

Aus der Praxis

Zusammenarbeit von Beistandspersonen und psychiatrischen Kliniken



Dr. med. Benjamin Dubno, Stv. Ärztlicher Direktor und Chefarzt Akutpsychiatrie für Erwachsene der Integrierten Psychiatrie Winterthur und Zürcher Unterland ipw



Silvia Gallego, lic. phil. pol., Leitende Stabsmitarbeiterin Ärztliche Direktion, Integrierte Psychiatrie Winterthur und Zürcher Unterland ipw



Astrid Estermann, Organisationsberaterin und Beiständin

Ein- und Austritte in die stationäre Psychiatrie stellen besondere Anforderungen an die Zusammenarbeit zwischen Beistandspersonen und Kliniken. Unklarheiten und unterschiedliche Erwartungen im Hinblick auf Ein- und Austrittsentscheide, Behandlungsziele, Verantwortlichkeiten, aber auch die Komplexität der Fälle und Unsicherheiten bezüglich des Umgangs mit Psychiatriepatient/innen führen zu herausfordernden Situationen.^[1] Dieser Artikel zeigt auf, inwiefern eine enge Zusammenarbeit zwischen Beistandspersonen und Psychiatrie wichtig ist, wo die Grenzen psychiatrischer Versorgung liegen und präsentiert vier zentrale Instrumente zur Verbesserung der Zusammenarbeit: Das Standortgespräch unabhängig von Hospitalisierungen, die Behandlungsvereinbarung, die Kooperationsvereinbarung und die Gefässe zur Netzwerkarbeit.

Collaboration entre les curateurs et les cliniques psychiatriques

Les admissions et sorties des patients psychiatriques hospitalisés posent des exigences particulières à la collaboration entre les curateurs et les cliniques. Les imprécisions et les attentes divergentes concernant les décisions d'admission et de sortie, les objectifs de traitement, les responsabilités mais aussi la complexité des cas et les incertitudes concernant le traitement

des patients psychiatriques mènent à des situations difficiles.^[2] Cet article souligne l'importance d'une collaboration étroite entre les curateurs et la psychiatrie, les limites des soins psychiatriques et présente quatre outils essentiels pour améliorer la collaboration: l'entretien de situation indépendant de l'hospitalisation, le contrat thérapeutique, la convention de collaboration et les formes du travail en réseau.

Collaborazione fra curatori e cliniche psichiatriche

Ammissioni e dimissioni nella psichiatria stazionaria pongono particolari esigenze nella collaborazione fra curatori e cliniche. Mancanza di chiarezza e differenti attese in vista della decisione di dimissione, obiettivi di cura, responsabilità, ma anche la complessità dei casi e le insicurezze per quanto concerne il rapporto con pazienti psichiatrici conducono a situazioni difficili.^[3] Quest'articolo mostra quanto importante è una collaborazione fra i curatori e la psichiatria, dove si collocano i limiti dell'assistenza psichiatrica e presenta quattro strumenti indispensabili per il miglioramento della collaborazione: il colloquio sul posto indipendentemente dall'ospedalizzazione, la convenzione di cura, la convenzione di cooperazione e i canali del lavoro di rete.

Handlungsfeld Eintritt

Rund $\frac{3}{5}$ (61%) der Patient/innen der ipw auf den Akutstationen treten freiwillig in die Klinik ein. Die anderen $\frac{2}{5}$ (39%) werden durch eine ärztliche Anordnung einer fürsorgerischen Unterbringung (FU) unfreiwillig stationär untergebracht.^[4]

Eine Akutpsychiatrie ist in der Regel ein 24h-Betrieb mit hohem Arbeitsrhythmus, in der jederzeit Notfälle aufgenommen werden. Bei der Aufnahme werden Patient/innen nach ihren Bezugspersonen und damit auch nach einer bestehenden Beistandschaft gefragt. In psychiatrischen Notfällen, d.h. wenn z.B. Patient/innen suizidal oder akut psychotisch eintreten, kann diese Befragung oft nicht vollständig erfolgen. Hier müssen medizinische Entscheidungen von grosser Tragweite getroffen werden, oft auch bzgl. Behandlungsmethoden gegen den Willen der Patient/innen. Die Frage der Beistandschaft kann in diesen Fällen mit den Betroffenen erst später geklärt werden. Neben der zuständigen Beistandsperson besteht das Netzwerk der Patient/innen meist aus weiteren wichtigen Bezugspersonen, etwa Familienangehörigen, Hausarzt/innen, Spitex oder Arbeitgeber/innen, die möglichst schnell informiert werden müssen. Es erfordert oft einige Zeit, bis alle erreicht werden können.

In der Summe führen diese Faktoren dazu, dass die Information über einen Eintritt einer Klientin oder eines Klienten oft verzögert bei einer Beistandsperson ankommt.^[5]

Wie aber kann ein Eintritt im Sinne aller Beteiligten erfolgreich ablaufen? Zentral ist, dass Eintritte in eine Klinik gegen den Willen der betroffenen Person wenn immer möglich vermieden werden sollten.^[6] Einweisungen per FU sind nicht nur gravierende Eingriffe in die

Persönlichkeitsrechte und Autonomie der Patient/innen, sondern haben oft auch negative Auswirkungen auf das Vertrauensverhältnis zwischen Patient/innen und Betreuungspersonen und bergen für alle Beteiligten schwerwiegende Erfahrungen.^[7]

Zur Prävention und Verminderung unfreiwilliger Klinikeintritte gibt es folgende sozialpsychiatrische Ansätze:

- Patient/innen sollen möglichst frühzeitig und niederschwellig behandelt werden. Beistand/innen können hier einen grossen Beitrag in der Früherkennung und der Kommunikation gegenüber ihren Klienten und Klientinnen leisten, denn die meisten psychischen Krisen entwickeln sich nicht über Nacht, sondern zeichnen sich bereits im Vorfeld ab, bspw. durch Schlaf- und Konzentrationsstörungen.
- Gemeindenahe Versorgung und aufsuchende Hilfe.
- Die Kliniken gewährleisten den freiwilligen und niederschweligen Eintritt von Patient/innen rund um die Uhr.
- In der Zusammenarbeit mit den Patient/innen werden Behandlungsvereinbarungen getroffen (s. unten).^[8]

Handlungsfelder Behandlung und Behandlungsziel

Psychiatrische Kliniken der Grundversorgung sind verpflichtet, alle Patientinnen und Patienten aufzunehmen, bei denen eine akut behandlungsbedürftige Störung besteht. Fürsorgerische Unterbringungen kommen oft vor und sollten immer dem Schutz der betroffenen Personen (Selbstgefährdung) dienen; zusätzlich kann auch eine Gefährdung des Umfelds (Fremdgefährdung) vorliegen. Sie beruhen auf der Erwartung, dass eine Behandlung tatsächlich stattfindet und dass sich das Krankheitsbild durch den Klinikaufenthalt verbessern lässt. Eine Fürsorgerische Unterbringung ohne Erfolgsaussichten würde einer zivilrechtlichen Verwahrung gleichkommen und ist nicht im Sinne des Gesetzes.

Der Behandlungserfolg ist Teil der landesweiten Qualitätsmessung ANQ.^[9] Gemessen wird (u.a.) die Symptombelastung (= Beeinträchtigung durch körperliche und psychische Symptome) bei Klinikeintritt und bei Austritt, sowohl durch die Behandelnden wie auch durch die Patient/innen selbst. Die ANQ-Ergebnisse 2018 zeigen, dass die Symptombelastung über alle Kliniken der Erwachsenen- sowie Kinder- und Jugendpsychiatrie insgesamt gesenkt werden konnte.^[10]

Bei FU-Patient/innen mit multiplen Krankheitsbildern und komplexen sozialen Problemlagen stossen jedoch auch psychiatrische Behandlungsmöglichkeiten an Grenzen. Oft handelt es sich um Personen mit schweren, chronischen Erkrankungen, Mehrfachdiagnosen (z.B. einer Kombination aus Persönlichkeitsstörung, Abhängigkeitserkrankung und Dissozialität) und grossen sozialen Schwierigkeiten. Diese Menschen sind bei fehlender Therapiemotivation akutpsychiatrisch nicht behandelbar. Gerade verbeiständete Patient/innen zeigen oft diese Art

von Krankheitsbildern, bzw. Menschen mit schweren Verläufen benötigen eine Beistandschaft. [11] Hier kann die Psychiatrie die Erwartung einer «vollständigen Heilung», welche von aussen oft an sie herangetragen wird, nicht im Ansatz erfüllen. Bei dieser Gruppe können oft nur die akuten Symptome psychiatrisch behandelt werden (psychotische Zustände, Selbst- und Fremdgefährdung). Hinsichtlich der Fähigkeit, den Alltag selbständig bewältigen zu können, tritt oft nur eine kurzfristige Besserung ein. Die Rückfallquote ist hoch.

Für die Behandlung gilt darum:

- Die therapeutischen Behandlungsaufträge der Psychiatrie bestehen grundsätzlich in der Behandlung akuter Symptome, der Auflösung von Selbst- und Fremdgefährdung, einer Linderung der Krankheitslast sowie der Erlernung von Strategien, wie mit Symptomen umgegangen werden kann, damit neue Lebensqualität wiedergewonnen wird (Recovery-Ansatz).
- In der Zusammenarbeit mit den Patient/innen werden Behandlungsvereinbarungen getroffen (s. unten). [12]
- Die psychiatrischen Behandlungsziele sind individualisiert und unterschiedlich. Sie entsprechen den realistischen Möglichkeiten der einzelnen Patientinnen und Patienten.

- Das psychiatrische Behandlungsziel einer «vollständigen Heilung» kann bei Multimorbidität (Mehrfachdiagnosen) und komplexen Problemlagen nicht erreicht werden.

Häufigkeit und Aufenthaltsdauer

Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer auf einer Akutstation in der ipw beträgt 17 Tage.

Über 70% der Patient/innen auf einer Akutstation sind nur einmal hospitalisiert. Menschen mit komplexen Krankheitsbildern geraten immer wieder in medizinische Krisen. So nehmen etwa 12% aller Patient/innen der ipw rund die Hälfte der Pflage tage (d.h. Übernachtungen in der Klinik) in Anspruch. Sie werden als «Drehtürpatienten» [13], «heavy user» oder auch «frequent flyers» bezeichnet, da sie immer wieder in die Psychiatrie ein- und austreten [14].

Diese «Drehtürpsychiatrie» wird von der Gesellschaft häufig bemängelt. Es steht der Vorwurf im Raum, die Psychiatrie schaffe keine Verbesserung der Situation. Die betroffenen Patient/innen weisen jedoch fast ausnehmend psychiatrische Mehrfachdiagnosen, schwere Krankheitsbilder und/oder chronische Krankheitsverläufe auf, oft einhergehend mit sozialen und finanziellen Schwierigkeiten. Es handelt sich dabei um die oben beschriebene Gruppe mit multimorbiden und komplexen Problemlagen, bei denen nicht nur keine «vollständige Heilung» erreicht werden kann, sondern für das zugrundeliegende psychiatrische Problem fast kein therapeutischer Hebel gefunden wird.

Früher wurde diese Gruppe in der Regel für lange Zeit, oft jahrelang in psychiatrische Kliniken eingewiesen, ohne Aussicht auf Entlassung oder Reintegration. Noch bis in den 1980er-Jahren, bevor vom Gesetzgeber die Fürsorgerische Freiheitsentziehung (FFE) eingeführt wurde, standen den Betroffenen nicht einmal Rechtsmittel zur Überprüfung ihrer Unterbringung zur Verfügung. Eine weitere Verbesserung der Rechtssicherheit brachte das am 1. Januar 2013 in Kraft gesetzte Kindes- und Erwachsenenschutzrecht (KESR) mit der Neuregelung der fürsorgerischen Unterbringungen (FU).^[15] Neue Gesetze wie das KESR orientieren sich an Verfassungsgrundsätzen und Menschenrechten. Sie stellen daher verstärkt die Prinzipien wie Menschenwürde, Autonomie und möglichst grosse gesellschaftliche Teilhabe in den Fokus. Die heutige Psychiatrie ist gegenüber der früheren Praxis der Verwahrung humaner und integrationsorientierter geworden. Sie hat den Auftrag, die Patient/innen soweit zu stabilisieren, dass sie möglichst oft wieder in den Alltag entlassen werden können. Dass Menschen mit psychischen Erkrankungen nach einer bestimmten Zeit entlassen werden müs-

sen, bei komplexen Krankheitsbildern aber auch wiederholt wieder eintreten, kann als Zeichen einer fortschrittlichen Psychiatrie interpretiert werden. Einfach gesagt ist die «Drehtür-Psychiatrie» das Gegenteil der «Verwahrungs-Psychiatrie».

Die Grenzen gesetzlicher Aufträge

Grenzen des psychiatrischen Auftrages

Wie oben beschrieben ist eine «vollständige medizinische Heilung» besonders bei Patient/innen mit komplexen Krankheitsbildern oft nicht möglich, selbst wenn die Betroffenen bei der Therapie mitmachen. Dies gilt in der Regel bei einer fürsorgerischen Unterbringung noch verstärkt. Der stationäre Behandlungsauftrag einer FU dient vor allem der Behebung einer akuten medizinischen Krise. Sind die Patient/innen soweit stabilisiert, dass sie den Alltag meistern können, besteht gesetzlich keine Grundlage mehr, sie weiterhin gegen ihren Willen zu behandeln. Das Betreuungsnetz ausserhalb der Klinik nimmt die Behandlung als unvollständig erledigt wahr, wenn die Patient/innen nach Austritt weiter vom sozialen System betreut werden müssen und eine Restsymptomatik besteht.

Erwachsenenschutzrecht, Polizei- und Strafrecht

Nicht nur der Psychiatrie wird zuweilen vorgeworfen, dass sie Patient/innen entlässt, ohne eine «vollständige Lösung der Probleme» herbeigeführt zu haben. Oft stehen auch die KESB und die Beistandspersonen in der Kritik, nicht ausreichend zu handeln oder zu lange zuzuschauen. Hier setzt das Erwachsenenenschutzrecht (ESR) die Grenzen.

Eine fürsorgliche Unterbringung darf ausschliesslich bei einer Selbstgefährdung angeordnet werden. Eine Fremdgefährdung allein reicht für die Einweisung gegen den Willen einer Person in eine psychiatrische Klinik nicht aus.^[16] Für das familiäre Umfeld, die Beistandspersonen und das Betreuungsnetz kann dies sehr belastend sein, aber im Handlungsfeld der Fremdgefährdung ist nicht das ESR, sondern in erster Linie das Polizei- und Strafrecht wirksam. Dieses ist für die öffentliche Sicherheit zuständig und definiert, bei welchen Vorkommnissen (kriminelle Handlungen wie etwa Drohungen, Nötigungen) unabhängig vom Individualinteresse der betroffenen Person Massnahmen ergriffen werden können und müssen.

Kein Präventionsauftrag

Gerade bei Fremdgefährdung kommt oft die Forderung auf, früher zu handeln. In der Schweiz aber gibt es kein präventives Strafrecht. Moderne Staaten halten keine Menschen für Taten fest, die sie noch nicht begangen haben. Gleichzeitig besteht die gesellschaftliche Erwartung, dass nichts passieren darf. Wir befinden

ZKE-RMA 4/2020 | S. 341-353

347

uns damit mitten im gesellschaftlichen Konfliktfeld zwischen der Forderung nach Selbstbestimmung und Freiheit auf der einen und der Forderung nach höchstmöglichem Schutz und Sicherheit auf der anderen Seite. Die potenzielle Gefährlichkeit, welche von einem psychisch kranken Menschen ausgeht, ist etwas in der Zukunft Möglichen. Staatliche Institutionen haben hier keinen Handlungsauftrag.

Abschaffung der Langzeitabteilungen

Vor 2000 wurden die bestehenden Langzeitabteilungen in den psychiatrischen Kliniken geschlossen. Heute sind die Gemeinden für die Unterbringung von Langzeitpatient/innen zuständig. Die Schwierigkeit besteht darin, dass die meisten Wohnheime keine Aufnahmepflicht haben. Psychisch schwer kranke Menschen können sich oft nicht an die Regeln halten, zeigen ein schwieriges, teilweise gewaltbereites Verhalten und erhalten dann die Kündigung ihres Wohnplatzes. Spezialisierte Wohnheime gerade für gewaltbereite Menschen gibt es sehr wenige. Hier besteht eine eklatante Versorgungslücke.

Handlungsfeld Austritt

Der Übergang von der Klinik in den Alltag ist für alle Patientinnen und Patienten eine Herausforderung. Schwierigkeiten stellen für sie etwa die Kommunikation gegenüber ihren Betreuungspersonen, die regelmässige Medikamenteneinnahme und die Befolgung ärztlicher Anweisungen nach dem Klinikaustritt oder das Einhalten ärztlicher und anderer Termine dar. Besonders für «heavy user» ist es aber oft ungleich schwieriger, sich im Leben selbständig zurechtzufinden. Prekäre Wohn- und Finanzverhältnisse erschweren dies zusätzlich.

Die ipw, insbesondere der Sozialdienst, ist daran interessiert, eine Entlassung von Patient/innen geplant und geordnet zu erwirken und die Koordination mit den Beistandspersonen aufzugleisen. Auf einer Akutstation können aber Entscheide über einen Austritt sehr kurzfristig fallen: Bei freiwilligen Aufenthalten können Patient/innen jederzeit austreten. Teilweise finden die Austritte aber auch aufgrund disziplinarischer Gründe statt. Eine Beistandsperson hat in einem solchen Fall auftragsbedingt seine Klientin/seinen Klienten im Fokus, während die Klinik die Gesamtsituation aller Patient/innen auf einer Abteilung berücksichtigen muss. So kann es auch zu Entlassungen von Patient/innen kommen, die eigentlich noch behandlungsbedürftig wären.

In solchen Fällen von überstürzten und somit unkoordinierten Entlassungen erfolgt die Information an die zuständigen Beistandspersonen oft nicht zeitnah.

Bei Rückfallgefahr muss der behandelnde Arzt vor der Entlassung ein Entlassungsgespräch führen^[17]. Im Gespräch wird idealerweise eine Behandlungsvereinbarung für den Fall einer erneuten Unterbringung getroffen. Ob dies klappt, hängt von der Bereitschaft der Patient/innen ab, über allfällige Rückfälle zu

sprechen.^[18] Auch ist eine ambulante Anschlussbehandlung grundsätzlich freiwillig und wird von den betroffenen Personen z.T. abgelehnt. Sie kann sich zudem schwierig gestalten, v.a. wenn Patient/innen sich gegenüber den niedergelassenen Ärzt/innen wenig kooperativ verhalten oder ein unkontrollierbares Verhalten zeigen.

Eine spezielle Herausforderung besteht bei Austritten nach Suizidalität. Patient/innen haben unmittelbar nach einem stationären Aufenthalt in einer psychiatrischen Klinik in den ersten Wochen nach der Entlassung ein etwa 200-fach erhöhtes Suizidrisiko als der Bevölkerungsdurchschnitt. Während eines stationären Aufenthalts ist das Suizidrisiko von Psychatriepatient/innen etwa 50x höher als dasjenige der Normalbevölkerung.^[19] Die Ängste von Betreuungspersonen, die Patient/innen könnten sich kurz nach Austritt suizidieren, sind also berechtigt und führen oft zu Konflikten im Betreuungsnetzwerk, da sich die Parteien nicht einig darüber sind, wie lange die Suizidalität abgeklungen sein muss, bis es zum Austritt kommen kann. Der Klinikaustritt bei suizidgefährdeten Patient/innen sollte darum intensiv begleitet werden.

Die heikle Schnittstelle des Klinikaustritts kann durch folgende Methoden verbessert werden:

- Systematische Austrittsplanung durch das Behandlungsteam unter Einbezug der Patient/innen und Betreuungspersonen (Angehörige, Beistandspersonen, Hausarzt/Zuweiser, weitere Personen).
- Das Austrittsgespräch nutzen für eine Behandlungsvereinbarung mit den Patient/innen.
- Sicherstellung und Finanzierung der Nachbetreuung.

- Kommunikation, Festlegung und Klärung der Aufgaben und Zuständigkeiten vor, während und nach dem Austritt.
- Erhalt des bestehenden Beziehungsnetzes, auch durch kürzere Aufenthalte.

Handlungsfeld Schnittstellen

Seit ihrer Gründung 1997 arbeitet die Psychiatrie Winterthur – Zürcher Unterland sogenannt «integriert». Auf Fallebene werden die Schnittstellen und das Behandlungsnetzwerk nach Möglichkeit aktiv miteinbezogen. Der klinikinterne Sozialdienst spielt dabei eine wichtige Rolle.

Im Hinblick auf diese integrierte Versorgung wurden verschiedene Kooperationsvereinbarungen mit Netzwerkpartnern erstellt (niedergelassene Ärzte, Spitex, Beistandschaften u.a). Die verschiedenen Parteien erarbeiteten ihre Bedürfnisse und gegenseitigen Erwartungen und hielten diese schliesslich in einer Kooperationsvereinbarung fest. Die Klärung der verschiedenen Bedürfnisse war jeweils intensiv und aufwendig, konnten aber viele Konflikte lösen und hat die Zusammenarbeit deutlich verbessert und effizienter gemacht. Schon die eigent-

liche Arbeit an der Vereinbarung verbesserte die Zusammenarbeit, da sich die Akteure der verschiedenen Seiten dadurch kennenlernten, sodass später bei Problemstellungen rasch auf eine kollegiale Art deeskaliert werden konnte.

Gleichzeitig wurden ein regelmässiger Austausch (lunch and learn), Qualitätszirkel und Weiterbildungen zwischen Klinik und professionellen Beistandspersonen oder deren Leitung etabliert. Diese Gefässe fördern das gegenseitige Verständnis zusätzlich und ermöglichen eine vertrauensvolle Zusammenarbeit.

Auf struktureller Ebene engagiert sich die ipw insbesondere mit der Koordinations- und Beratungsstelle (KoBe ipw) seit langem aktiv in der regionalen und kantonalen Netzwerkarbeit. Sie verfolgt eine aktive Rolle bei Vernetzungsaktivitäten zu den Akteuren des regionalen Betreuungsnetzwerks. Dazu gehören Patienten- und Angehörigenangebote, niedergelassene Ärzt/innen, Zuweiser, Gemeinde- und Sozialbehörden sowie die kantonalen und regionalen Justiz- und Polizeibehörden.

Mit dem Wechsel von der Objekt- zur Subjektfinanzierung geriet die Finanzierung solcher Schnittstellenbewirtschaftung allerdings unter Druck. Auch ist es zunehmend schwierig, Ressourcen für Netzwerkarbeit zu beschaffen. Eine effiziente und koordinierte Zusammenarbeit in den interdisziplinären und fragmentierten Strukturen des Gesundheitswesens ist sowohl auf Fallebene als auch auf struktureller Ebene dringend notwendig.

Hier haben sich folgende Ansätze bewährt:

- Etablierung von Kooperationsvereinbarungen.
- Schaffung geeigneter Kooperationsgefässe zwischen Kliniken, Berufsbeistandschaften, Patient/innen, Angehörigen, Betreuungspersonen, niedergelassenen Ärzten/Zuweisern und Sozialbehörden.
- Sicherstellung der Finanzierung von Angeboten an den Schnittstellen von Behandlungs- und Betreuungsinstitutionen.
- Stärkung des klinikinternen Sozialdienstes.

Handlungsfeld Kommunikation und Koordination

Wie andere medizinische Fachrichtungen arbeitet auch die moderne Psychiatrie hochspezialisiert und interdisziplinär. Für den gleichen Patienten sind damit zahlreiche Fachpersonen zuständig; von den fallführenden Ärzt/innen, Psycholog/innen über das Pflegepersonal bis hin zu den Physio-, Ergo-, Bewegungs- oder Kunsttherapeut/innen. Zu erwähnen ist zudem die Administration, die das Rechnungswesen, die Kostengutsprachen und die medizinische Dokumentation bewirtschaftet.^[20] Die Komplexität und Fragmentierung medizinischer Behandlungsprozesse stellt hohe Ansprüche an die Koordination, Kommunikation und Information zwischen den Fallführenden und dem Netzwerk inkl. den Beistandspersonen.

Spardruck und administrativer Aufwand haben im Gesundheitswesen in den letzten Jahren stark zugenommen. Dokumentationspflichten, Leistungs- und Zeiterfassungen, eine steigende Anzahl an Rückfragen seitens der Versicherungen verringern zunehmend die verfügbare Zeit für die Patient/innen. Die verrechenbaren Leistungen für Netzwerkarbeit sind begrenzt. Für die Koordination und Kommunikation mit dem externen Betreuungsnetz wie bspw. den Beiständinnen und Beiständen gibt es nur eine limitierte Anzahl Zeiteinheiten. So ist diese Schnittstellenarbeit oft nicht ausreichend finanziert.

Die Personalfuktuation auf einer Akutstation erschwert die kontinuierliche Zusammenarbeit mit den aussenstehenden Stellen zusätzlich. Die fallführenden Assistenzärztinnen und -ärzte arbeiten im Rahmen ihrer Facharzt-Ausbildung meist nur ein Jahr im gleichen Angebot. Deshalb haben sie oft keinen umfassenden Blick auf eine Krankengeschichte, auch wenn diese schon über mehrere Jahre besteht. Auch Oberärztinnen und Oberärzte, die die Situation in ihrer Gesamtheit grundsätzlich besser erfassen können, bleiben in der Regel nicht über viele Jahre auf einer Akutstation tätig.

Angesichts dieser Schwierigkeiten können die Kommunikation und Koordination im Netzwerk mit folgenden Massnahmen gestärkt werden:

- Sicherstellung der Finanzierung von Schnittstellen- und Netzwerkarbeit (soziale und medizinische Finanzierungssysteme).

- Integration der Zusammenarbeit mit externen Schnittstellen in den interdisziplinären Behandlungsprozess, besonders bei Ein- und Austritt.
- Stärkung der Kommunikation mit externen Betreuungspersonen (z.B. Beistand/innen) als wichtige Case Manager mit umfassendem Wissen über den Patienten/die Patientin (Gesamtsicht).
- Innerhalb der Klinik Zuweisung des Leads bzgl. Kommunikation und Koordination an die Oberärzt/innen.

Handlungsfeld Sozialdienst

Früher galt in der ipw, dass bei einer bestehenden Beistandschaft der Sozialdienst nicht involviert wurde, weil die sozialarbeiterischen Aufgaben bereits abgedeckt erschienen. Aufgrund der Einsicht, dass die klinikinternen Sozialarbeitenden in Bezug auf psychiatrische Netzwerke und Wohnformen über spezialisierteres Wissen verfügen, erfolgte jedoch ein Strategiewechsel. Für die Zusammenarbeit zwischen klinikinternem Sozialdienst und Beiständin/Beistand gilt seither:

Der klinikinterne Sozialdienst nimmt mit der zuständigen Beistandsperson Kontakt auf und klärt die gegenseitigen Erwartungen und Wünsche.

Arbeitsinstrumente

Zur Verbesserung der Abläufe vor, während und nach einem Klinikaufenthalt gibt es bewährte Arbeitsinstrumente wie namentlich die Behandlungsvereinbarung, den Behandlungsplan und die Patientenverfügung sowie den Standort.

Zur Prävention unfreiwilliger Klinikeintritte eignet sich besonders die Behandlungsvereinbarung.

Behandlungsvereinbarung

Eine Möglichkeit zur Prävention unfreiwilliger Klinikeintritte und zur Verbesserung des Ablaufs einer allfälligen nächsten Unterbringung bieten die sogenannten Behandlungsvereinbarungen zwischen Bezugspersonen und Patient/innen. Sie beinhalten einen Krisen- oder Eskalationsplan, d.h. die Abläufe bei einer nächsten Krise. Sie erhöhen die Patientenautonomie und das gegenseitige Vertrauen und werden besonders bei Personen mit wiederholten Klinikaufenthalten bzw. fürsorgerischen Unterbringungen eingesetzt.

Die Vereinbarung umfasst folgende Punkte:

- Individuelle Symptome einer Verschlechterung des Gesundheitszustands.

- Abmachungen, welche Person dann wie zu reagieren hat, wer sich mit wem austauschen darf, was zu unternehmen ist (z.B. wer einen Schlüssel zur Wohnung hat, wer zur Katze schaut).
- Abmachungen, welche medizinischen Massnahmen die psychiatrische Klinik bei einem Eintritt beachten soll (inkl. welche Medikamente eingesetzt werden sollen und welche nicht).

Bei solchen Abmachungen spüren die Klient/innen, dass sie ernst genommen werden. Weil die Patient/innen wissen, was sie erwartet, fällt es ihnen leichter, das nächste Mal früher zu reagieren oder freiwillig in die Klinik einzutreten. Die Praxis zeigt, dass damit Krisen schneller erkannt werden, das Netz einen Teil der Probleme auffangen kann, ohne dass ein Klinikeintritt oder FU notwendig wird, und insgesamt schneller Hilfe beansprucht wird. Oft zeigt sich, dass solche Abmachungen etwas therapeutisch Präventives an sich haben und Drehtüreffekte z.T. unterbrochen werden können.

Die Erarbeitung erfolgt gemeinsam zu einem Zeitpunkt ausserhalb der Krise. Gut geeignet ist der Moment des Klinikaustritts. Beistandspersonen können ihren Wunsch für ein Standortgespräch im Hinblick auf die Erarbeitung von Behandlungsvereinbarungen zwischen Klinikaufenthalten bei der Klinik deponieren bzw. anregen.

Behandlungsvereinbarungen unterscheiden sich von Behandlungsplänen insofern, als sie den Fokus vor den Eintritt in eine Klinik legen, währenddem sich die Behandlungspläne auf die Zeit während eines Klinikaufenthaltes beziehen.

Behandlungsvereinbarungen unterscheiden sich von Patientenverfügungen darin, dass diese auch gelten, wenn die betroffene Person noch urteilsfähig ist. Andererseits gelten sie nur in der Klinik, mit der die Vereinbarung verfasst wurde.

Patientenverfügung

Eine Patientenverfügung hält den eigenen Willen für medizinische Massnahmen im Falle einer Urteilsunfähigkeit fest.^[21] Sie nimmt eine künftige Krankheits-

situation vorweg für den Fall einer später auftretenden Entscheidungsunfähigkeit.^[22] Bei einer schweren psychischen Erkrankung, welche schubweise auftritt, kann die betroffene Person auch Anordnungen für die Phase eines Krankheitsschubes festlegen, welche eine vorübergehende Urteilsunfähigkeit zur Folge hat.^[23] Sie kann diagnostische, therapeutische oder pflegerische Massnahmen festlegen, Werthaltungen und Therapieziele beschreiben.^[24] Eine Ärztin oder ein Arzt muss sich grundsätzlich an die Anordnungen einer Patientenverfügung halten.^[25] Eine sinnvolle Behandlung darf aber durch eine Patientenverfügung nicht vereitelt werden.^[26] Beistandspersonen können Klient/innen «in gesunden Phasen» dazu motivieren, eine Patientenverfügung zu verfassen.

Behandlungsplan

Ein schriftlicher Behandlungsplan wird erstellt, wenn eine Person zur Behandlung einer psychischen Störung in eine Klinik untergebracht wird, also zu einem Zeitpunkt, an dem es der betroffenen Person meistens psychisch nicht gut geht und/oder sie nicht freiwillig in die Klinik eingetreten ist. Die Ärztin oder der Arzt muss die betroffene Person und eine allfällige Vertrauensperson über die medizinischen Massnahmen informieren (Gründe, Zweck, Modalitäten, Risiken und Nebenwirkungen, Folgen des Unterlassens der Behandlung und alternative Behandlungsmöglichkeiten).^[27] Die Beistandsperson mit einem Vertretungsrecht bei medizinischen Massnahmen ist nicht zwingend beizuziehen, v.a. dann nicht, wenn sich die Erstellung des Behandlungsplans dadurch länger verzögert.^[28] Die betroffene, urteilsfähige Person soll also die Wirkungen und Folgen einer ärztlichen Behandlung überblicken und verstehen können und muss dem Behandlungsplan zustimmen.^[29] Stimmt die betroffene Person dem Behandlungsplan oder Teilen des Behandlungsplans nicht zu, so hat die Behandlung in diesen Teilen zu unterbleiben.^[30] Die ärztliche Behandlung ohne Rechtfertigungsgrund stellt eine Persönlichkeitsverletzung dar.^[31] Bei Urteilsunfähigkeit ist eine Patientenverfügung zu berücksichtigen.^[32] Hier wäre es wichtig, dass eine Beistandsper-

son mit medizinischem Vertretungsrecht angehört wird, sofern der mutmassliche Wille der betroffenen Person dem nicht entgegensteht.^[33] Ohne Zustimmung zu einem Behandlungsplan kommen die Bestimmungen zur Behandlung ohne Zustimmung (Art. 434 ZGB) und für Notfälle (Art. 435 ZGB) zur Anwendung.^[34] Ist eine betroffene Person urteilsunfähig, kann die Einberufung einer klinisch-ethischen Konferenz sinnvoll sein.^[35]

Das Standortgespräch unabhängig von Hospitalisierungen

Ein bewährtes Mittel der Koordination ist das gemeinsame Standortgespräch. Aufgrund der kurzen Hospitalisationsdauer und knappen zeitlichen Ressourcen aller Beteiligten lässt sich dieses oft leider nicht während des Aufenthaltes realisieren. Da die o.e. Patient/innen wiederholt eintreten, lassen sich Standortbestimmungen aber unabhängig von der Hospitalisation planen. An einem Standortgespräch sollte geklärt werden, was eine Hospitalisation erreichen kann und was nicht. Gerade die Grenzen zu benennen, ist zentral, werden dadurch doch die Erwartungen geklärt und unnötige Frustrationen vermieden. Insbesondere bei sehr schwierigen Verläufen kann dies äusserst hilfreich sein. Die Akteure erkennen u.U. die Ohnmacht des ganzen Helfersystems und teilen diese Ohnmacht statt dem anderen die Schuld zu zuschieben.

- 1.1 Ursprung dieses Artikels bildete ein Interview, welches Astrid Estermann mit Benjamin Dubno, Anna Wurst (Leiterin Sozialdienst der ipw) und Roland Tinner (Berufsbeistand des Erwachsenenschutzes der Stadt Luzern) führte.
- 2.2 Cet article est basé sur un entretien que Astrid Estermann a mené avec Benjamin Dubno, Anna Wurst (responsable des services sociaux de l'«Integrierte Psychiatrie Winterthur») et Roland Tinner (curateur professionnel de la protection de l'adulte de la ville de Lucerne).
- 3.3 Questo articolo è estratto da un'intervista di David Estermann a Benjamin Dubno, Anna Wurst, (direttrice dell'aiuto sociale delle ipw) e a Roland Tanner (curatore professionale della protezione degli adulti di Lucerna).
- 4.4 Schweizweit waren es 2016 19.7% der Patient/innen, welche per FU eingewiesen wurden. In Zürich ist die Rate höher, was wahrscheinlich damit zusammenhängt, dass alle niedergelassenen Ärzt/innen eine fürsorgerische Unterbringung verfügen können, während dies in anderen Kantonen nicht der Fall ist (Obsan Bulletin 02/2018). Die oben erwähnten 39% Einweisungen per FU sind deutlich höher, weil sie nur die Akutstationen betreffen, nicht aber die Psychotherapiestationen, auf die immer freiwillig eingetreten wird.
- 5.5 Die Ärztin oder der Arzt muss bei einer fürsorgerischen Unterbringung die betroffene Person persönlich untersuchen und sollte, wenn möglich, eine nahestehende Person schriftlich über die Unterbringung informieren (Art. 430 Abs.1 und 5 ZGB).
- 6.6 Zur fürsorgerischen Unterbringung s. Dubno/Rosch in: Rosch/Fountoulakis/Heck, Handbuch Kindes- und Erwachsenenschutz, Rz.1463 ff.; Erwachsenenschutz-Komm, Rosch, Art. 426 ff; KOKES-Praxisanleitung Erwachsenenschutz, Rz.10.1ff. zu ambulanten Zwangsbehandlungen: René Bridler/Jürg Gassmann, Zukunft der Psychiatrie: ambulante Zwangsbehandlungen? In: ZKE 1/2011, S. 1–17.
- 7.7 Dubno/Rosch in: Rosch/Fountoulakis/Heck, Handbuch Kindes- und Erwachsenenschutz, Rz.1471.
- 8.8 Bielinski, Pro mente sana aktuell 3, 12–13.
- 9.9 Online unter: <https://www.anq.ch/de/fachbereiche/psychiatrie/>. Der Nationale Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken ANQ führt landesweit ergebnisorientierte Messungen im stationären Bereich der Akutsomatik, der Rehabilitation und der Psychiatrie durch. ANQ-Mitglieder sind der Spitalverband H+, die Krankenversicherer mit dem Branchenverband santésuisse, alle Kantone und das Fürstentum Liechtenstein sowie die Eidgenössischen Sozialversicherer (Unfall-, Militär und Invalidenversicherung). Das Bundesamt für Gesundheit (BAG) hat als Beobachter Einsitz. Grundlage für die Tätigkeit des ANQ bildet das Krankenversicherungsgesetz (KVG) von 1994 Art.32, das von den Leistungserbringern und den Kostenträgern eine vertraglich vereinbarte Qualitätssicherung verlangt. Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit der erbrachten Leistungen müssen gemäss KVG überprüft werden.
- 10.10 ANQ 2018, Resultate: Medienmitteilung: https://www.anq.ch/wp-content/uploads/2019/09/ANQ_Psy_EP_KJP_MM_Ergebnisse_2018.pdf.
- 11.11 Dies führt zu einem Wahrnehmungs-Bias, unter dem auch Mitarbeiter/innen der Klinik und der KESB leiden können. Sie gehen von einem zu hohen Prozentsatz schlechter Verläufe aus, da sie in ihrer Arbeit viel weniger mit leichten Verlaufsformen konfrontiert werden.
- 12.12 Dubno/Rosch in: Rosch/Fountoulakis/Heck, Handbuch Kindes- und Erwachsenenschutz, Rz.1473 ff.
- 13.13 S. Drehtür-Psychiatrie – ein Mythos in: NZZ vom 30.06.2010: https://www.nzz.ch/drehtuer-psychiatrie_ein_mythos-1.6318979.
- 14.14 Ein Beispiel ist etwa eine Untergruppe alleinstehender Männer mit geringer Schulbildung und der Dualdiagnose Abhängigkeitsstörung/Schizophrenie oder Abhängigkeits-/Persönlichkeitsstörung. Zur Zwangsunterbringung von alkoholabhängigen Personen s. Franz Caduff, die Zwangsunterbringung der Alkoholpatienten, ZVW 5/2007, S. 239–254.
- 15.15 Art. 426–439 ZGB.
- 16.16 S. ausführlich zur Bedeutung der Fremdgefährdung im Erwachsenenschutzrecht: Nora Bertschi/Boas Loeb, Schutz vor gefährlichem Verhalten? In: ZKE 4/2016, S. 263–277.
- 17.17 Art. 436 Abs.1 ZGB.
- 18.18 Dubno/Rosch in: Rosch/Fountoulakis/Heck, Handbuch Kindes- und Erwachsenenschutz, Rz.1514 ff.
- 19.19 Suizidprävention Zürich, Empfehlungen zur Suizidprävention nach Psychiatrieaufenthalt, Kanton Zürich 2018.
- 20.20 Aus Patientenperspektive kann dies etwa so ausschauen: Der Nachtarzt nimmt die Person auf, eine Psychologin führt den Fall, ein anderer Arzt ist für die Medikation zuständig, die Pflege für die Verabreichung der Medikamente. Zudem gibt es noch die Bezugspflege und den Sozialdienst. Schliesslich werden Leistungen und

Behandlung dokumentiert und die Patientin/der Patient erhält einen ärztlichen Bericht und eine Rechnung aus der Buchhaltung.

21. 21 Art.370 ZGB.
22. 22 Botschaft Erwachsenenschutz, 7030.
23. 23 Erwachsenenschutz-Komm, Gassmann, Art.370, N5 mit Hinweis auf BGE 127 I 6 E.7.
24. 24 Erwachsenenschutz-Komm , Gassmann, Art. 370, N7f.
25. 25 Die Bestimmungen einer Patientenverfügung müssen gemäss Art. 372 ZGB nicht eingehalten werden, wenn sie gegen gesetzliche Vorschriften verstossen oder sie nicht auf dem freien Willen oder dem mutmasslichen Willen der betroffenen Person beruhen. Das Nichteinhalten muss im Patientendossier begründet werden.
26. 26 KOKES-Praxisanleitung Erwachsenenschutz, Rz.10.38.
27. 27 Art. 433 Abs.1 und 2 ZGB.
28. 28 KOKES-Praxisanleitung Erwachsenenschutz, Rz.10.35, anders Erwachsenenschutz-Komm, Rosch, Art. 435 N 6.
29. 29 Art. 433 Abs.3 ZGB.
30. 30 KOKES-Praxisanleitung Erwachsenenschutz, Rz.10.37.
31. 31 Benjamin Dubno/Daniel Rosch in: Rosch/Fountounlakis/Heck, Handbuch Kindes- und Erwachsenenschutz, Rz.1487.
32. 32 Art. 433 Abs.3 ZGB. Die Selbstbestimmungsrechte der Patientenverfügung werden bei einer FU zurückhaltender betrachtet als ausserhalb der FU, wo eine Patientenverfügung verbindlich ist. Gibt es keine Patientenverfügung, so kann aufgrund von Art. 434 f. ZGB behandelt werden.
33. 33 Erwachsenenschutz-Komm, Daniel Rosch, Art. 433–435 N 6a.
34. 34 S. Benjamin Dubno/Daniel Rosch in: Rosch/Fountounlakis/Heck, Handbuch Kindes- und Erwachsenenschutz, Rz.1489 ff., Erwachsenenschutz-Komm, Daniel Rosch, Art. 434 N 9 ff.
35. 35 Dubno/Rosch in: Rosch/Fountoulakis/Heck, Handbuch Kindes- und Erwachsenenschutz, Rz.1521 ff.

Schulthess Juristische Medien AG