprechstunde. Die dritte Klinik sorgt für Informationen auf der Homepage, hat aber keine Kontakte mit dem örtlichen Angehörigenverein. Ob Angehörige am Trialog und Psychoseseminar teilnehmen, wird von der vierten Klinik wiederum dem Zufall überlassen, während die fünfte Klinik Angehörige regelmäßig darauf hinweist und mit persönlicher Ansprache einlädt. Inwieweit und in welchem Umfang die „Angehörigenvisite“ tatsächlich im klinischen Alltag verankert ist, muss offenbleiben, weil es hierzu keine empirischen Befunde der Versorgungsforschung gibt. Einzelne Kliniken – wie die psychiatrische Abteilung in Berlin-Neukölln – kennen sie langfristig als Routineangebot und konnten damit viele Angehörige erreichen (Fähndrich et al. 2001). Keineswegs aber ist klar, ob das gleiche Angebot in einer 20 Kilometer entfernt liegenden Klinik ebenfalls vorhanden ist.

Eine valide und umfassende Erhebung der Versorgungsforschung zum quantitativen Bedarf und seiner Umsetzung dieser Angebote für Angehörige liegt für den deutschsprachigen Raum nicht vor. Hilfen für Angehörige werden trotz allem Wohlwollen der klinischen Leitungen und Mitarbeiter letztlich „willkürlich“ angeboten. Sie sind trotz

vielfachen Soll-Empfehlungen in den DGPPN S2 und S3 Behandlungsleitlinien eine unverbindliche und meist nicht präzise definierte Hilfe. Fast immer alleinig initiiert durch das subjektive Empfinden klinischer Leitungen und Mitarbeiter für die Bedürfnisse von Angehörigen. Es besteht, sieht man von Psychoedukationsgruppen für Angehörige ab (Bäumel und Pitschel-Walz 2008), mehrheitlich kein Nachweis über ihre Wirkung. Auch bleibt unklar, ob einige der Maßnahmen überhaupt die Zielgruppe erreichen. Wenn wöchentlich ein bis zwei Angehörige bei einer 200-Betten-Klinik in die offene Sprechstunde kommen, ist dies keine erfolgreiche Maßnahme. Letztendlich ist die Situation Ausdruck dessen, dass es keinen bundesweiten verbindlichen und sich auf die Angehörigenarbeit/Bezugspersonen konzentrierenden Standard der Fachgesellschaft(en) zur



Zusammenarbeit mit den Angehörigen und Vertrauenspersonen der Patienten gibt. Eine Annäherung an einen solchen Standard „Angehörigenarbeit“ findet man allerdings in der Schweiz beim Netzwerk Angehörigenarbeit Psychiatrie (NAP): „Qualitätsstandard Angehörigenarbeit Psychiatrie. Eine Empfehlung“. Dieser führt 15 Qualitätsindikatoren auf und wird vom Netzwerk Angehörigenarbeit Psychiatrie herausgegeben (NAP 2011).

2.4 „Schwarzer Peter“ für wen?

Spricht man Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen der Kliniken auf die Akzeptanz der obigen Angebote durch Angehörige an, wird häufig geantwortet, die Angehörigen nehmen diese Hilfen selten an, folgen den Einladungen vielfach nicht, erscheinen vielleicht einmal bei der Angehörigengruppe und wenden sich dann wieder ab. Auch ihre Präsenz im Dialog sei geringer als die der Psychatrieerfahrenen. Die Frage sei daher, ob es nicht an den Angehörigen selber liege, wenn sie die durchaus vorhandenen Hilfen nicht in Anspruch nähmen.

Die Gründe von Angehörigen, sich im Kontakt mit der Klinik und bei der Nutzung der an sie adressierten Informations- und Hilfeangebote zurückzuhalten, sind vielfältig, weitgehend unklar und so gut wie nicht empirisch belegt. Zu diskutieren sind folgende Gründe: **1** Ein klinischer Aufenthalt stellt nur eine kurze Zwischenphase dar, auf die man sich nicht langfristig einrichten will. Die Bereitschaft, sich an dieses System zu binden, ist gering, da man als Angehöriger schon mit dem ambulanten Behandlungs- und Hilfesystem im Kontakt ist. **2** Innerfamiliäre Konflikte sollen nicht nach außen dringen, auch nicht gegenüber den behandelnden Therapeuten und Therapeutinnen. **3** Vorbehalte gegenüber „der Psychiatrie“, wie sie in der Bevölkerung generell vorkommen, führen auch bei Angehörigen dazu, den Kontakt zu vermeiden. **4** Angehörige haben Angst, sich aufzudrängen. Sie glauben, mit den eigenen Fragen eher zu stören als ein Recht auf Antwort zu haben. **5** Angehörige mit sogenanntem Migrationshintergrund werden vielleicht auch durch kulturelle Grenzen eher zurückhaltend reagieren. Sie sind es gegebenenfalls nicht gewohnt, dass sie überhaupt gefragt werden und glauben, „irgendwie“ selber mit „der Geschichte“ allein familiär fertig werden zu müssen. **6** Der Ärger über den Erkrankten ist noch virulent. Durch Krankheit und Verhalten ausgelöste finanzielle Schäden, Konflikte, die in der Nachbarschaft ausgelöst wurden, Gewalt gegenüber den Familienmitgliedern können zu einer massiven Erschöpfung der Angehörigen führen: Sie können einfach nicht mehr. Und sie suchen Abstand und Ruhe, statt sich einmischen zu wollen. **7** Falscher Respekt vor ärztlichen Autoritäten und eine „Profi-Gläubigkeit“. **8** Angehörige fühlen sich insgesamt mut- und machtlos oder haben – aus welchem Grund auch immer – ein „schlechtes Gewissen“. **9** Angehörigen wird geraten, sich jetzt endlich mal zurückzuziehen. Man kümmere sich um den Erkrankten, dabei habe man als Angehöriger zuerst einmal nicht viel zu suchen. **10** Angehörige beginnen, sich selber zu stigmatisieren und entwickeln lähmende Schuldgefühle. **11** Angehörige resignieren und überlassen schulterzuckend „alles“ dem professionellen Hilfesystem. **12** Chronisch erkrankte Patienten haben ihre Angehörigen „verloren“ – so, wie viele andere Bindungen an ein soziales Netz krankheitsbedingt zerstört wurden. **13** Es gibt tatsächlich keine erreichbaren Angehörige mehr, weil diese zu weit entfernt leben oder verstorben sind. **14** Patienten wurden massiv von ihren Angehörigen geschädigt. Das gilt für Angehörige, die Täter geworden sind und daher jeden Kontakt vermeiden, bis hin zu **15** den Patienten ■ 11

und Patientinnen, die aus verschiedenen Gründen dauerhaft keinen Kontakt mehr zu ihren Angehörigen wünschen und ihn bewusst vermeiden.

Hinter dem Fernbleiben und der scheinbaren Passivität Angehöriger steckt ein breites Bündel verschiedener Gründe, die so gut wie nicht bislang empirisch nachgewiesen sind. Die Frage kann aber auch positiv gestellt werden: Was bringt Angehörige dazu, sich zu engagieren, ihre eigene Rolle zu reflektieren, sich um den Erkrankten zu kümmern? Was zeichnet diese „anderen“ Angehörige positiv aus? Und müssten sich die Behandler nicht um diese engagierten Angehörigen „reißen“, weil es ja durchaus Hinweise auf die Evidenz des Behandlungserfolges infolge der Einbeziehung der Angehörigen gibt?

2.5 Trotz hoher Evidenz – zu wenig umgesetzt

Nur wenige Arbeiten beschäftigen sich explizit mit dem Nachweis der therapeutischen Wirkung der Einbeziehung von Angehörigen auf den Behandlungserfolg des Patienten. Gut bekannt und etabliert sind Arbeiten wie von Bäuml und Pitschel-Walz an der TU München zur Frage der Wirkung von Psychoedukationsgruppen auf Angehörige (Bäuml und Pitschel-Walz 2008). Zugleich finden sich in den derzeit gültigen DGPPN S2 und S3 Behandlungsleitlinien der jeweiligen Störungsbilder zahlreiche Hinweise auf Studien



mit unterschiedlich ausgeprägter Evidenz der Angehörigeneinbeziehung (www.dgppn.de/leitlinien-publikationen/leitlinien.html). Dies ist als großer Erfolg zu werten, weil in ihnen auf die Perspektive der Angehörigen, aber auch auf die der Patienten und Patientinnen und insgesamt auf die Rolle der Selbsthilfe eingegangen wird. Die inzwischen regelhafte Beteiligung von Patienten bzw. Psychiatrieerfahrenen und Angehörigen bei der Leitlinienentwicklung schlägt sich positiv nieder. So zeigt sich, dass es z. B. in der „S3 Leitlinie Bipolare Störungen“ 181 Treffer für „Angehörige“ gibt. Das heißt, das Wort „Angehörige“ taucht 181mal in der Leitlinie auf, in der S3 Leitlinie Psychosoziale Therapien sogar 251mal. Auch wenn diese „Trefferzahlen“ nichts über Qualität und Relevanz aussagen, zeigen sie doch, dass Angehörige umfangreich thematisch berücksichtigt werden. So heißt es z. B. in der derzeit noch in Überarbeitung

befindlichen DGPPN „S3 Leitlinie Schizophrenie“: „Angehörige von Patienten mit Schizophrenie sind von der Erkrankung mitbetroffen. Gleichzeitig sind Angehörige langfristig die wichtigste Quelle der sozialen Unterstützung für die Patienten. Angehörige sollten daher in allen Phasen der Erkrankung in die Behandlung einbezogen werden. Wenn dies durch den Patienten abgelehnt wird, sollte im Interesse einer erfolgreichen Behandlung darauf hingearbeitet werden, das Vertrauensverhältnis zwischen Patienten und Angehörigen zu stärken. Auch ohne Zustimmung des Patienten sollten in diesem Fall den Angehörigen allgemeine Informationen unter Wahrung der Schweigepflicht gegeben werden.“ (DGPPN 2006)

Ein 2014 im British Medical Journal (BMJ) erschienenes systematisches Review untersucht die Evidenz der Implementation der Einbeziehung von Angehörigen in die Behandlung von Patienten mit Psychosen im Hinblick auf Hindernisse, Probleme, aber auch erleichternde Faktoren. Die Autoren kommen nach der Auswertung von 43 in die engere Wahl einbezogenen internationalen Studien zu dem Ergebnis, dass es an einer tatsächlichen Einbeziehung deutlich mangelt. Gemeinsames Ziel von Professionellen und Angehörigen müsse es sein, diese Einbeziehung zu stärken. Training und Supervision seien hierbei zwar hilfreich, um die Einbeziehung der Angehörigen oder anderer, nicht bezahlter Helfer sicherzustellen, führten aber nicht zwingend zum Erfolg. Entscheidend seien vielmehr die Organisationskultur und die professionellen Denkmuster. Die Autoren kommen zu dem Ergebnis, dass eine effektive Implementation die Einbeziehung der gesamten Organisation auf jeder Ebene erfordere, unterstützt durch eine starke Leitung. Um zu gemeinsamen Zielen des klinischen Teams, aber auch von (ambulanten) psychiatrischen Diensten zu gelangen, bedürfe es daher eines anderen Ethos' und einer anderen Praxis ebenso wie der Einrichtung von Arbeitsroutinen, die die Einbeziehung der Angehörigen erleichtern (Eassom et al. 2014). Die Empfehlung dieses Reviews stimmt erfreulich mit unserem Ziel überein, Leitlinien einer Kooperationsvereinbarung als Basis für die Einbeziehung von Angehörigen in die Arbeitsroutinen zu übernehmen.

3 Was fehlt, ist die Verbindlichkeit einer Kooperationsvereinbarung

Aus der Erkenntnis, dass eine Beratung durch Angehörige von Angehörigen (Peer to Peer) einen engeren und vertrauensvollen Zugang zu ihnen ermöglicht, hat sich seit etwa fünf Jahren ein Instrument der Kooperation mit den Angehörigen entwickelt. Die sogenannte „Kooperationsvereinbarung bzw. die Leitlinie für eine Kooperationsvereinbarung“ basiert auf ähnlichen Grundgedanken wie die „Bielefelder Behandlungsvereinbarung“ (Dietz et al. 1998). In beiden Vereinbarungen, die als sog. gegenseitige Willensvereinbarungen gestaltet sind, wird zugesagt, als hilfreich erwiesene „Maßnahmen“ im „Ernstfall“ mit Hilfe der Klinik tatsächlich umzusetzen. Zuvor wird festgelegt, um welche „Maßnahmen“ es sich hierbei handelt. Beide Instrumente sollen für die Aufnahme und Behandlung Verbindlichkeit, Zuverlässigkeit und die Berücksichtigung des Willens der Patienten bzw. Angehörigen sicherstellen.

3.1 Worum es geht: Angehörigenwissen regelhaft einbeziehen

Kommt es zu einer stationären oder tagesklinischen Behandlung eines psychisch erkrankten Familienmitgliedes, sollen das Wissen und die Erfahrungen der Familie als Teil der klinischen und ambulanten Qualitätssicherung verankert werden, möglichst durch ein Gespräch, in dem alle Beteiligten – Patienten, Arzt/Ärztin, Angehörige – vertreten sind. Dies darf und kann selbstverständlich nur nach Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht durch den Patienten, also nur mit seiner Zustimmung geschehen. Liegt sie vor, sind Angehörige regelhaft während der Behandlung einzubeziehen, ihre Erfahrungen sind zu hören und sie sind z. B. über die geplante Entlassung zu informieren.

Bausteine der Vereinbarung:

- Die strukturelle Einbeziehung der Angehörigen ist Teil des Therapiekonzepts und verbindlicher Bestandteil des Qualitätsstandards der Einrichtungen. Um sie sicherzustellen und weiterzuentwickeln, findet mindestens einmal jährlich ein Gespräch zwischen der Klinikleitung und Vertretern der organisierten Angehörigen und der Betroffenen statt.
- Die psychiatrische Einrichtung ermittelt nach der Aufnahme, so rasch es geht, die Angehörigen, die Vertrauensperson oder ggf. den gesetzlich Bevollmächtigten. Sie führt zeitnah mit dem Patienten bzw. der Patientin Gespräche über die Schweigepflichtentbindung unter Berücksichtigung seiner aktuellen Krisensituation, der Wichtigkeit stabiler Beziehungen in Partnerschaft, Familie und Freundeskreis für den Behandlungserfolg und der Begleitung des Patienten. Eine Schweigepflichtentbindung gegenüber Angehörigen ist auch dann beim Patienten zu erfragen, wenn dieser unter gesetzlicher Betreuung steht.
- Die Angehörigen werden zu Beginn der Behandlung darüber informiert, welcher Arzt oder welche Psychologin im Normalfall Ansprechpartner ist. Vor kurzfristig geplanter Ausgangserlaubnis oder Entlassung werden sie befragt, ob aus Sicht der Angehörigen zwingende Gründe dagegen sprechen. Lebt die betroffene Person

in einer häuslichen Gemeinschaft mit ihren Angehörigen, werden diese in die Entlassungsvorbereitung eingebunden.

- Die Klinik hält regelmäßig Informationen für Angehörige und Patienten vor und weist auf die lokalen Angebote der organisierten Selbsthilfe von Angehörigen und Psychiatrieerfahrenen hin.

3.2 Die ärztliche Schweigepflicht: das trialogische Prinzip anwenden

Immer wieder beklagen Angehörige, sie würden von der Klinik oder einer anderen Einrichtung mit Hinweis auf die ärztliche Schweigepflicht weder über das Therapieziel informiert noch darüber, welche Therapien überhaupt in Anwendung kommen. Auch Informationen über die Wirkung der Medikation, über die geplante Nachbehandlung, die Entlassung etc. würden mit dem Hinweis verweigert, dies ginge den Arzt und den Patienten etwas an, aber wegen der Schweigepflicht könne man sich nicht mit konkretem Bezug auf den Patienten äußern. Selbst gegenüber den engsten Angehörigen nicht.

In den DGPPN-Leitlinien werden „Soll-Empfehlungen“ dahingehend ausgesprochen, Angehörige in die Behandlung einzubeziehen, das Vertrauensverhältnis zu ihnen zu stärken sowie Angehörigen allgemeine Informationen zu geben. Doch fehlt nach wie vor die Festschreibung eines präzisen Prozederes zum Umgang mit der ärztlichen Schweigepflicht bzw. mit der Schweigepflichtentbindung durch den Patienten gegenüber seinen Angehörigen. Die Wünsche der organisierten Angehörigen sind hierzu eindeutig. Sie fordern anstelle der fakultativen, eher zufallsgesteuerten Entbindung und des stillschweigenden Nichtfragens über den Kopf des Betroffenen hinweg, eine regelhafte ärztliche Vorabklärung. Sie soll in jedem Einzelfall bei der Entscheidung helfen, ob eine Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht durch den Patienten gegenüber seinen Angehörigen eine therapeutisch sinnvolle oder ggf. nicht sinnvolle Maßnahme ist. Ob es also Gründe gibt, die gegen die Entbindung von der Schweigepflicht sprechen und ob es tatsächlich des Schutzes des Patienten mit Hilfe der Schweigepflicht bedarf.

Ohne Zweifel gibt es auch Vorfälle, nach denen der Patient, die Patientin vor ihren Angehörigen geschützt werden muss. Traumatisierungen durch Angehörige, die zum Täter gegenüber ihren Kindern, ihrer Partnerin, ihren Eltern wurden, sind unbestritten und eindeutig Grund genug, die zum Opfer gewordenen Kinder, Partner bzw. Patienten etc. zu schützen. Dies ist absolut zu respektieren. Aber dem stehen zahlreiche Situationen gegenüber, in denen die Einbeziehung der nahen Angehörigen eine sehr sinnvolle Maßnahme ist und auch eine therapeutische Wirkung auf die Behandlung hat. Vielleicht sogar auch dann, wenn es sich um Eltern handelt, die, wie bereits oben zitiert, sagen: „Nun sind wir als Eltern zweifellos an kränkenden Momenten in der Lebensgeschichte unseres Sohnes beteiligt. Aber gerade deshalb ist es aus unserer Sicht unabdingbar, dass wir in seinen therapeutischen Prozess einbezogen werden.“ (Anonym 2015, www.forum-der-psychiatrie.de, Abruf 23.05.2017)

Die Initiative zur Abklärung der Notwendigkeit oder Nicht-Notwendigkeit der ärztlichen Schweigepflicht durch den Arzt, durch die Ärztin, sollte daher Teil der therapeutischen Routinen, der Schlussfolgerungen sein. Sie muss – wie die Anamnese, das Blutbild, die Festschreibung des Therapieziels, die Psychotherapie – ein Standard und Teil der klinischen Qualitätssicherung werden. Kommt der behandelnde Arzt oder die Ärztin zu dem Ergebnis, dass es keine therapeutischen oder auch ethischen Einwände gegen die Schweigepflichtentbindung gibt, dann ist der Patient, die Patientin regelhaft auch danach zu fragen, ob sie oder er dies genauso sieht und mit einer Schweigepflichtentbindung einverstanden sei. Angehörige und Patienten sollen sicher sein, dass die Patienten tatsächlich gefragt werden, dass eine definierte Entscheidung regelhaft vorliegt. Es ist dabei ganz sicher nicht die Absicht, den Patienten zu bedrängen. Sein Recht, die Schweigepflichtentbindung abzulehnen, bleibt unbenommen. Die Forderungen der Angehörigen richten sich an die Behandler, mit dem Ziel, die Grauzone des Nicht-Fragens, des Nicht-Wissens und des Nicht-Einbeziehens der Angehörigen, die durch eine unnötig hohe Hürde der Schweigepflicht verstärkt wird, zu überwinden. Dies stellt im Übrigen nichts anderes dar als die Anwendung des dialogischen Prinzips, nämlich alle drei beteiligten Akteure möglichst auf eine gemeinsame Augenhöhe zu bringen.

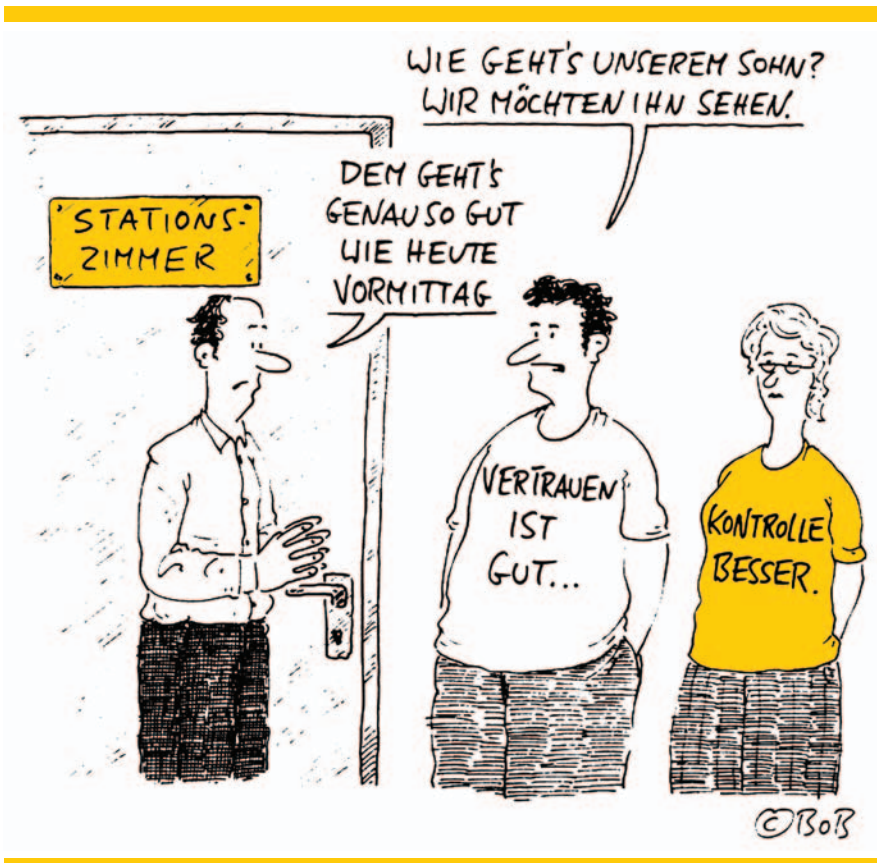
Am Rande sei darauf hingewiesen, dass die ärztliche Schweigepflichtentbindung in bestimmten Fällen dem Patienten „institutionell“ genommen bzw. ihm abverlangt wird. Ein Weg, den wir als Angehörige eben nicht einschlagen. Wenn der Patient z. B. eine Heimaufnahme beantragt, muss er de facto damit einverstanden sein. Oder wenn der Wirkungskreis Gesundheitsfürsorge bei einer rechtlichen Betreuung vorliegt. Hier wird der Arzt gegenüber dem Betreuer automatisch entbunden bzw. der Betreuer ist befugt, den Arzt von seiner Schweigepflicht zu entbinden. Nicht der Betroffene entscheidet. Auch bei Verträgen mit privaten Lebens- und Krankenversicherungen kann eine Entbindung von der Schweigepflicht im Einzelfall gefordert werden. Andere Gründe können die mutmaßliche Entbindung von der Schweigepflicht bei bewusstlosen Unfallopfern sein, beim Infektionsschutzgesetz, wenn bei akuter Selbst- oder Fremdgefährdung ein rechtfertigender Notstand vorliegt oder wenn z. B. der begründete Verdacht eines sexuellen Missbrauchs an einem Kind besteht. Siehe hierzu die ausführlichen und gründlichen Beiträge von Grampp (2015, 170 f.), insbesondere den Abschnitt „Die Offenbarungsbefugnis des Patienten und sein Recht über seine Daten“ sowie Fegert (2015, 14 f.).

Was wir als Angehörige fordern, ist genau das Gegenteil: Wir wünschen uns keine Entscheidung über den Kopf des Betroffenen hinweg – die findet ja längst hunderttausendfach durch die fehlende Abfrage beim Patienten statt. Wir fordern vielmehr Unterstützung für die bewusste Herbeiführung einer Entscheidungsoption durch den Patienten oder die Patientin für oder gegen eine Schweigepflichtentbindung gegenüber seinen Angehörigen oder engen Vertrauenspersonen. Dies ist eine Annäherung an ein dialogisches Verfahren, weil jetzt alle drei Akteure tatsächlich involviert sind. Das

zuvor beim Patienten. Und es bleibt die Frage, ob nicht auch in einem Dreiergespräch ein mündlich erfragtes und erteiltes Einverständnis des Patienten ausreicht, wenn er den Ablauf versteht, an dem er gerade teilnimmt.

3.3 Bereits 50 Kliniken haben Kooperationsverträge abgeschlossen

Seit etwa 2010 haben die Aktionsgemeinschaft der Angehörigen aus München, aber auch der Landesverband der Angehörigen aus Hamburg Initiativen entwickelt, die die Einbeziehung der Angehörigen nicht dem Zufall und der Empathie des behandelnden Arztes oder Chefarztes überlassen. So gelang es z. B. dem Landesverband der Angehörigen in Hamburg, mit drei Hamburger Kliniken eine gemeinsame Willenserklärung zur Kooperation abzuschließen. Inzwischen liegen bei 50 psychiatrischen Kliniken bzw. Trägerverbänden solche Vereinbarungen mit regionalen Angehörigenvereinigungen vor. Vor allem der Bayrische Landesverband der Angehörigen hat neben dem Hamburger Verein erheblich zu dieser positiven Entwicklung beigetragen.



Der Bundesverband der Angehörigen psychisch erkrankter Menschen e.V. setzt sich dafür ein, dass bei der klinischen und ambulanten psychiatrischen Behandlung die Erfahrungen und Sichtweisen von Eltern, Ehe- oder Lebenspartnern sowie anderer enger Angehöriger und Vertrauenspersonen systematisch einbezogen werden. Regelmäßig sind bei einer Aufnahme folgende Fragen zu stellen: „Was ist mit den Angehörigen?“, „Wie beziehen wir sie schnellstmöglich ein?“, „Wie können wir eine auf der Zustimmung des Patienten/der Patientin beruhende Zusammenarbeit aller Beteiligten sicherzustellen?“ Eltern, Ehepartner, Geschwister, erwachsene Kinder, weitere Verwandte, Lebenspartner von Patienten – also die in einer Vollmacht, Betreuungsverfügung oder Patientenverfügung benannten Vertrauenspersonen – sind aufgrund der gemeinsamen Lebens- und Verantwortungsgemeinschaft in der Regel bereit und einstandswillig, Hilfebedarfe zu decken, die über die Hilfs- und Therapieangebote der Klinik hinausgehen. Ziel dieser gemeinsamen Vereinbarung ist daher die Definition und die prozedurale, konkrete Gestaltung der Beziehung zwischen der Klinik und den Angehörigen der Patienten. Als Ergebnis sollte somit eine dem Patienten zugute kommende Zusammenarbeit aller Beteiligten gewährleistet werden. Dieser Vereinbarung liegt die Erfahrung zugrunde, dass gut informierte und regelmäßig eingebundene Angehörige oder andere sich um den Patienten kümmernde Personen hilfreiche Partner der Patienten und der professionell Behandelnden sein können.

Konkret bedeutet dies: Wer heute leitliniengerecht behandeln will, muss längst im Sinne der Standards Angehörige einbeziehen und zur Selbsthilfe ermuntern. Es wird Zeit, dies auch als gegenseitige Willenserklärung mit einem klaren Prozedere zum situativ passenden Umgang mit der ärztlichen Schweigepflicht als Arbeitsroutine festzuschreiben. Dass für diese Tätigkeit auch entsprechende transparente Abrechnungsprozeduren des OPS vorliegen müssen, ist selbstverständlich.

Eine Liste mit den Kliniken, welche mit dem BAPK die Kooperationsvereinbarung unterzeichnet haben, ist unter folgender Webadresse abrufbar: www.bapk.de/projekte/aktuelle-projekte/qualitaetsmanagement-vereinbarung-von-leitlinien.html

3.4 Literatur

Anonym (2015): www.forum-der-psychiatrie.de, Abruf 23.05.2017

Bäumel, J./Pitschel-Walz, G. (2008): Psychoedukation bei schizophrener Erkrankung. 2. erw. u. aktualisierte Aufl., Stuttgart

Berg-Peer, J. (2015): Einbeziehung von Angehörigen in die Therapie – ein frommer Wunsch? In: Aktion Psychisch Kranke, Peter Weiß, Andreas Heinz (Hg.). Qualität therapeutischer Beziehung, S. 253–258. Bonn

DGPPN (2006) S3-Behandlungsleitlinie Schizophrenie. Siehe hier 5.4 Familieninterventionen und Zusammenarbeit mit Angehörigen. Einbezug von Angehörigen (75) Good

Dietz, A./Pörksen, N./Voelzke, W. (1998): Behandlungsvereinbarungen. Vertrauensbildende Maßnahmen in der Akutpsychiatrie. Bonn

Eassom, E./Giacco, D./Dirik, A./Priebe, S. (2014): Implementing family involvement in the treatment of patients with psychosis: a systematic review of facilitating and hindering factors. *BMJ Open*. 2014 Oct 3

Fähndrich, E./Kempf, M./Kieser, C./Schütze, S. (2001): Die Angehörigenvisite (AV) als Teil des Routineangebotes einer Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie am Allgemeinkrankenhaus. *Psychiatrische Praxis* 2001; 28(3): S. 115–117

Fegert, J. M. (2015): Aspekte guter Qualität. In: *Aktion Psychisch Kranke*, Peter Weiß, Andreas Heinz (Hg.). *Qualität therapeutischer Beziehungen*, S. 14–30. Bonn

Grampp, P. (2015): Seelische Erkrankungen im Fokus der informationellen Selbstbestimmung zwischen Leistungsanbietern/-trägern. *Aktion Psychisch Kranke*, Peter Weiß, Andreas Heinz (Hg.). *Qualität therapeutischer Beziehungen*, S. 164–175. Bonn

NAP (2011): Netzwerk Angehörigenarbeit Psychiatrie: Qualitätsstandard Angehörigenarbeit Psychiatrie. Eine Empfehlung. Abruf unter: www.angehoerige.ch/fileadmin/angehoerige/pdf/allgemeines/NAP_QS_2012.pdf



Peukert, R. (2005): Die Angehörigenselbsthilfe in der Psychiatrie. Das immer wieder neue Selbstverständnis der Angehörigenselbsthilfe in Deutschland. *Kerbe 3*, S. 4–9

Seifert, J. (2004): Das Angehörigenbuch. Psychische Krankheit im Spiegel einer Angehörigengruppe. Mit Beiträgen von Michael Franz, Christine Kern und Uwe Kropp. Fernwald

Spießl, H./Schmid, R./Vukovich, A./Cording, C. (2004): Erwartungen und Zufriedenheit von Angehörigen psychiatrischer Patienten in stationärer Behandlung. *Der Nervenarzt*, Vol. 75, Nr. 5, S. 475–482

Straub, E. (2003): „Un-gehörige“ oder Co-Therapeuten. In: Binder, W./Bender, W. (Hg.) *Die dritte Dimension in der Psychiatrie. Angehörige, Betroffene und professionelle auf einem gemeinsamen Weg*, S. 51–68. Köln

Zechert, C. (2017): Verlässliche Unterstützung in Krisensituationen – die Sicht der Angehörigen. In: *Aktion Psychisch Kranke*. Peter Weiß, Andreas Heinz (Hg.) *Verantwortung übernehmen. Verlässliche Hilfen bei psychischen Erkrankungen*, S. 148–161. Bonn

4 Was Angehörige, Psychiatrieerfahrene und Kliniken wollen

Ausgewählte Ergebnisse der BApK-Befragung 2017

Caroline Trautmann und Christian Zechert

Ziel der Erhebung im Herbst 2017 war die mehrperspektivische Wahrnehmung und Bewertung zur Frage der Einbeziehung der Angehörigen psychisch erkrankter Menschen in die klinische psychiatrische Behandlung. Angehörige, Psychiatrieerfahrene sowie psychiatrische Kliniken wurden gefragt: Wie haben Sie als Angehörige Ihre Einbeziehung in die Behandlung des Ihnen nahestehenden Familienmitgliedes erlebt? Welche Rolle spielt die ärztliche Schweigepflicht bzw. ihre Entbindung aus Sicht der Patienten? Wie häufig erhalten Psychiatrieerfahrene in der Klinik Besuch und wollen sie überhaupt die Einbeziehung ihrer nahen Angehörigen? Was halten Psychiatrieerfahrene und Kliniken davon, die Einbeziehung der Angehörigen als Teil der klinischen Qualitätssicherung zu etablieren? Insgesamt erreichte die Erhebung ein N von 233 über alle drei Gruppen.

Einige Ergebnisse:

Sind Angehörige (n=65) in die Behandlung einbezogen worden?

Bei 28,3 % der Angehörigen kam es aus verschiedenen Gründen zu keinerlei Einbeziehung. 5 % der Patienten bekundeten nach Aussagen ihrer Angehörigen, dass sie nicht einbezogen werden sollten. Demgegenüber gaben 56,7 % der Angehörigen ihre Einbeziehung bei der Aufnahme oder Entlassung bzw. während der Behandlung an. Insgesamt wurden 16,7 % mehrfach einbezogen. 1,7 % der Angehörigen nutzte die Angehörigensprechstunde und bei 13,3 % der Angehörigen kam es in den letzten 36 Monaten zu keiner Aufnahme eines erkrankten Familienmitgliedes. Die „Angehörigenvisite“ wird mit nur 3,3 % benannt. Dies ist überraschend niedrig, obwohl sie innerhalb der klinischen Arbeit durchaus populär ist, aber in der klinischen Praxis aus Angehörigensicht wohl eher vernachlässigt wird.

Haben Angehörige Informationsmaterial (n=65) erhalten?

69 % der Angehörigen haben keinerlei Angaben zum Erhalt von Informationsmaterial gemacht. Dieser Wert zeigt: Angehörige sind allein durch ausliegendes Informationsmaterial, welches möglicherweise neben anderen Flyern „irgendwo“ in der Klinik ausliegt, schlecht zu erreichen. Erst wenn dieses Material persönlich im Zusammenhang mit einem Gespräch überreicht wird, kann es von Angehörigen auch tatsächlich wahrgenommen werden. Erfreulich: Wenn Angehörige etwas erhalten haben, dann zu 40 % einen Kaffee, Tee oder Wasser auf der Station. Diese freundliche Geste ist den Angehörigen offensichtlich positiv in Erinnerung geblieben.

Stimmen Angehörige (n=65) den folgenden Maßnahmen zu?

93% der Angehörigen befürworten, dass Broschüren für Angehörige in der Klinik ausliegen sollen. 82,5% der Befragten wünschen sich, dass die Klinik sich (aktiv) um die Schweigepflichtentbindung kümmern sollte. Bei 75,4% der zu befragenden Angehörigen konnte zusätzlich die Forderung eines Kapitels zum inhaltlichen Thema „Angehörige“ im Jahresbericht der Klinik festgehalten werden. Das Thema Schweigepflichtentbindung befürworteten 64,9% der Befragten, zudem sehen über 52,6% eine vergleichende Zufriedenheitsbefragung „Angehörige“ alle zwei Jahre für notwendig. Die Zustimmungen für alle fünf Vorschläge liegen stets über 50%

WIR ELTERN FÜHLEN UNS
HIER ALLEINGELASSEN
MIT ALL UNSEREN FRAGEN,
SÖRGEN UND NÖTEN,
HERR PROFESSOR...

AN DER PFORTE ERHALTEN
SIE DIE TELEFONNUMMERN
DER SELBSTHILFEGRUPPEN.



und belegen, dass diese Maßnahmen für Angehörige mehrheitlich als sinnvoll angesehen werden. Den zweithöchsten Wert (82,5%) erreichte die Forderung, Kliniken sollten sich (aktiv) um die Schweigepflichtentbindung durch den Patienten kümmern. Dies ist eine eindeutige Aussage.

Haben Sie als Patient (n=106) Besuch während der stationären Behandlung erhalten?

82,3% der befragten Psychiatrieerfahrenen dokumentierten, dass sie bei ihrer letzten klinischen Behandlung durch Angehörige und /oder ihnen sonstig nahestehende Personen wie Freundin / Freund Besuch erhalten haben. 6,8% sagten, dass sie keinen

Besuch wollten. 2% gaben als Grund an, dass die Angehörigen dies nicht wollten, 8,8% nannten andere Gründe wie: „Wohnen zu weit weg“, „Ich will sie nicht belasten“, „Bin sozial isoliert“, „Die Kinder werden von mir ferngehalten“, „Ich wollte keinen Täterbesuch“. 279 Besucher und Besucherinnen wurden benannt, das sind 1,9 Besucher je befragter Patient. Diese 279 Besucher verteilen sich auf 22,9% Freund/in, 22,2% Mütter sowie 11,5% Väter. Sonstige Angehörige wie Ehe- oder Lebenspartner waren mit 17,6% beteiligt. Zwischen 3,2% und 8,2% der Besucher waren Töchter, Söhne, Schwestern, Brüder. Die Annahme, psychiatrische Patienten hätten während einer klinischen Behandlung keinen oder wenig Kontakt zu ihren Angehörigen oder zu Freunden, wird mit diesem Ergebnis nicht bestätigt.

Wurden Angehörige/Vertrauenspersonen aus Sicht der Psychiatrieerfahrenen (n=106) in die Behandlung einbezogen?

Über 45,3% der Psychiatrieerfahrenen beantworteten diese Frage positiv, 22,6% verneinten diese Frage. Gründe waren unter anderem: „Weil ich es nicht wollte.“ 6,6% haben keine (erreichbaren) Angehörigen (mehr), 24,5% nannten sonstige Gründe, z. B. wenn es zu keiner Einbeziehung kam, und 0,9% gaben an, trotz Einladung keinen Besuch erhalten zu haben. Knapp die Hälfte (45,3%) der Patienten bestätigte immerhin, dass es zu einer Einbeziehung der Angehörigen während der Behandlung durch die Klinik kam. 22,6% der Befragten lehnten eine Einbeziehung ihrer Angehörigen ab. Mögliche familiäre Spannungen im Vorfeld der klinischen Aufnahme, der Wunsch, einmal Ruhe auch vor seinen eigenen Angehörigen zu haben, oder Gewalterfahrungen durch Angehörige, dürften als Gründe angenommen werden.



Wurde durch Patientin/Patient (n=106) schon einmal eine ärztliche Schweigepflichtentbindung erteilt?

20,8% der Patienten gaben an, schon einmal eine Schweigepflichtentbindung unterschrieben zu haben. Eine Schweigepflichtentbindung sei Teil der Behandlungsvereinbarung/Patientenverfügung gewesen, erklärten 17% der Patienten. Weitere 16% der Psychiatrieerfahrenen wurden mündlich gefragt und stimmten dieser zu, 3,8% der Patienten lehnten eine Schweigepflichtentbindung ab, 18,9% der Befragten gaben an, nicht gefragt worden zu sein. 22,6% wussten nicht mehr, ob sie gefragt worden waren. Bei 0,9% der Befragten fehlte die Angabe. Dichotomisiert man die obigen Zahlen der positiv Zustimmenden (20,8% + 17% + 16%) mit den verbleibenden Nennungen, dann haben 53,8% der hier Befragten einer Schweigepflichtentbindung schriftlich oder mündlich bzw. mit der Behandlungsvereinbarung zugestimmt. Die verbleibenden 46,2% sind entweder nicht gefragt worden, wissen es nicht mehr oder haben, als sie gefragt wurden, abgelehnt (3,8%).

Zustimmung Psychiatrieerfahrener (n=106) zu Maßnahmen für Angehörige in der Klinik

Über 77,7% der Psychiatrieerfahrenen befürworteten, dass Broschüren für Angehörige in der Klinik ausliegen sollten. 66% der befragten Betroffenen bejahten ein Kapitel, das sich mit den Angehörigen in den Qualitätssicherungsberichten beschäftigen sollte. 55,3% sagten, die Klinik sollte sich stets darum bemühen, eine Schweigepflichtentbindung von dem Patienten zu erhalten, damit Angehörige in die Behandlung einbezogen werden können. 53,4% halten eine Schweigepflichtentbindung bei ihnen für sinnvoll. 49,5% begrüßten eine vergleichende Zufriedenheitsbefragung Angehöriger alle zwei Jahre und 12,6% sagten, die Schweigepflichtentbindung durch mich gegenüber meinen Angehörigen ist nicht sinnvoll. Hier zeigt sich als zentrales Ergebnis, über die Hälfte (55,3% bzw. 53,4%) befürworten die Schweigepflichtentbindung gegenüber ihren Angehörigen.

Zustimmung von Kliniken (n=28) zu folgenden Vorschlägen für die Angehörigenarbeit

71,4% der befragten Kliniken sagten, in den jährlichen Qualitätssicherungsberichten der Kliniken sollte sich ein Kapitel mit der Kooperation und den Angeboten für Angehörige beschäftigen. 46,4% stimmten zu bzw. 53,6% stimmten nicht zu, dass eine zwischen Kliniken vergleichbare Zufriedenheitsbefragung unter Angehörigen alle drei Jahre durchgeführt werden soll. 60,7% wollten sich stets um die Schweigepflichtentbindung durch den Patienten bemühen, damit Angehörige aktiv in den Behandlungsprozess einbezogen werden könnten, wenn dies therapeutisch sinnvoll wäre. Und schließlich waren 71,4% der Befragten der Meinung, um die Einbeziehung der Angehörigen besser zu verankern, bedürfe es in dem OPS mehr/präzisere Abrechnungsziffern für die Angehörigenarbeit.

Eine These der Befragung lautete, der Grund für die geringe Nutzung der von den Kliniken vorgehaltenen Angebote durch Angehörige läge in den Einstellungen und Verhaltensweisen der Angehörigen selbst. Vorgegeben wurden 10 mögliche Ursachen, von denen drei gewählt werden konnten. Insgesamt wurden 70 Nennungen von 28 Kliniken abgegeben.

Gründe geringer Nutzung der klinischen Angebote für Angehörige

- 53,8% Auch Angehörige hätten Vorbehalte, die Psychiatrie ist ihnen fremd.
- 53,8% Patienten wünschten es nicht; sie möchten in Ruhe gelassen werden.
- 53,8% Unsere Ansprache an die Angehörigen sei nicht intensiv genug.
- 42,3% Dauerhaft/schwer Erkrankte überhäufig aus „nicht intakten“ Familien.
- 15,4% Gegenseitige Gewalt spiele eine Rolle.
- 15,4% Bei chronisch Erkrankten verliere sich der familiäre Bezug.
- 11,5% Weil Angehörige entlastet werden und selber Ruhe haben wollen.
- 11,5% Sorge, sich künftig (noch) mehr um den Erkrankten kümmern zu müssen.
- 7,7% Keine Abrechnungsziffer „Angehörige“, daher weniger Engagement für sie.
- 3,8% Trifft alles nicht wirklich zu, andere Gründe.

Die Befragten wurden zudem gebeten, den wichtigsten der drei gewählten Gründe anzugeben. Genannt wurde auf Platz eins: „Patienten werden es nicht wünschen.“ Dicht dahinter, auf Platz zwei, folgte: „Die Ansprache vonseiten der Klinik gegenüber den Angehörigen ist nicht intensiv genug.“

Das gelungene Muster einer Kooperationsvereinbarung

Ein Danke nach Lohr und Aschaffenburg!



**Bezirk
Unterfranken**
Krankenhaus für Psychiatrie,
Psychotherapie und
Psychosomatische Medizin
Lohr a. Main



Kooperationsvertrag

zwischen dem

Bezirkskrankenhaus Lohr

und dem

Verein für Angehörigenselbsthilfe Aschaffenburg und Umgebung

Präambel

Angehörige (Eltern, Geschwister, Ehepartner, weitere Verwandte) und/oder Lebenspartner von Patienten sind aufgrund der gemeinsamen Lebens- und Verantwortungsgemeinschaft in der Regel bereit und einstandswillig Hilfebedarfe zu decken, die über die Hilfs- und Therapieangebote der Klinik hinausgehen. Ziele dieser gemeinsamen Vereinbarung sind daher die inhaltliche Definition und die prozedurale, konkrete Gestaltung der Beziehung zwischen dem Bezirkskrankenhaus Lohr und den Angehörigen der Patienten, die dort behandelt werden. Das Ziel ist eine dem Patienten zugute kommende Zusammenarbeit aller Beteiligten. Dieser Vereinbarung liegt die Erfahrung zugrunde, dass gut informierte und regelhaft eingebundene Angehörige oder andere sich um den Patienten kümmernde Personen hilfreiche Partner der Patienten und der professionell Behandelnden sein können.

Leitlinien

1. Die fördernde Einbindung von Angehörigen in die therapeutischen Prozesse ist Bestandteil des Qualitätsstandards des Bezirkskrankenhaus Lohr. Sie soll ständig verbessert werden.
2. Diese Einbindung der Angehörigen ist verbindlicher Bestandteil der Stationskonzepte.
3. Die Entbindung von der Schweigepflicht gegenüber konkret genannten Angehörigen oder anderen benannten Vertrauenspersonen sollte so früh wie möglich mit dem Patienten geklärt werden.
4. Lehnt ein Patient die Schweigepflichtentbindung ab, so wird dies dem Angehörigen auf Anfrage mitgeteilt und später zusammen mit dem Patienten nochmals – gegebenenfalls auch mehrfach – thematisiert.
5. Die Schweigepflichtentbindung kann auch Teilaspekte umfassen. Diese können im Einzelnen Informationen über Aufnahme, Verlegung bzw. Entlassung, über die Erkrankung und den Zustand des Patienten und auch ein gemeinsamer Austausch über Behandlungs- und Zielplanung sein.

6. Zu Beginn der Behandlung werden die Angehörigen darüber informiert, welcher Arzt/Psychologe im Normalfall Ansprechpartner ist. Zeitnah zur Aufnahme und Entlassung findet ein Gespräch mit dem Patienten und den benannten Angehörigen statt.
7. Im gemeinsamen Gespräch werden geklärt:
 - geplante bzw. getroffene Maßnahmen
 - ggf. Regelungen bezüglich gesetzlicher Betreuungspersonen
 - Entlassungs- und Verlegungsmodalitäten
 - initiierte Anbindung an ambulant-komplementäre Strukturen
 - nachstationäre Wohn- und Arbeitssituation
8. Lebt der Patient in einer häuslichen Gemeinschaft mit Angehörigen, werden diese in die Entlassungsvorbereitung eingebunden.
9. Fremdanamnestische Angaben durch Angehörige werden in der Krankengeschichte und im Arztbrief gesondert gekennzeichnet. Es soll darauf geachtet werden, dass diese Angaben nur im Interesse der Angehörigen und des Patienten verwendet werden.
10. Die Klinik hält regelmäßige Informationsangebote für Angehörige vor.
11. Die Klinik gibt dem Angehörigenverein Gelegenheit, in den Räumen der Klinik über seine Angebote zu informieren.
12. Von dieser Vereinbarung werden die Mitarbeiter der Klinik und der Verein der Angehörigen in Kenntnis gesetzt.

Als Ansprechpartner stehen Frau Eva Mende, als Vertretung der Angehörigen Selbsthilfe, und Frau Claudia Hahne-Ebert, von Seiten des Bezirkskrankenhauses Lohr, zur Verfügung.

Lohr am Main, 22.02.2017



Eva Mende

1. Vorsitzende des Vereins
der Angehörigen Selbsthilfe in
Aschaffenburg und Umgebung
Region I und II



Prof. Dr. Dominikus Bönsch

Ärztlicher Direktor
Bezirkskrankenhauses Lohr am Main

5 Es gibt viele Möglichkeiten, Angehörige einzubeziehen

Eine Checkliste

In dieser Übersicht wurden einige Angebote zusammengetragen, die sich an Angehörige wenden. Wir sind sicher, die Zusammenstellung ist keineswegs vollständig. Wir können jedoch zeigen, es gibt mehr, als man spontan denkt.

Jeder Angehörige, jeder Chefarzt, jede Pflegedienstleitung, jeder Mitarbeiter und jeder Träger gemeindepsychiatrischer Hilfen kann hier prüfen, ob diese Angebote auch etwas für sich selbst und/oder auch für das eigene Haus wären. Und ob man bereit ist, sich für sie einzusetzen. Die wichtigere Frage aber lautet: Werden diese Hilfen im Alltag tatsächlich umgesetzt?

Wird in meiner Region vom Krankenhaus oder anderen Anbietern vorgehalten und umgesetzt:	Ja	Nein
Einladung zum ärztlichen / pflegerischen Gespräch	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Persönliche Einladung zur Angehörigenvisite	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Informationen für Angehörige auf der Homepage	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Einbeziehung der Angehörigenerfahrung als fremdanamnetischer Befund für die Krankengeschichte	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Bestehende Kooperationsvereinbarung mit dem örtlichen Angehörigenverein	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Psychoedukative Angehörigengruppe der Klinik	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Angeleitete Selbsthilfegruppe der Klinik für Angehörige	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Info-Flyer der Klinik speziell für Angehörige	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hinweis auf die nächstgelegene externe Selbsthilfegruppe wird mündlich gegeben.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Jährliches Kontaktgespräch Klinik und örtlicher Angehörigenverein	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Die Stationskonzepte beinhalten Regeln zum angemessenen Umgang mit Angehörigen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Jährliche Einladungen zum Gesprächsaustausch zwischen Klinikleitung und örtlichem Angehörigenverein zur Förderung des gegenseitigen Vertrauens und Informationsaustausches	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Die Homepage der Klinik führt Informationen für Angehörige auf.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Die Beratung von Angehörigen für Angehörige, Peer to Peer, wird unterstützt.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Psychoedukative Gruppen für Angehörige werden zur Verbesserung des Therapieerfolges angeboten.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Offene Sprechstunden für unangemeldete Angehörige werden vorgehalten.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Die Tagesklinik stellt bei Bedarf ein familientherapeutisches Angebot sicher.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Regionale Wegweiser mit speziellen Hinweisen für Angehörige liegen an verschiedenen Stellen aus.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Räumlichkeiten der Klinik und anderer Anbieter werden regelmäßig für Treffen von Angehörigen zur Verfügung gestellt.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Auf die Angebote von „Familienclubs für Angehörige“ (siehe www.familienclubs.de) wird hingewiesen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
In den jährlichen Qualitätssicherungsberichten der Kliniken und anderer Anbieter beschäftigt sich ein Kapitel mit der Situation der Angehörigen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Beteiligung Angehöriger sowie Psychiatrieerfahrener in Fachbeiräten, bei Anhörungen, Besuchskommissionen etc.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Die psychiatrische Klinik bemüht sich um die Schweigepflichtentbindung durch den Patienten, damit Angehörige aktiv in den Behandlungsprozess einbezogen werden können, wenn dies insbesondere aus Sicht des Patienten therapeutisch sinnvoll ist.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
In der Region sind Psychotherapeuten bekannt, die Angehörige in die Psychotherapie einbeziehen, wenn der Klient dies wünscht.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Weitere Vorschläge	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Weitere Vorschläge	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Die Liste sollte um weitere besondere Angebote für Angehörige erweitert werden.

Was man aber vergeblich sucht: einen überregional gültigen und von den psychiatrischen Fachgesellschaften verabschiedeten, bundesweit gleich geltenden Standard oder eine Leitlinie zur klinischen und ambulanten Angehörigenarbeit.

6 „Ein lösungsorientiertes Kommunizieren aller Beteiligten ermöglichen“

Ein Interview mit dem systemischen Therapeuten und Pflegefachmann Thomas Lampert (Schweiz). Seine Botschaft: Die Einbeziehung von Angehörigen in den Therapieprozess findet oft nur indirekt statt. Dabei ist es sehr ratsam, den Kontakt zur Familie des Klienten schon früh herzustellen, um dyadische Lösungswege zu festigen.

Herr Lampert, das therapeutische Setting zielt zunächst auf das Einzelgespräch ab, auch von seiner historischen Entwicklung. Wann ist der Blick in den weiteren sozialen Kontext des Klienten denn wichtig?

- *Eigentlich kann damit gar nicht früh genug begonnen werden. Die Settingerweiterung bietet die Möglichkeit, das ganze soziale System aus verschiedenen Blickwinkeln zu betrachten. Je früher all diese Informationen zusammenkommen, desto komplexer wird das Bild auch für den Therapeuten. So wird es möglich, Lösungswege zu finden, die alle Beteiligten zufriedenstellen können. Einzels psychotherapie ohne Einbeziehung der wichtigen Bezugspersonen kann zu Entwicklungsasymmetrien, zu Krisen durch Informationsdefizite mit Einengung des Coping-Repertoires bis hin zu Beziehungsverlusten führen.*

Das heißt, Sie plädieren dafür, die Angehörigen viel öfter in Therapiestunden einzuladen? Das verändert natürlich die therapeutische Konstellation sofort.

- *Ja. Ein systemischer Blick bedeutet zunächst einmal nur eine Haltung. Das heißt, man kann auf das gesamte soziale System schauen, und zwar auch ohne eine weitere Person real hinzuzuziehen. Eine reale Settingerweiterung mit mehreren anwesenden Personen verunsichert uns Therapeuten oft erst einmal. Wir sind unsicher, ob uns das Umfeld des Klienten wohlgesonnen ist. Das führt manchmal dazu, diesen Schritt der aktiven Einbeziehung seltener zu gehen. Aber er lohnt sich fast immer.*

Es gibt also eine Angst des Therapeuten vor dem Angehörigen?

- *Ich möchte es lieber „Respekt“ nennen, das kenne ich auch selbst. Wenn es mir allerdings gelingt, den Respekt in Neugierde zu überführen, für die sich möglicherweise eröffnenden Ressourcen, dann bekommt es eine andere Qualität. Wir müssen nicht automatisch von Konflikten ausgehen. Trotzdem kenne ich diese Ängste vor der Begegnung mit Angehörigen. Mit dem Klienten fühlt man sich sicher, aber wenn die Angehörigen plötzlich hinzukommen, wissen wir nie wirklich, wie sie den bisherigen Therapieprozess und den eingeschlagenen Weg beurteilen. Besonders junge Therapeutinnen und Therapeuten spüren diese Unsicherheit ausgeprägter.*

Trotzdem rate ich unbedingt dazu, Angehörige stärker mit einzubeziehen. Je mehr ich mit Angehörigen zusammenarbeite, desto besser kann ich auf Vorwürfe oder eine grundsätzlich kritische Haltung der Therapie gegenüber reagieren. Hinzu kommt, dass

die Einbeziehung eine gewisse Kundenzufriedenheit verbessert, denn an einer guten Lösung ist meist die ganze Familie interessiert. Dem einzelnen Klienten – dem eigentliche Auftraggeber – ist an einem Lösungsweg gelegen, der auch anschlussfähig ist an die Interessen der anderen Familienmitglieder. Das heißt, ich als Therapeut steigere mit der aktiven Einbeziehung der Angehörigen auch die Zufriedenheit mit dem Lösungsweg. Das muss unser Ziel sein.

Nun prallen dennoch oft unterschiedliche Problembeschreibungen aufeinander. So mancher Angehörige möchte ja am liebsten hören, dass er selbst keinerlei Verantwortung trägt und dass eben der andere der „Kranke“ ist.

- *Je länger wir damit warten, Angehörige einzubeziehen, desto stärker verfestigen wir schon unsererseits die Bewertung, dass der Klient allein das Problem habe. Gerade aber bei der Einbeziehung der Angehörigen ist es wichtig, bisherige Verhaltensweisen, auch wenn sie dysfunktional waren, als Lösungsversuche zu begreifen und zu würdigen. Damit ist man dann schon weg vom Blick auf die Defizite und Unzulänglichkeiten des Indexpatienten oder Symptomträgers, wie es in der systemischen Betrachtung ja heißt. Diese Haltung leuchtet meist allen Familienmitgliedern ein. Die Anspannung sinkt, bei allen.*

Je frühzeitiger wir also diese Betrachtungsweise einfließen lassen ins gesamte System, desto besser kann schon die Problembeschreibung relativiert werden. In der Folge geht es dann darum, neue und wirkungsvollere Lösungswege zu suchen.

Trotzdem prallen doch oft die Meinungen erst einmal heftig aufeinander.

- *Ja, das stimmt natürlich. Hier hilft das Konzept der Allparteilichkeit. Das plädiert dafür, sich jederzeit mit jedem kurzzeitig verbünden zu können, um so Partei ergreifen zu können für das individuelle Leid, das sich im Kontext einer psychischen Erkrankung oder Störung zeigt. Auch die Familienmitglieder leiden ja mit. Wir müssen also bei jedem Einzelnen erst einmal würdigen, validieren.*

Wenn etwas nicht gut läuft, neigen wir Menschen immer schnell dazu, einen Schuldigen dafür zu suchen. Die Schuldfrage treibt auch so manche Familie um, in der eine psychische Erkrankung aufgetreten ist.

- *Die Bewältigungsstrategien können natürlich ganz unterschiedlich sein. Die Frage ist dann, welche Strategie sich familiär durchsetzt. Oft gibt es Koalitionen gegen den Patienten, oder die mächtigste Person gibt den Ton an. Dabei kann auch die Schuldzuweisung zur stärksten Strategie werden. Macht man aber deutlich, dass die einzelnen Familienmitglieder unterschiedliche Bewertungs- und Bewältigungsstrategien haben, kann man damit schon eine nötige Differenzierung einführen. Soziale Systeme sind ja nie nur homogen.*

Allerdings muss ich unbedingt hinzufügen: Das familiäre Machtgefüge gilt es zu respektieren – außer bei massiven Übergriffen –, sonst geht der Schuss nach hinten los.

Und wie gehen Sie mit Eskalationen in der Sitzung um?

- *Die treten eher als Ausnahmefälle auf. Wenn es gelingt, den kleinsten gemeinsamen Nenner zu finden, dann ist schon viel gewonnen. Es muss darum gehen, zu vermitteln, dass jedes Familienmitglied an einer ganz eigenen Stelle mit einem ganz eigenen Blickwinkel steht. Man muss also gemeinsam danach suchen, wozu alle Ja sagen können. Hat man diesen kleinsten gemeinsamen Nenner gefunden, dann kann man sagen: Gut, von dem gehen wir jetzt mal aus. Und wenn dann Einzelne wieder in ihr altes Fahrwasser geraten, kann man stets auf diesen gemeinsamen Nenner verweisen. Mit einer Rückbindung von Lösungsvorschlägen an den kleinsten gemeinsamen Nenner unter Einbeziehung systemischer Techniken wie Reframing, positive Konnotation sowie Validierung und Würdigung ist ein Eskalieren fast immer verhinderbar. Fast.*

Schaut man sich jüngere Menschen mit psychischen Störungen an, kann man im Hintergrund zuweilen überengagierte Eltern finden, die nun alles für die Gesundheit in die Hand nehmen wollen.

- *Auch hier würde ich erst einmal mit der Validierung beginnen und sagen: „Sie haben aber schon ganz schön hart gearbeitet.“ Manchmal kann man erleben, dass sich solche Menschen sofort im Stuhl zurücklehnen können und plötzlich entspannen. Endlich*



hat jemand mal gewürdigt, was sie alles leisten. Manchmal muss man etwas tun als Therapeut, damit die Luft raus kann, dass alle mal durchschnaufen können. Ich erlebe dann immer wieder, dass ein langes Schweigen eintritt. Ohne eine Würdigung des Engagements wird kein Lösungsversuch gelingen. Und man muss sehen, dass ein Überengagement aus einer gewissen Not entsteht. Man kann die gefühlte Ohnmacht nicht aushalten. Man hält es nicht aus, wie schlecht es dem eigenen Kind geht.

Unsere Aufgabe als Therapeuten sollte sein, dem System ein lösungsorientiertes Kommunizieren aller Beteiligten zu ermöglichen. Das beginnt damit, dass jeder äußern darf, was ihm ganz persönlich wichtig ist. Das gilt insbesondere bei überengagierten Eltern, deren Reaktion an ein reflexartiges Bindungs- oder Fürsorgeverhalten für einen wichtigen Menschen erinnert, der aus ihrer Sicht das Leben nicht meistern kann. Die erkrankten Kinder trauen sich dann oft nicht, eigene Bedürfnisse und Wünsche überhaupt auszusprechen.

Überengagierte Eltern haben oft die Haltung verinnerlicht, dass alle sich nur noch ein bisschen mehr anstrengen müssen, dann wird es schon klappen. Immer mehr vom selben, aber es führt eben nie ans Ziel.

Was tun Sie, wenn der Klient aber gar nicht will, dass andere Familienmitglieder hinzukommen?

- *Wenn es starke Vorbehalte gibt, dann gibt es immer auch gute Gründe dafür, über die natürlich geredet werden muss und die es zu akzeptieren gilt. Es gibt auch die andere Seite, dass nämlich Angehörige gar nicht kommen wollen. In all diesen Fällen braucht es eine gute Vorarbeit. Ein Zusammenkommen wird vielleicht zu einem anderen Zeitpunkt möglich.*

Ist es denn in Therapiesitzungen oft so, dass es ganz entscheidende Durchbrüche gibt erst dadurch, dass Sie Angehörige hinzugezogen haben?

- *Eine systemische Grundregel lautet: Wenn du nicht weiterkommst, dann erweitere das Setting. Nebst weiteren Blickwinkeln kommt dann oft auch erst die nötige Emotionalität herein, z. B. bei stark rationalisierenden Patienten. Fast immer handelt es sich dabei um eine letztlich positive Emotionalität dieser nahen Beziehungen, in denen Grundformen menschlichen Erlebens wie Bindung, Loyalität, Verpflichtung, Rücksicht, Toleranz, Geborgenheit und Aufrichtigkeit den Ausschlag geben. Häufig müssen wir das aber erst freilegen. Das Nutzbarmachen familiärer Ressourcen scheint mir ein gutes Credo für die therapeutische Herangehensweise. Ich jedenfalls mache durchweg sehr positive Erfahrungen damit.*

Das Gespräch führte Uwe Britten.

Thomas Lampert ist Koordinator für Prävention und Angehörigenarbeit in den St. Gallischen Psychiatrie-Diensten Süd. Zusammen mit Edith Scherer hat er im Psychiatrie Verlag das Buch „Basiswissen: Angehörige in der Psychiatrie“ veröffentlicht.

7 Die Abrechenbarkeit der Einbeziehung von Angehörigen durch die psychiatrische Klinik

Immer wieder hören Angehörige aus den psychiatrischen Kliniken und Abteilungen, gerne würde man die Angehörigen stärker in die Gespräche mit dem Patienten einbeziehen, aber neben der Beachtung der ärztlichen Schweigepflicht scheitert es daran, dass es für eine engere Zusammenarbeit mit den Angehörigen keine Codierungen nach dem sog. „Operationen- und Prozedurenschlüssel“ (OPS) gebe. Man könne das therapeutische Familiengespräch leider nicht abrechnen, da es nicht vorgesehen sei, und man habe dafür auch keine Zeit, so sinnvoll dies auch sein möge.

Als einzelne Angehörige nimmt man diese Auskunft erst einmal hin. Wer kennt schon den „OPS“, wer weiß als Laie, was für ein Krankenhaus abrechenbar ist und was nicht, und wer mag dem Stations- oder Oberarzt widersprechen?

Der OPS, mit dem alle diagnostischen, operativen, medikamentösen, nicht-operativen sowie ergänzenden Maßnahmen – also die Leistungen der Behandler – kodiert werden, stellt in der Tat die Grundlage für die Abrechnungen über alle somatischen und psychiatrischen Diagnosen dar. Nur die dort aufgeführten Leistungen sind durch die klinischen Behandler abrechenbar. Prüft man den OPS-Katalog, ist die Abrechnung von bestimmten Leistungen für Angehörige aber in bestimmten Settings durchaus möglich.

The image shows a close-up of a medical form with a yellow highlighter. The form has several sections and checkboxes. On the left, there is a checkbox labeled 'Arbeitsunfall, Arbeitsunfallfolgen, Berufskrankheit'. Below it, there are fields for 'arbeitsunfähig seit', 'voraussichtlich arbeitsunfähig bis einschließlich', and 'festgestellt am'. In the center, there are three rows of empty boxes for data entry. On the right, there is a checkbox labeled 'sonstiger Unfall, Unfallfolgen' and another labeled 'Versorgungsleiden (BVG)'. At the bottom left, there is a 'Diagnose' field with a yellow highlighter and a red handwritten number '8-985' written over it. At the top right, there is a box labeled 'Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes'.

7.1 Erwachsenenpsychiatrie

Qualifizierter Entzug: Unter der Ziffer 8-985 Motivationsbehandlung Abhängigkeitskranker (Qualifizierter Entzug) werden unter anderem Angehörigeninformation und -beratung, die Vernetzung mit externen Selbsthilfegruppen und Informationsveranstaltungen als abrechnungsfähige Leistungen aufgeführt. Nicht aufgeführt wird aber die Einbeziehung der Angehörigen in die engere Therapie dann, wenn z. B. der Verdacht auf eine sogenannte „Ko-Abhängigkeit“ besteht und eine gemeinsame Therapie sinnvoll sein könnte.

Psychische und psychosomatische Störungen und Verhaltensstörungen: Wer in die Ziffern 9-60 (Regelbehandlung), 9-61 (Intensivbehandlung) sowie 9-62 (Komplexbehandlung) bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen schaut, wird ebenfalls fündig: Als angewandte Verfahren der ärztlichen und psychologischen Berufsgruppen gelten unter anderem auch Angehörigengespräche einschließlich „Psychoedukation, Angehörigengruppen, Gespräche mit Betreuern“ sowie Gespräche mit Richtern oder Behördenvertretern.

Die personellen und zeitlichen Aufwendungen eines psychiatrischen Krankenhauses für die psychoedukative Angehörigengruppe sind somit abrechenbar.



7.2 Kinder- und Jugendpsychiatrie

Bei der Behandlung von psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Kindern und Jugendlichen spielen Eltern als Erziehungsberechtigte nicht nur rechtlich, sondern auch therapeutisch eine herausragende Rolle. Psychiatrisch-psychosomatische Behandlungen im besonderen Eltern-Kind-Setting können deshalb abgerechnet werden. Und auch Elterngespräche, Familiengespräche, Familientherapie und Gespräche mit Bezugspersonen sind abrechenbar. Im Code 9-68 wird ausgeführt, dass dieser für die Behandlung von Patienten anzuwenden ist, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben. Bei deutlichen Entwicklungsdefiziten auch für Heranwachsende bis zum vollendeten 21. Lebensjahr.

Die gemeinsame Behandlung von Kind und Eltern und gegebenenfalls Geschwistern ist geboten, wenn die Eltern-Kind-Dynamik einen wesentlichen Faktor zur Entstehung oder Aufrechterhaltung der Störung darstellt und kann sowohl voll- als auch teilstationär Verwendung finden.

Leider gibt es keine Zusammenstellung aller im OPS vorgesehenen Leistungen, in die Angehörige einbezogen werden können. Zwar ist in wenigen Fällen die Abrechnung für die Einbeziehung und die Aufklärung von Angehörigen in eingeschränktem Rahmen geregelt, aber in anderen muss man auf die wohlwollende Auslegung der OPS-Codes durch die Behandler hoffen bzw. diese dazu anhalten, von dem OPS-Code Gebrauch zu machen, wenn dieser die Einbeziehung der Angehörigen als abrechenbar ermöglicht.

7.3 Wer gestaltet den OPS?

Die Entscheidungen über die Codierung und Art der Abrechenbarkeit einer Leistung fällt für die Krankenhäuser das Institut für das Entgeltssystem im Krankenhaus (INek). Hier wird der OPS-Katalog jährlich neu herausgegeben. Dort können die behandelnden Institutionen Vorschläge zur Anpassung von Leistungen einbringen. Für die Kinder- und Jugendpsychiatrie hat dies z. B. die Salus Klinik Uchtspringe für 2017 mit folgender Begründung vorgenommen: „Die Behandlung im Eltern-Kind-Setting beinhaltet als besondere Therapieform unter anderem Paargespräche, Eltern-Gruppentherapie und Multifamilientherapie. Die Einbeziehung von Angehörigen und Bezugspersonen verursacht einen erheblichen Mehraufwand.“

Als einzelne Angehörige kann man eine Einrichtung nur schwer zu einem solchen Vorstoß bewegen. Deshalb sind dafür die Verbände gefragt. Die deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie, Nervenheilkunde und Psychosomatik (DGPPN) könnte für den psychiatrisch-klinischen Bereich alle OPS-Ziffern in einem eigenen Katalog auführen, die Patient und Angehörige während einer Behandlung gemeinsam berühren. Der Dachverband Gemeindepsychiatrie könnte dies zusammen mit den niedergelassenen Fachärzten für Psychiatrie ebenso für den ambulanten Bereich ermöglichen. Dann würde Transparenz entstehen und nicht mehr pauschal behauptet werden, man könne die Zusammenarbeit mit den Angehörigen nicht abrechnen.

Bis dahin bleibt den einzelnen Angehörigen nur die Möglichkeit, auf die bereits vorhandenen Codes zu verweisen. Dass es auch eine transparente und gut informierte Lösung gibt, zeigt sich nachfolgend bei der ambulanten Psychotherapie.

7.4 Einbeziehung durch niedergelassene Ärzte

In der folgenden Übersicht werden zwei Ziffern aus der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) hervorgehoben, die die Abrechenbarkeit der Einbeziehung von Angehörigen ermöglichen. Die GOÄ wurde allerdings hier nicht systematisch geprüft. Bei welchen Ziffern (GOP) dies ansonsten ebenfalls möglich wäre, müsste noch ergänzt werden. Die Einbeziehung ist hier abrechenbar, wenn diese nachweisbar erforderlich ist.

Ziffer GOP 20116 besagt: Einbeziehung ja, wenn die Anamnese und Besprechung eines Krankheitsfalls ohne Zusammenarbeit mit Angehörigen oder anderen Bezugspersonen

(z. B. bei behinderten Kindern, bewusstseinsgestörten Patienten oder Unfallpatienten) schwierig und aufwendig ist.

Ziffer GOP 21216 besagt: Einbeziehung bei Fremdanamnese und/oder Anleitung bzw. Betreuung von Bezugspersonen schwer psychisch erkrankter Patienten, mit dadurch gestörter Kommunikationsfähigkeit. Je zehn Minuten, höchstens fünfmal im Behandlungsfall.

7.5 Wie klappt die Einbeziehung „relevanter Bezugspersonen“ in die ambulante Psychotherapie?

In der folgenden Zusammenstellung finden Sie die Grundlagen, auf denen ein niedergelassener Psychotherapeut oder eine Therapeutin „relevante Bezugspersonen“, wie z. B. enge Angehörige, in einem begrenzten zeitlichen Umfang in die Therapie einbeziehen kann. Festgelegt ist dies in der Psychotherapie-Richtlinie mit Stand vom 16. Februar 2017 des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) über die Durchführung der Psychotherapie, veröffentlicht im Bundesanzeiger (BAnz AT 15.02.2017 B2).

Die Einbeziehung „relevanter Bezugspersonen“ ist damit auch abrechenbar, nicht jedoch als zusätzliche Leistung. Das ist gut so. Denn Angehörige müssen somit nicht (mehr) selber erst Patient werden, damit sie einbezogen werden. Zu beachten ist auch, dass in der Richtlinie stets von „kann“ oder „gegebenenfalls“ gesprochen wird. Ein formaler Rechtsanspruch besteht also nicht. Sollten Sie und der erkrankte Angehörige also den Wunsch haben, auch mal gemeinsam mit dem Therapeuten zu sprechen, können Sie dies ihr oder ihm mitteilen und auf die folgenden Aussagen hinweisen:

§ 9 Einbeziehung des sozialen Umfeldes

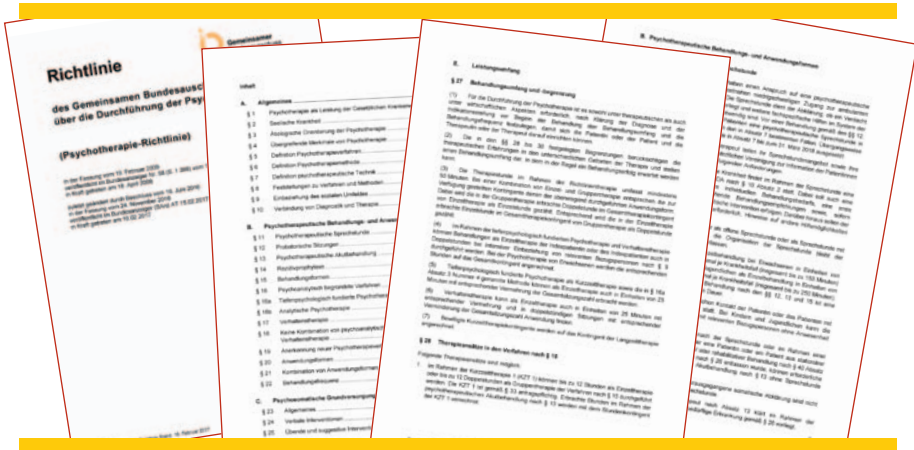
„Im Rahmen einer Psychotherapie kann es notwendig werden, zur Erreichung eines ausreichenden Behandlungserfolges relevante Bezugspersonen aus dem engeren Umfeld (insbesondere Partnerin oder Partner, Familie) der Patientin oder des Patienten in die Behandlung einzubeziehen. Bei der Behandlung von Kindern und Jugendlichen kann es notwendig werden, für die Behandlung der Störung relevante Bezugspersonen auch aus dem sozialen Umfeld einzubeziehen.“

§ 11 Psychotherapeutische Sprechstunde

„(6) Sprechstunden finden im persönlichen Kontakt der Patientin oder des Patienten mit den Therapeutinnen und Therapeuten statt. Bei Kindern und Jugendlichen kann die Sprechstunde bis zu 100 Minuten auch mit relevanten Bezugspersonen ohne Anwesenheit des Kindes oder Jugendlichen stattfinden.“

§ 13 Psychotherapeutische Akutbehandlung

„Die Akutbehandlung ist als Einzeltherapie in Einheiten von mindestens 25 Minuten bis zu 24mal je Krankheitsfall (insgesamt bis zu 600 Minuten) durchzuführen; gegebenenfalls unter Einbeziehung von relevanten Bezugspersonen gemäß § 9.“



§ 14 Rezidivprophylaxe

„(3) Bei einer Behandlungsdauer von 40 oder mehr Stunden können maximal 8 Stunden und bei einer Behandlungsdauer von 60 oder mehr Stunden maximal 16 Stunden für die Rezidivprophylaxe genutzt werden. Bei Kindern und Jugendlichen können im Falle der Hinzuziehung von relevanten Bezugspersonen bei einer Behandlungsdauer von 40 oder mehr Stunden maximal 10 Stunden und bei einer Behandlungsdauer von 60 oder mehr Stunden maximal 20 Stunden für die Rezidivprophylaxe genutzt werden. Sie sind Bestandteil des bewilligten Gesamtkontingents. Die Beantragung einer alleinigen Rezidivprophylaxe ist nicht zulässig.“

§ 20 Anwendungsformen

„3. Einzeltherapie bei Kindern und Jugendlichen: Anwendung der in den §§ 15 und 23 genannten Verfahren unter Berücksichtigung der altersspezifischen Bedingungen, gegebenenfalls unter Einbeziehung von relevanten Bezugspersonen gemäß § 9.“

„4. Gruppentherapie von Kindern und Jugendlichen: Anwendung der in § 15 genannten Verfahren unter Berücksichtigung der altersspezifischen Bedingungen und unter Nutzung gruppenspezifischer Prozesse bei der Behandlung mehrerer Kinder oder mehrerer Jugendlicher, gegebenenfalls unter Einbeziehung von relevanten Bezugspersonen gemäß § 9.“

§ 24 Verbale Interventionen

„(1) Die verbalen Interventionen orientieren sich in der psychosomatischen Grundversorgung an der jeweils aktuellen Krankheitssituation; sie fußen auf einer systematischen, die Introspektion fördernden Gesprächsführung und suchen Einsichten in psychosomatische Zusammenhänge des Krankheitsgeschehens und in die Bedeutung pathogener Beziehungen zu vermitteln. Die Ärztin oder der Arzt berücksichtigt und nutzt dabei die krankheitsspezifischen Interaktionen zwischen der Patientin oder dem

Patienten und der Therapeutin oder dem Therapeuten, in denen die seelische Krankheit sich darstellt. Darüber hinaus wird angestrebt, Bewältigungsfähigkeiten der Patientin oder des Patienten, eventuell unter Einschaltung der relevanten Bezugspersonen aus dem engeren Umfeld, aufzubauen.“

§ 27 Behandlungsumfang und -begrenzung

„(4) Im Rahmen der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie und Verhaltenstherapie können Behandlungen als Einzeltherapie der Inexpatientin oder des Inexpatienten auch in Doppelstunden bei intensiver Einbeziehung von relevanten Bezugspersonen nach § 9 durchgeführt werden. Bei der Psychotherapie von Erwachsenen werden die entsprechenden Stunden auf das Gesamtkontingent angerechnet.“

Quelle: www.g-ba.de/downloads/62-492-1266/PT-RL_2016-11-24_iK-2017-02-16.pdf

7.6 Im Maßregelvollzug untergebracht – was auf Angehörige zukommt

Hohe Sicherheitszäune, aufwendige Kontrollen an den Eingängen, strenge Regeln beim Besuch: Der Weg des Angehörigen zu dem ihm nahestehenden Menschen im Maßregelvollzug ist steinig. Vielfach ist er bereits durch die vorherigen Gerichtsverhandlungen belastet, in manchen Fällen durch Journalisten in die Öffentlichkeit gezerrt worden. Die durch den Erkrankten verursachten Schulden, die ungewisse Dauer der Unterbringung, die schiefen Blicke der Nachbarschaft: All dies belastet Angehörige forensisch Untergebrachter sehr viel mehr als die Angehörigen eines „nur“ psychisch erkrankten Menschen.

7.6.1 Herausfordernde Atmosphäre in der Klinik

Das Drama der hohen Belastung setzt sich fort, wenn Angehörige ihre Kinder, Eltern oder Partner besuchen und die Klingel an der Personenschleuse der Maßregelvollzugsklinik drücken. Da waren zunächst viele Fragen zu klären: Darf ich überhaupt einen Besuch machen? Will mein Angehöriger mich überhaupt sehen und sprechen? Wie gehen die Mitarbeiter der Klinik mit mir um? Sehen sie in mir jemanden, der mitschuldig an der ganzen Geschichte ist? Dürfen die Kinder mitkommen? Warum brauche ich eine staatsanwaltschaftliche Genehmigung für den Besuch? Wer informiert mich, wie ich diese bekomme? Wer hilft mir, den Antrag auszufüllen? Nachdem diese Hürden endlich erfolgreich gemeistert und möglicherweise Hunderte von Kilometern zurückgelegt wurden, setzt sich in der Eingangsschleuse die Dramatik fort: Die mitgebrachten Nahrungsmittel müssen originalverpackt sein. Auch der selbstgebackene Kuchen darf nicht überreicht werden. Warum ist man so misstrauisch? Stehen Sie als Angehörige unter einem Generalverdacht? Und an wen können Sie sich mit Ihren Fragen und Ängsten wenden?

7.6.2 Viel Kontrolle – wenig Vertrauen

Auch die Besuche von Angehörigen können durch psychiatrisch Pflegenden überwacht werden. Dann ist bei Ihren Besuchen immer ein Pfleger dabei und Telefonate können unter Umständen mitgehört werden. Angehörige empfinden sich als Störfaktoren, 38 ■ spüren das Misstrauen und haben den Eindruck, eigentlich unerwünscht zu sein. Zum

Glück gibt es auch immer Ausnahmen von dieser Regel. Aber mit dem Gefühl, alles wird kontrolliert, verstärkt sich rasch unsere Skepsis gegenüber dem Maßregelvollzug. Dabei kann doch unsere Einbeziehung in die forensisch-psychiatrische Behandlung durchaus sehr sinnvoll und nötig sein.

7.6.3 Mehr Einbeziehung – mehr Vertrauen

Angehörige untergebrachter Menschen, die sich um Kontakte und Besuche bemühen, sind in der Regel die auf Dauer verlässlichsten Begleiterinnen und Begleiter. Schon während der Behandlung (Ausgänge, Beurlaubungen), aber vor allem, wenn es irgendwann mal wieder ganz herausgeht, in die Freiheit, zurück in die Gesellschaft. Dann brauchen Menschen, die den Maßregelvollzug verlassen, das, was man einen „sozialen Empfangsraum“ nennt. Wenn ehemalige Freunde, Bekannte, andere Angehörige oder Kollegen den Kontakt längst aufgegeben haben, wenn nur noch dafür bezahlte Menschen Hilfen bei der Entlassung organisieren, dann sind verständnisvolle Angehörige und enge Freunde die wirklichen Wegbegleiterinnen und Wegbegleiter, die Ansprechpartnerinnen und Ansprechpartner. Einige Maßregelvollzugskliniken haben das verstanden. Auch sie haben eine Kooperationsvereinbarung, wie hier im Heft dargestellt, mit den organisierten Angehörigen in der Region abgeschlossen. Darin ist vieles geregelt, was Angehörigen einen Besuch und den Kontakt sehr erleichtert.

7.6.4 Kooperation statt Konfrontation

Kooperation setzt gegenseitiges Vertrauen und Respekt voraus. Das wünschen sich Angehörige und Patienten von den Mitarbeitern und dem Vollzugspersonal. Das darf aber keine Einbahnstraße sein. Ein achtungsvolles Miteinander ist für beide Seiten Pflicht. Dabei kann am ehesten ein Perspektivwechsel helfen. Die Mitarbeiter müssen sich in die Lage der Angehörigen und des Patienten versetzen, die Gefühle der Hilflosigkeit und des Ausgeliefertseins verstehen. Aber auch die Probleme der Mitarbeiter, wie z. B. der Sicherungsauftrag und die allgemeinen Arbeitsbedingungen, dürfen nicht aus dem Blick geraten. Das überzogene Sicherheitsbedürfnis der Gesellschaft ist hierbei nicht hilfreich und belastet alle Beteiligten

7.6.4 Was ich sonst noch wissen sollte

Beurlaubungen: Dies bedeutet, dass in der Vorbereitung von Übernachtungen an Wochenenden außerhalb der klinischen Mauern Angehörige darauf hingewiesen werden müssen, worauf während der gemeinsamen 24 bis 36 Stunden geachtet werden muss. Welche Situationen überfordern den untergebrachten Menschen während der Wochenendbeurlaubung? Welche Kompetenzen zeigt der untergebrachte Mensch während der Beurlaubung? Inwieweit treten Verhaltensweisen während der vorübergehenden Beurlaubung auf, die Erinnerungen an die Krankheitsgeschichte vor der forensisch-psychiatrischen Unterbringung wach werden lassen?

Vor und während der Entlassung: Unbedingt zu beachten ist auch das private Umfeld, seien es Familienmitglieder oder neue Freunde des untergebrachten Menschen, die dann häufig nach der forensischen Unterbringung die Funktion des sozialen Empfangs-

raums übernehmen. Selbst wenn ehemals untergebrachte Menschen nicht mehr unter das Dach der Eltern, Geschwister oder Lebenspartner/innen ziehen, sind die Angehörigen Wegbereiter bei den dann folgenden neuen Be- und Entlastungen. Sei es durch eine Unterbringung in einem Wohnheim, eine Tätigkeit in einer Werkstatt oder eine weitere Therapie, die jetzt aber in Freiheit stattfindet.

Angehörige sofort ab Aufnahme einbeziehen: Die Beziehung zu den Angehörigen eines im Maßregelvollzug untergebrachten Menschen sollte im Grunde mit der Aufnahme des Betroffenen in die Einrichtung aufgebaut und gepflegt werden. Denn der psychisch erkrankte Mensch kann besser verstanden werden, wenn den begleitenden und behandelnden Menschen das Umfeld bekannt ist. Der systemische Therapeut Thomas Lampert (siehe auch hier im Heft) unterstreicht, dass der psychisch erkrankte Mensch nicht der Einzige ist, der ein Problem hat. Egal, wie die familiäre Situation ist: Der Betroffene ist seiner Meinung nach nur von dort aus zu verstehen. Lösungen stehen nach Auffassung des systemischen Therapeuten Thomas Lampert auf einem festeren Fundament, wenn möglichst viele Beteiligte Lösungen erarbeiten.

Schweigepflicht: Natürlich gibt es auch im Maßregelvollzug die Schweigepflicht, die zwischen den Betroffenen, den Angehörigen und den psychiatrisch Tätigen stehen kann. Sie darf aber nicht behandelnde Mediziner, Psychotherapeuten und Pflegende daran hindern, das Gespräch mit Angehörigen zu suchen. Der entscheidende Lenker in diesem Prozess ist der betroffene Mensch selbst. Mit seiner Entscheidung, den Arzt von der ärztlichen Schweigepflicht zu entbinden, hilft er allen, miteinander zu sprechen. Angehörige können eine nicht versiegende Quelle sein, wenn es darum geht, Erfahrungen über den untergebrachten Menschen zu sammeln. Schließlich haben sie oft miterlebt, wie sich die psychiatrischen Episoden eines betroffenen Menschen über Monate oder Jahre entwickelt haben.

Es ist daher vor allem therapeutisch sinnvoll, die Angehörigen forensisch untergebrachter Menschen so früh wie möglich zu informieren und in das Geschehen einzubeziehen. Dies sorgt dafür, dass gegenseitiges Misstrauen verhindert oder abgebaut wird. Und die im Maßregelvollzug – im Unterschied zur Allgemeinpsychiatrie – in der Regel nach Jahren bemessene Verweildauer bietet genügend Zeit, anfängliche Vorbehalte und Ängste auszuräumen.

Mehr Information für Angehörige von im Maßregelvollzug untergebrachten Menschen: www.bapk.de/forensik.html oder beim BApK bestellen, Adresse siehe hinten.

Dr. Gerwald Meesmann und Christoph Müller

Dr. Gerwald Meesmann ist Jurist und langjähriger Sprecher der „Initiative Forensik“ im Bundesverband der Angehörigen psychisch erkrankter Menschen (BApK) e.V.

Christoph Müller ist psychiatrisch Pflegenden mit langjährigen Erfahrungen im Maßregelvollzug sowie Fachautor.

8 Schweigepflicht

8.1 Ärztin oder Arzt von der Schweigepflicht entbinden

Ärzte müssen auch gegenüber den Angehörigen immer schweigen, wenn es um persönliche medizinische Details bei dem Patienten geht. Allerdings gibt es auch bestimmte Situationen, in denen der Arzt ohne Schweigepflichtentbindung informieren darf. Darauf sollten sich Patienten und Angehörige aber nicht verlassen, denn es ist dem Arzt überlassen, ob er ggf. auch ohne vorliegende Erklärung zur Entbindung von der Schweigepflicht offen spricht.

Insofern sind alle gut beraten darüber nachzudenken, ob sie ihren erkrankten Angehörigen bitten – oder als Patientin, als Patient selbst die Initiative ergreifen –, um die ärztliche Schweigepflicht ihres Arztes aufzuheben.

8.2 Muster Schweigepflichtentbindung

Jede Entbindungserklärung ist dem Einzelfall anzupassen. Dazu gehört es, dass derjenige, der die Schweigepflichtentbindung ausspricht, seinen vollständigen Namen und das Geburtsdatum einträgt. Auch die Ärzte, für die die Schweigepflichtentbindung gelten soll, sind unbedingt namentlich zu nennen. Das Gleiche gilt für die Person bzw. die Personen, mit denen der Arzt dann sprechen darf.

Hilfreich ist, auch den Zweck der Schweigepflichtentbindung aufzunehmen. So kann diese auch nur zu diesem Zweck verwendet werden. Am Ende muss die Einwilligung unterschrieben werden. Sie sollte von Zeit zu Zeit erneuert werden, damit der Arzt sicher sein kann, dass die Schweigepflichtentbindung aktuell ist und dem gegenwärtigen Willen entspricht.

Schweigepflichtentbindung

Ich [Name, Anschrift, Geburtsdatum] entbinde folgende Ärzte

1. Arzt / Ärztin [Name, ggf. Anschrift des Krankenhauses, der Praxis]
2. Arzt / Ärztin [...]

von ihrer Schweigepflicht gegenüber Frau/Herrn

[Name, Anschrift, ggf. Geburtsdatum der Angehörigen/der Vertrauensperson].

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass therapeutisch wichtige Befunde und die geplante Therapie durch den oben benannten Arzt / die oben benannte Ärztin in einem gemeinsamen Gespräch mit dem Arzt / der Ärztin, mir als Patient / Patientin und Angehörigen angesprochen werden dürfen.

Mir ist bekannt, dass ich diese Erklärung über die Entbindung von der Schweigepflicht jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.

Ort, Datum

Unterschrift

Anhang

Gut zu wissen: der § 140f SGB V

Beteiligung von Interessenvertretungen der Patientinnen und Patienten

- (1) Die für die Wahrnehmung der Interessen der Patientinnen und Patienten und der Selbsthilfe chronisch kranker und behinderter Menschen maßgeblichen Organisationen sind in Fragen, die die Versorgung betreffen, nach Maßgabe der folgenden Vorschriften zu beteiligen.
- (2) Im Gemeinsamen Bundesausschuss nach § 91 und in der Nationalen Präventionskonferenz nach § 20e Abs. 1 erhalten die für die Wahrnehmung der Interessen der Patientinnen und Patienten und der Selbsthilfe chronisch kranker und behinderter Menschen auf Bundesebene maßgeblichen Organisationen ein Mitberatungsrecht; die Organisationen benennen hierzu sachkundige Personen. Das Mitberatungsrecht beinhaltet auch das Recht zur Anwesenheit bei der Beschlussfassung. Die Zahl der sachkundigen Personen soll höchstens der Zahl der von dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen entsandten Mitglieder in diesem Gremium entsprechen. Die sachkundigen Personen werden einvernehmlich von den in der Verordnung nach § 140g genannten oder nach der Verordnung anerkannten Organisationen benannt. Bei Beschlüssen des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 56 Abs. 1, § 92 Abs. 1 Satz 2, § 116b Abs. 4, § 135b Abs. 2 Satz 2, den §§ 136 bis 136b, 136d, 137a, 137b, 137c und 137f erhalten die Organisationen das Recht, Anträge zu stellen. Der Gemeinsame Bundesausschuss hat über Anträge der Organisationen nach Satz 5 in der nächsten Sitzung des jeweiligen Gremiums zu beraten. Wenn über einen Antrag nicht entschieden werden kann, soll in der Sitzung das Verfahren hinsichtlich der weiteren Beratung und Entscheidung festgelegt werden. Entscheidungen über die Einrichtung einer Arbeitsgruppe und die Bestellung von Sachverständigen durch einen Unterausschuss sind nur im Einvernehmen mit den benannten Personen zu treffen. Dabei haben diese ihr Votum einheitlich abzugeben.
- (3) Die auf Landesebene für die Wahrnehmung der Interessen der Patientinnen und Patienten und der Selbsthilfe chronisch kranker und behinderter Menschen maßgeblichen Organisationen erhalten in
 1. den Landesausschüssen nach § 90 sowie den erweiterten Landesausschüssen nach § 116b Abs. 3,
 2. dem gemeinsamen Landesgremium nach § 90a,
 3. den Zulassungsausschüssen nach § 96 und den Berufungsausschüssen nach § 97, soweit Entscheidungen betroffen sind über
 - a) die ausnahmsweise Besetzung zusätzlicher Vertragsarztsitze nach § 101 Abs. 1 Satz 1 Nummer 3,
 - b) die Befristung einer Zulassung nach § 19 Abs. 4 der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte,
 - c) die Ermächtigung von Ärzten und Einrichtungen,

4. den Zulassungsausschüssen nach § 96, soweit Entscheidungen betroffen sind über
 - a) die Durchführung eines Nachbesetzungsverfahrens nach § 103 Abs. 3a,
 - b) die Ablehnung einer Nachbesetzung nach § 103 Abs. 4 Satz 9

ein Mitberatungsrecht; die Organisationen benennen hierzu sachkundige Personen. Das Mitberatungsrecht beinhaltet auch das Recht zur Anwesenheit bei der Beschlussfassung. Die Zahl der sachkundigen Personen soll höchstens der Zahl der von den Krankenkassen entsandten Mitglieder in diesen Gremien entsprechen. Die sachkundigen Personen werden einvernehmlich von den in der Verordnung nach § 140g genannten oder nach der Verordnung anerkannten Organisationen benannt.

- (4) Bei einer Änderung, Neufassung oder Aufhebung der in § 21 Abs. 2, § 112 Abs. 5, § 115 Abs. 5, § 124 Abs. 4, § 125 Abs. 1, § 126 Abs. 1 Satz 3, § 127 Abs. 1a Satz 1, Abs. 5b und 6, §§ 132a, 132c Abs. 2, § 132d Abs. 2, § 133 Abs. 4 und § 217f Abs. 4a vorgesehenen Rahmenempfehlungen, Empfehlungen und Richtlinien des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen, des Hilfsmittelverzeichnisses nach § 139 sowie bei der Bestimmung der Festbetragsgruppen nach § 36 Abs. 1 und der Festsetzung der Festbeträge nach § 36 Abs. 2 wirken die in der Verordnung nach § 140g genannten oder nach der Verordnung anerkannten Organisationen beratend mit. Das Mitberatungsrecht beinhaltet auch das Recht zur Anwesenheit bei der Beschlussfassung. Wird ihrem schriftlichen Anliegen nicht gefolgt, sind ihnen auf Verlangen die Gründe dafür schriftlich mitzuteilen.
- (5) Die sachkundigen Personen erhalten Reisekosten nach dem Bundesreisekostengesetz oder nach den Vorschriften des Landes über Reisekostenvergütung, Ersatz des Verdienstausfalls in entsprechender Anwendung des § 41 Abs. 2 des Vierten Buches sowie einen Pauschbetrag für Zeitaufwand in Höhe eines Fünfzigstels der monatlichen Bezugsgröße (§ 18 des Vierten Buches) für jeden Kalendertag einer Sitzung. Der Anspruch richtet sich gegen die Gremien, in denen sie als sachkundige Personen mitberatend tätig sind.
- (6) Die in der Verordnung nach § 140g genannten oder nach der Verordnung anerkannten Organisationen sowie die sachkundigen Personen werden bei der Durchführung ihres Mitberatungsrechts nach Abs. 2 vom Gemeinsamen Bundesausschuss durch geeignete Maßnahmen organisatorisch und inhaltlich unterstützt. Hierzu kann der Gemeinsame Bundesausschuss eine Stabstelle Patientenbeteiligung einrichten. Die Unterstützung erfolgt insbesondere durch Organisation von Fortbildung und Schulungen, Aufbereitung von Sitzungsunterlagen, koordinatorische Leitung des Benennungsverfahrens auf Bundesebene und bei der Ausübung des in Abs. 2 Satz 4 genannten Antragsrechts. Der Anspruch auf Unterstützung durch den Gemeinsamen Bundesausschuss gilt ebenso für die Wahrnehmung der Antrags-, Beteiligungs- und Stellungnahmerechte nach § 137a Abs. 4 und 7, § 139a Abs. 5 sowie § 139b Abs. 1. Der Anspruch auf Übernahme von Reisekosten, Aufwandsentschädigung und Verdienstausfall nach Abs. 5 besteht auch für die Teilnahme

der sachkundigen Personen an Koordinierungs- und Abstimmungstreffen sowie an Fortbildungen und Schulungen nach Satz 3.

- (7) Die in der Verordnung nach § 140g genannten oder nach der Verordnung anerkannten Organisationen sowie die sachkundigen Personen werden bei der Durchführung ihres Mitberatungsrechts nach Absatz 3 von den Landesausschüssen nach § 90 unterstützt. Die Unterstützung erstreckt sich insbesondere auf die Übernahme von Reisekosten, Aufwandsentschädigung und Verdienstausfall entsprechend Abs. 5 für jährlich bis zu sechs Koordinierungs- und Abstimmungstreffen, auf Fortbildungen und Schulungen der sachkundigen Personen sowie auf die Durchführung des Benennungsverfahrens nach Abs. 3 Satz 4.
- (8) Die in der Verordnung nach § 140g genannten oder nach der Verordnung nach § 140g anerkannten Organisationen erhalten für den Aufwand zur Koordinierung ihrer Beteiligungsrechte einen Betrag in Höhe von 120 Euro für jede neu für ein Gremium benannte sachkundige Person. Der Anspruch richtet sich gegen das jeweilige Gremium, in dem die sachkundige Person tätig ist. Der Anspruch ist durch den von den anerkannten Organisationen gebildeten Koordinierungsausschuss geltend zu machen.

ISBN 978-3-9819838-0-7



2018



Gefördert durch das
**Bundesministerium
für Gesundheit**