

## **Bericht der Patientenanwältinnen**

Brigitte Booke, Heidi Höhn und Sabine Tomscheit

Statistik: Anzahl der 1997/98 eingegangenen „Beschwerden“ : 31;

Anzahl der Personen, die sich beschwerten: 20

### Institutionen:

- Beschwerden über Jugend- / Arbeits- / Sozialamt: 4;
- Beschwerden über Kliniken: 11;
- Beschwerden Heime: 2;
- Beschwerden Gemeindepsychiatrie: 6;
- Beschwerden: Gesundheitsamt: 3;
- Beschwerden betreffend gerichtliche Betreuung: 2;
- Beschwerden niedergelassene Psychiater / Therapeuten: 3

### Beschwerdeinhalte waren z.B.:

1. Zu hohe oder ungewünschte Medikamentierung;
2. als diskriminierend, bzw. bevormundend erlebte Umgangsformen der Mitarbeiter;
3. Verletzung des Datenschutzes;
4. ungenügende Hilfestellung, wie z.B. nicht genügend Gespräche, keine oder zu wenig Unterstützung bei Alltagsproblemen;
5. Zwangsmaßnahmen,
6. negative Atmosphäre in Einrichtungen,
7. sexuelle Übergriffe seitens Mitarbeitern und Patienten

Dieser Versuch, die angefallenen Beschwerden in Kategorien zu fassen, ist natürlich nur bedingt aussagekräftig, zeigt aber doch auf

a) dass in allen Institutionen der Gemeindepsychiatrie / Psychiatrie ein hoher Bedarf besteht mit einer außenstehenden und parteilichen Person über die aus der Behandlung/Betreuung entstehenden Probleme / Schwierigkeiten zu sprechen. (Der hohe Anteil der Kliniken an den Beschwerden ist unter anderem darauf zurückzuführen, dass wir dort regelmäßig Sprechstunden abgehalten haben, was unserer Meinung nach ebenso notwendig wäre für die gemeindepsychiatrischen Einrichtungen und die Heime, was aber im Rahmen unserer Zeit nicht möglich war.)

b) So gut wie keine der Personen, die sich an uns wanden, hatte nur eine Beschwerde / Schwierigkeit vorzubringen.

Da diese Statistik nur eine unklare Vorstellung von der „Beschwerdepraxis“ vermittelt, werde ich nun ein Beispiel (aus Gründen des Datenschutzes sind einige Einzelheiten geändert) schildern:

Eine Frau ruft mich (Sabine Tomscheit) ziemlich aufgelöst an, sie solle jetzt endgültig entmündigt werden und diese Frau vom Gesundheitsamt stecke unter einer Decke mit ihrer Betreuerin, die auch immer unverschämter werde und ihr neulich gesagt habe, sie würde stinken, das sei doch eine wirklich entwürdigende Art und sie gebe es ja zu, ihre Wohnung sei schon etwas unordentlich, aber das sei doch kein Grund. Dann erzählt sie mir einiges, was ich nicht genau verstehe, wie z.B. sie sei schon vergiftet worden, e.c.. Ich versuche sie etwas in ihrem Redefluss zu stoppen und erzähle ihr zunächst, was Patientenanwältin bedeutet (dass ich keine Rechtsanwältin bin, dass ich nichts unternehmen werde ohne ihren ausdrücklichen Wunsch, e.c.). Dann versuche ich, so gut es geht, die Fakten zu erfragen und gleichzeitig die Wut und Empörung der Frau zu verstehen. Nach etwa einer Stunde Telefonat habe ich ungefähr das Problem verstanden. Es geht um den Antrag einer Betreuungserweiterung für die Wirkungskreise Aufenthaltsbestimmung und Wohnungsangelegenheiten und die Frau fühlt sich von allen Mitarbeitern: Sozialpsychiatrischer Dienst, Betreutes Wohnen, dem behandelnden Psychiater, ihrer Betreuerin, der Sachbearbeiterin von der Betreuungsstelle und von ihrer gesetzlichen Betreuerin nicht nur missverstanden, sondern auch bedroht.

Die Beschwerden, die sie dabei im Einzelnen hat, sind durchaus nachvollziehbar. So beschwert sie sich darüber, dass lange Zeit gar nichts passiert wäre, auch ihre Betreuerin nicht mit ihr nachdrücklich genug über den Zustand der Wohnung gesprochen hätte und jetzt kommen gleich alle auf einmal mit der Holzhammermethode. Im Gesundheitsamt, die Frau hätte einen Ton am Leib gehabt wie ein Feldweibel und ihr Psychiater habe ihr versucht, Medikamente zu geben, obwohl sie sie nicht vertragen habe.

Die Erzählungen über ihre Erfahrungen wird immer wieder unterbrochen durch Misstrauensäußerungen mir gegenüber und ich muss mehrfach versichern, dass ich nicht vorhabe, sie zu therapieren oder sie zu irgendetwas zu überreden. Jeden Vorschlag, den ich mache, muss ich mit dem Zusatz versehen, dass sie alleine entscheidet, was geschieht. Ihr vorrangiger Wunsch im Moment scheint zu sein, die Betreuung loszuwerden. Da dieser Wunsch aber noch nicht klar ist und

außerdem meine Konzentrationsfähigkeit nachlässt, verabrede ich, dass wir am Montag erneut telefonieren, um gemeinsam weiter zu überlegen, was man tun könnte, wenn sie es möchte.

Beim nächsten Telefonat, nicht wie besprochen Montag, sondern eine Woche später, erklärt sie, sie möchte sich von diesem ganzen Komplott befreien. Jetzt wollten die auch noch in ihre Wohnung kommen, sie habe aber nicht aufgemacht. Es ginge ihr außerdem sehr schlecht körperlich und sie müsse eigentlich dringend zum Arzt, schaffe es aber nicht. Außerdem wüssten die alle von diesem Problem noch gar nichts und wenn die das jetzt rausbekommen würden, dann wäre es ganz aus. Nachdem ich mit ihr eine Strategie erarbeitet habe, wie sie es schaffen könnte, doch zum Arzt zu gehen, kommen wir zum Thema ihrer Beschwerde zurück und sie erklärt mir diesmal klarer, dass sie die Betreuung nicht mehr möchte, da es ihr ja schon viel besser gehe.

Ich erkläre ihr, dass eine Aufhebung der Betreuung nach allem, was sie mir erzählt habe, zum jetzigen Zeitpunkt wahrscheinlich nicht durchzusetzen sei, dass aber möglicherweise die Betreuungserweiterung vermieden werden könnte, vorausgesetzt, sie wäre bereit, sich behandeln zu lassen. Sie will sich das überlegen.

In mehreren Telefonaten, in denen sie mir auch einiges über ihre Krankheitsgeschichte erzählt, schafft sie es, langsam ihre Angst zu reduzieren, nicht zuletzt deshalb, weil ich ihr erkläre, dass es keine Schande ist, wenn man es nicht schafft, die Alltagsdinge zu regeln und dass sie nicht die Einzige sei, der es so gehe. Ich vermittele einen Telefonkontakt zu einer Betroffenen, die ähnliche Probleme hatte, was ihr offensichtlich Mut machte. Schließlich schafft sie es zu ihrem Psychiater zu gehen.

Nachdem dies geschehen ist, schlage ich ihr vor, mit ihr gemeinsam zur Betreuungsstelle zu gehen, um mit der Sachbearbeiterin zu sprechen und erkläre ihr weiterhin, dass es günstig wäre, wenn sie jemand wüsste, der ihr beim Aufräumen der Wohnung nicht nur kurzfristig, sondern längerfristig helfen würde. Schließlich schafft sie es, eine Verwandte zu fragen, die sich auch bereit erklärt. Das Gespräch auf der Betreuungsstelle findet statt. Die Sachbearbeiterin versteht nach kurzer Zeit das Problem und schlägt der Frau vor, dass sie in ihrem Bericht schreiben würde, dass die Entscheidung über die Betreuungserweiterung zurückgestellt werden sollte, um abzuwarten, ob Frau B. es jetzt schafft mit Hilfe ihrer Schwester und ihres Psychiaters ihre Angelegenheiten zu regeln. Sie ist sehr erleichtert. Später telefoniere ich nochmal mit ihr wegen des Konflikts mit ihrer Betreuerin, um abzuklären, ob sie wünscht, dass dieser entweder geklärt wird

oder ob sie einen Betreuerwechsel wünscht. Nachdem nun aber die Betreuungserweiterung vorläufig vom Tisch ist, fallen ihr aber auch wieder positive Dinge ein, die diese Betreuerin für sie bereits gemacht hat und sie möchte es erst einmal so lassen, wie es ist.

Ich schildere diesen Fall deshalb so ausführlich, weil er viele typische Elemente aufweist, wie wir sie häufig bei Beschwerden erleben:

- a) Krise und Beschwerde treten in der Regel gemeinsam auf, was die Schwierigkeit beinhaltet, dass Krisenintervention und Beschwerdebearbeitung gleichzeitig erforderlich wird.
- b) der Wunsch des Betroffenen lässt sich nicht auf Anhieb erkennen, sondern es erfordert oft mehrere Gespräche, um herauszufinden, was zur Zeit der vorrangige Wunsch ist.
- c) häufig zeigt sich dann, dass der vorrangige Wunsch nicht eine wie immer geartete Konfliktklärung ist, sondern die Möglichkeit, den Ärger, die Ängste, die Verzweiflung e.c. einer außenstehenden Person, die für einen Partei ergreift und einen nicht behandeln will, mitzuteilen.
- d) die Vermischung von früheren traumatischen Erfahrungen mit der derzeitigen Situation, die Vermischung von realen Missständen und der eigenen Stresssituation.

Im obengenannten Fall hatte sich ein unguter Kreislauf ergeben zwischen dem Verhalten der Helfenden und der psychischen Situation der Frau: Es war eindeutig, dass sie Hilfe brauchte, aber auf Grund ihrer Ängste, Schuld- und Schamgefühle konnte sie diese nicht annehmen, was die Situation immer bedrohlicher werden ließ, wodurch die Professionellen sich gezwungen sahen, etwas unternehmen zu müssen, was aber den Widerstand von Frau B. noch weiter provozierte und sie sich immer „krankheitsuneinsichtiger“ zeigte, bis hin zum Antrag der Betreuungserweiterung. In diesem Fall konnte dieser Kreislauf durchbrochen werden und so wahrscheinlich eine Zwangseinweisung und mögliche Heimeinweisung vermieden werden.

Aus all dem bisher gesagten ergibt sich aus unserer Sicht:

- a) es besteht ein hoher Bedarf nach der Arbeit einer / eines Patientenanwältin / Patientenanwalt;
- b) das Angebot muss niedrigschwellig sein, d.h. es müssen Angebote in den

Einrichtungen selber gemacht werden;

c) mindestens eine(r) der Patientenanwälte sollte Psychiatrie-Erfahrene(r) sein, weil nur so das Prinzip der Parteilichkeit glaubhaft vermittelt werden kann und eine entsprechende Vertrauensebene in relativ kurzer Zeit geschaffen werden kann;

d) die Arbeit erfordert aber auch professionelle Kenntnisse wie:

Grundlegende Rechtskenntnisse, Gesprächsführung, Kenntnisse um die psychologischen Auswirkungen traumatischer Erlebnisse, Grundkenntnisse um die psychiatrischen Krankheitsbilder, Reflektionsfähigkeit und das Wissen um Übertragungs- und Gegenübertragungsphänomene.

Aus all dem ergibt sich zusammengenommen, dass die Umsetzung des Konzepts des Patientenanwalts aus unserer Sicht nur möglich ist unter folgenden Arbeitsbedingungen:

a) eine klare Akzeptanz und Unterstützung der Arbeit durch die psychiatrischen / gemeindepsychiatrischen Institutionen,

b) mindestens 2 bezahlte Halbtagsstellen,

c) die Bereitstellung eines eigenen Telefonanschlusses / Büros;

d) Supervision.

Für uns ist es bei den derzeitigen Arbeitsbedingungen nicht möglich, die Arbeit des Patientenanwaltes fortzuführen, insbesondere da die notwendige Akzeptanz und Unterstützung nicht gewährleistet ist, weshalb wir unser Amt niederlegen.

In der Beschwerdestelle, in der im Gesundheitsamt im selben Zeitraum die Profis aus den Einrichtungen mehrmals tagten, ging damals nur eine Beschwerde ein, die des Direktors der Psychiatrie in der HSK über die Tätigkeit der Patientenanwälte.