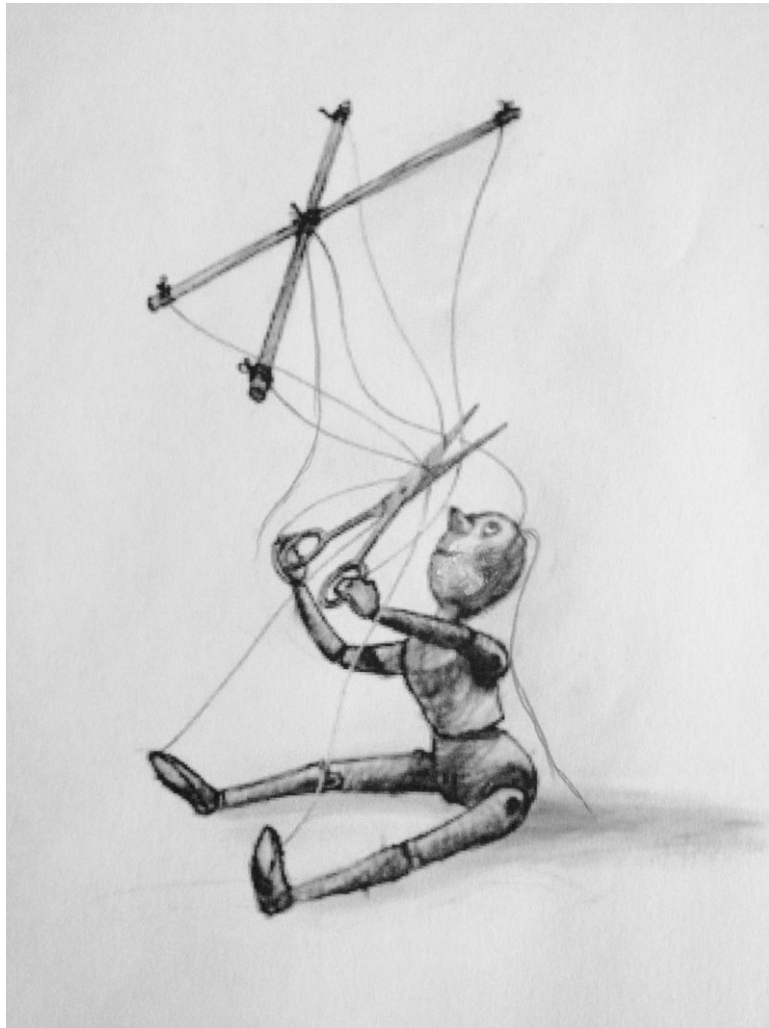


Die psychiatrische Patientenverfügung in der Sozialberatung

EINE ANALYSE DER RECHTLICHEN VERANKERUNG, DER GRUNDSÄTZE DER SELBSTBESTIMMUNG UND ERMÄCHTIGUNG SOWIE DER FÖRDERLICHEN UND HINDERLICHEN ASPEKTE IN DER BERATUNG



Eingereicht von: Mona Friedrich & Nicky Wüthrich, VZ 2017
Eingereicht am: 11. Januar 2021 bei Luca Maranta

Bachelor-Arbeit
Ausbildungsgang Sozialarbeit
Kurs VZ 2017-2021

Mona Friedrich & Nicky Wüthrich

Die psychiatrische Patientenverfügung in der Sozialberatung

**Eine Analyse der rechtlichen Verankerung, der Grundsätze der Selbstbestimmung
und Ermächtigung sowie der förderlichen und hinderlichen Aspekte in der Beratung**

Diese Arbeit wurde am **11.01.2021** an der Hochschule Luzern – Soziale Arbeit eingereicht. Für die inhaltliche Richtigkeit und Vollständigkeit wird durch die Hochschule Luzern keine Haftung übernommen.

Studierende räumen der Hochschule Luzern Verwendungs- und Verwertungsrechte an ihren im Rahmen des Studiums verfassten Arbeiten ein. Das Verwendungs- und Verwertungsrecht der Studierenden an ihren Arbeiten bleibt gewahrt (Art. 34 der Studienordnung).

Studentische Arbeiten der Hochschule Luzern – Soziale Arbeit werden unter einer Creative Commons Lizenz im Repositorium veröffentlicht und sind frei zugänglich.

Originaldokument gespeichert auf LARA – Lucerne Open Access Repository and Archive der Zentral- und Hochschulbibliothek Luzern



Dieses Werk ist unter einem
Creative Commons Namensnennung-Keine kommerzielle Nutzung-Keine Bearbeitung 3.0 Schweiz Lizenzvertrag
lizenziert.

Um die Lizenz anzuschauen, gehen Sie bitte zu <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/ch/>
Oder schicken Sie einen Brief an Creative Commons, 171 Second Street, Suite 300, San Francisco, California
95105, USA.

Urheberrechtlicher Hinweis

Dieses Dokument steht unter einer Lizenz der Creative Commons Namensnennung-Keine kommerzielle
Nutzung-Keine Bearbeitung 3.0 Schweiz <http://creativecommons.org/>

Sie dürfen:



Teilen — das Material in jedwedem Format oder Medium vervielfältigen und weiterverbreiten
Zu den folgenden Bedingungen:



Namensnennung — Sie müssen angemessene Urheber- und Rechteangaben machen, einen Link zur
Lizenz beifügen und angeben, ob Änderungen vorgenommen wurden. Diese Angaben dürfen in jeder
angemessenen Art und Weise gemacht werden, allerdings nicht so, dass der Eindruck entsteht, der Lizenzgeber
unterstütze gerade Sie oder Ihre Nutzung besonders.



Nicht kommerziell — Sie dürfen das Material nicht für kommerzielle Zwecke nutzen.



Keine Bearbeitungen — Wenn Sie das Material remixen, verändern oder darauf anderweitig direkt
aufbauen dürfen Sie die bearbeitete Fassung des Materials nicht verbreiten.
Im Falle einer Verbreitung müssen Sie anderen die Lizenzbedingungen, unter welche dieses Werk fällt,
mitteilen.

Jede der vorgenannten Bedingungen kann aufgehoben werden, sofern Sie die Einwilligung des Rechteinhabers
dazu erhalten.

Diese Lizenz lässt die Urheberpersönlichkeitsrechte nach Schweizer Recht unberührt.

Eine ausführliche Fassung des Lizenzvertrags befindet sich unter <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/ch/legalcode.de>

Vorwort der Schulleitung

Die Bachelor-Arbeit ist Bestandteil und Abschluss der beruflichen Ausbildung an der Hochschule Luzern, Soziale Arbeit. Mit dieser Arbeit zeigen die Studierenden, dass sie fähig sind, einer berufsrelevanten Fragestellung systematisch nachzugehen, Antworten zu dieser Fragestellung zu erarbeiten und die eigenen Einsichten klar darzulegen. Das während der Ausbildung erworbene Wissen setzen sie so in Konsequenzen und Schlussfolgerungen für die eigene berufliche Praxis um.

Die Bachelor-Arbeit wird in Einzel- oder Gruppenarbeit parallel zum Unterricht im Zeitraum von zehn Monaten geschrieben. Gruppendynamische Aspekte, Eigenverantwortung, Auseinandersetzung mit formalen und konkret-subjektiven Ansprüchen und Standpunkten sowie die Behauptung in stark belasteten Situationen gehören also zum Kontext der Arbeit.

Von einer gefestigten Berufsidentität aus sind die neuen Fachleute fähig, soziale Probleme als ihren Gegenstand zu beurteilen und zu bewerten. Sozialarbeiterisches Denken und Handeln ist vernetztes, ganzheitliches Denken und präzises, konkretes Handeln. Es ist daher nahe liegend, dass die Diplomandinnen und Diplomanden ihre Themen von verschiedenen Seiten beleuchten und betrachten, den eigenen Standpunkt klären und Stellung beziehen sowie auf der Handlungsebene Lösungsvorschläge oder Postulate formulieren.

Ihre Bachelor-Arbeit ist somit ein wichtiger Fachbeitrag an die breite thematische Entwicklung der professionellen Sozialen Arbeit im Spannungsfeld von Praxis und Wissenschaft. In diesem Sinne wünschen wir, dass die zukünftigen Sozialarbeiterinnen mit ihrem Beitrag auf fachliches Echo stossen und ihre Anregungen und Impulse von den Fachleuten aufgenommen werden.

Luzern, im Januar 2021

Hochschule Luzern, Soziale Arbeit
Leitung Bachelor

Abstract

Das Vorsorgeinstrument der psychiatrischen Patientenverfügung (PPV) ermöglicht es Patient*innen in psychischen Krisensituationen, sich trotz vorliegender Urteilsunfähigkeit selbstbestimmt erleben zu können und hinsichtlich der Behandlungen mitentscheiden zu dürfen. Das Recht, eine PV zu verfassen, besteht sowohl für die somatische wie auch die psychiatrische Medizin.

Diese Arbeit orientiert sich an den Fragestellungen bezüglich der Verwirklichung der Selbstbestimmung und Ermächtigung in der Beratung sowie an der verwendeten Methodik. Zudem wird auf die Handhabung rund um die PPV sowie auf die förderlichen und die hinderlichen Aspekte für die Beratung eingegangen. Des Weiteren werden Empfehlungen im Generellen erhoben.

Dazu wurden Interviews mit Expert*innen, die in Tätigkeitsbereichen der psychiatrischen Medizin arbeiten, geführt. Die Befragung erfolgte nach der Methodik des Experteninterviews und die Auswertung anhand des Verfahrens nach Mühlefeld et al..

Förderlich in der Beratung im Zusammenhang mit einer PPV sind vor allem eine tragfähige professionelle Beziehungsgestaltung als Basis, die Wahl des passenden Zeitpunkts, die interdisziplinäre Zusammenarbeit sowie die Rücksichtnahme auf die individuellen Möglichkeiten der Patient*innen und die akuten Gegebenheiten.

Hinderlich ist, wenn die obenerwähnten Aspekte gar nicht oder nur unzureichend beherzigt werden.

Die Ergebnisse zeigen, dass aufgrund einer PPV die Selbstbestimmung von Patient*innen grundsätzlich gefördert werden kann. Jedoch setzt ein erfolgreicher Beratungsverlauf ein professionelles Vorgehen in der Beratungstätigkeit voraus.

Danksagung

Die Autorinnen möchten sich an dieser Stelle bei allen Personen, welche bei der Verfassung dieser Bachelorarbeit unterstützend und begleitend mitwirkten, herzlich bedanken.

Ein besonderer Dank geht an die Fachpersonen, welche sich die Zeit für ein Interview genommen haben und die Autorinnen an ihrem Wissen teilhaben liessen sowie offen und transparent über ihre Erfahrungen erzählt haben. Dank ihrer Bereitschaft konnte diese Arbeit realisiert werden. Ebenfalls ein grosses Dankeschön richtet sich an die Fachpersonen, die auf schriftlichem Wege Auskunft gaben oder welche bei offenen Fragen gerne für die Beantwortung zur Verfügung standen. Zudem möchten die Autorinnen sich bei sämtlichen Dozentinnen und Dozenten für ihre fachliche und methodische Unterstützung während des Erarbeitungsprozesses im Rahmen der Fachpoolgespräche bedanken.

Den Personen unseres privaten Umfeldes und unseren Familien danken wir herzlich für die Unterstützung sowie die Begleitung in diesem Prozess.

Stets sind sie uns zur Seite gestanden, haben uns ermutigt und geduldig zugehört.

Inhalt

Abstract	II
Danksagung	III
Tabellenverzeichnis	VI
1. Einleitung	1
1.1 Ausgangslage	1
1.2 Relevanz für die Soziale Arbeit	2
1.3 Fragestellung	3
1.4 Abgrenzung	4
1.5 Aufbau der Arbeit	5
2. Grundsätze Selbstbestimmung und Ermächtigung	6
2.1 Definition des Begriffs «Selbstbestimmung»	6
2.1.2 Eine Annäherung aus rechtlicher Sicht	7
2.2 Definition des Begriffs «Ermächtigung»	8
2.3 Begründung der Grundsätze in der Sozialen Arbeit	9
2.4 Zwischenfazit «Selbstbestimmung» und «Ermächtigung»	10
3. Psychiatrische Patientenverfügung	11
3.1 Definition der «Patientenverfügung»	11
3.2 Rechtliche Verankerung der Patientenverfügung	12
3.2.1. Voraussetzung für einen Abschluss einer Patientenverfügung; Bezugnahme zur Urteilsfähigkeit	13
3.2.2. Geltende Formvorschriften und Verfahren	15
3.3 Differenzierungen der somatischen und der psychiatrischen Patientenverfügung	16
3.4 Inwiefern unterstützt eine PPV die Selbstbestimmung bei urteilsunfähigen Patient*innen in psychiatrischer Behandlung?	19
3.5 Zwischenfazit Patientenverfügung	22
4. Klinische Sozialarbeit	23
4.1. Beschreibung des Arbeitsfeldes und Aufgabenbereiches	24
4.2. Methodische Ansätze in der klinischen Sozialarbeit	25
4.2.1. Ressourcenorientierte Beratung	26
4.2.2. Die Wichtigkeit der Beziehungsgestaltung	26
4.1 Zwischenfazit Klinische Sozialarbeit	27
5. Forschungsdesign	28
5.1 Forschungsgegenstand und Ziel	28
5.2 Sampling	29
5.3 Forschungsmethoden	33
5.3.1 Datenerhebung	33
5.4. Datenaufbereitung und Datenauswertung	35
5.5 Zwischenfazit Auswertung Forschungsdesign sowie Reflexion	37
6. Darstellung der Forschungsergebnisse	37

6.1 Darstellung der Forschungsergebnisse in Bezug auf die Forschungsfrage	38
6.2 Grundsätze der Selbstbestimmung und der Ermächtigung	39
6.2.1 Grundsatz der Selbstbestimmung	39
6.2.2 Grundsatz der Ermächtigung mit Einbezug des Empowerments	40
6.3 Methodische Aspekte in der Beratung	41
6.3.1 Interne und externe Ressourcen.....	41
6.3.2 Beziehungsgestaltung	42
6.3.3 Förderliche Aspekte in der Beratung	43
6.3.4 Hinderliche Aspekte in der Beratung.....	46
6.4 Handhabung auf professioneller Ebene.....	49
6.4.1 Arbeitshilfen.....	49
6.4.2 Interdisziplinarität	50
6.4.3 Haltungen.....	51
6.5 Empfehlungen.....	54
6.5.1 Verbesserungen	54
6.5.2 Empfehlungen	55
6.6 Zwischenfazit Darstellung der Forschungsergebnisse	57
7. Interpretation der Ergebnisse sowie Schlussfolgerungen bezüglich der Beratung über die PPV	60
7.1 Interpretation der Ergebnisse.....	60
7.2 Schlussfolgerungen	65
8. Fazit und Ausblick	67
8.1 Fazit bezüglich der Praxisrelevanz	67
8.2 Ausblick	68
8.3 Statements der Expert*innen	69
Literaturverzeichnis	71
Anhang.....	75
A. Interviewleitfaden psychiatrische Klinik für Expertinnen und Experten:	75
B. Interviewleitfadenspsychiatrische Klinik für Studentinnen:	78
C. Interviewleitfaden Fachstelle für Expertinnen und Experten:	81
D. Interviewleitfaden Fachstelle für Studentinnen:	84
E. Codes der Experteninterviews.....	87

Hinweis:

Die gesamte vorliegende Bachelorarbeit wurde von den Autorinnen Mona Friedrich & Nicky Wüthrich gemeinsam verfasst.

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Angaben Interview, erste Auswahl (eigene Darstellung, 2020)	31
Tabelle 2: Angaben Interview, definitive Auswahl (eigene Darstellung, 2020).....	32
Tabelle 3: Kategorienschema (eigene Darstellung, 2020).....	36

Abkürzungsverzeichnis

Abs. = Absatz

Art. = Artikel

BV = Bundesverfassung

d.h. = das heisst

ebd. = von ebenda

EMRK = Europäische Konvention zum Schutze der Menschenrechte und Grundfreiheiten

FU = Fürsorgerische Unterbringung

Jh. v. Chr. = Jahrhundert vor Christus

KESB = Kindes- und Erwachsenenschutzbehörde

PV = Patientenverfügung

PPV = psychiatrische Patientenverfügung

SA = Soziale Arbeit

ZGB = Zivilgesetzbuch

zit. = zitiert

1. Einleitung

Im folgenden Kapitel wird als erstes die Ausgangslage der Forschungsarbeit beschrieben. Anschliessend erfolgt eine Begründung über die Relevanz für die Soziale Arbeit. Die Beschreibung, sowie die Abgrenzung der Forschungsarbeit von nahestehenden Themen wird im nächsten Abschnitt thematisiert. Zum Schluss des Kapitels wird der Aufbau der Forschungsarbeit dargelegt.

1.1 Ausgangslage

Ein erstes Konzept dessen, was wir heute unter einer Patientenverfügung (PV) verstehen, wurde 1969 von einem amerikanischen Anwalt namens Luis Kutner festgehalten. Rund zehn Jahre später beschrieb Thomas Szasz, amerikanischer Psychiater, seine Vorstellung einer psychiatrischen Patientenverfügung (PPV) in seiner Veröffentlichung «das psychiatrische Testament». Thomas Szasz galt als Kritiker von Massnahmen, welche in der Psychiatrie unter Zwang angewendet wurden und verlangte nach einem Instrument, welches Patient*innen der Psychiatrie ermöglichen sollte, ihre Wünsche und Vorstellungen für die Behandlung in zukünftigen akuten Krankheitsphasen zu bestimmen (Jürg Gassmann, 2017, S. 259).

Heute sind sie ein bewährtes Instrument und dienen in erster Linie dazu, um die Selbstbestimmung und Autonomie von Patient*innen zu bewahren (Gassmann, 2017, S. 257). Die PV bietet einer urteilsfähigen Person die Möglichkeit, vorausschauend zu handeln und für eine eventuelle zukünftige Krankheitssituation rechtlich bindende Anordnungen zu treffen. Diese Möglichkeit ist nicht auf eine bestimmte Krankheit oder einen Unfall beschränkt und es können umfassende Anordnungen verfasst werden. Das Recht, eine PV zu verfassen, besteht sowohl für die somatische als auch die psychiatrische Medizin. Die Verbindlichkeit einer PV kann sich von der somatischen zur psychiatrischen Medizin unterscheiden. Es zeigt sich, dass in der schweizerischen Gesetzgebung inzwischen einige Rechtsnormen bestehen, welche die Handhabung rund um die PV sowie die Umsetzung aus somatischer und psychiatrischer Perspektive aus, festlegen (Gassmann, 2017, S. 257).

Bereits die Tatsache, dass die PV im Zivilgesetzbuch rechtlich verankert ist, zeigt auf, dass es sich hierbei um Rechtsnormen handelt, womit jede Person in Berührung kommen kann; sei es in der somatischen oder in der psychiatrischen Medizin (ebd.).

Die Prinzipien «Selbstbestimmung» und «Ermächtigung» haben einen hohen Stellenwert sowohl in der Sozialen Arbeit wie auch in der Psychiatrie und Medizin. Gemäss dem Berufskodex von Avenir Social (2010) handelt es sich um Grundsätze, welche bestimmen, wie die Soziale Arbeit das moralische, berufliche Handeln in den Berufsfeldern begründet. Ausserdem sind Zielsetzungen und Verpflichtungen der Sozialen Arbeit gegenüber der Gesellschaft, dem Zusammenleben und gemeinsamen «Miteinander» ausformuliert (S. 4).

Der Grundsatz der Selbstbestimmung beschreibt, dass die Menschen ein Anrecht haben, im Hinblick auf ihr Wohlbefinden, ihre eigene Wahl sowie eigenen Entscheidungen zu treffen. Dieser Grundsatz ist prioritär, vorausgesetzt dadurch werden weder das Wohl der Person noch die Rechte und legitimen Interessen anderer Personen gefährdet (Avenir Social, 2010, S. 8).

Die Ermächtigung meint, dass zur eigenständigen und autonomen Mitwirkung einer Person an der Sozialstruktur gewährleistet sein muss, dass Individuen, Gruppen und Gemeinwesen ihre Stärken entwickeln können und zur Wahrung ihrer Rechte befähigt werden (Avenir Social, 2010, S. 9).

Damit diese Prinzipien umgesetzt und gelebt werden können, setzt dies immer auch die Information sowie die Aufklärung über das Recht und die eigenen, ganz persönlichen Möglichkeiten voraus. Betroffene Personen können im Rahmen von Beratungen über diese Möglichkeiten aufgeklärt und bei Unsicherheiten oder Schwierigkeiten unterstützt werden. Im April 2020 wurde eine Studie veröffentlicht, die zum Ziel hatte, die Haltung von Fachpersonen sowie von Patient*innen gegenüber der PV in der psychiatrischen Medizin wie auch in der somatischen Medizin eruieren zu können. Anhand von Fragebögen wurden Fachpersonen der Psychiatrie und Pflege, Psychiatriepatient*innen und Peers in der deutschsprachigen Schweiz befragt. Auf die Ergebnisse dieser Befragung wird untenstehend näher eingegangen.

Eine PV zu verfassen bedeutet oftmals zwangsläufig, bedingt durch die Thematik, eine Auseinandersetzung mit dem eigenen Leben und der eigenen Biografie, der Sterblichkeit sowie einem Kontrollverlust zu erfahren. Dies kann für betroffene Personen unter Umständen belastend und schmerzhaft sein (Michael Kammer-Spohn, 2015, S. 198). Von Seiten von Patient*innen, Angehörigen oder interessierten Personen kann diesbezüglich das Bedürfnis nach Unterstützung und Beratung entstehen.

In der Sozialen Arbeit geschieht diese Beratungs- und Unterstützungsleistung in Bezug auf die PV insbesondere auch im Rahmen des Aufgabenbereichs von Sozialarbeitenden, die in der klinischen Sozialarbeit oder in Fachstellen tätig sind.

Im nächsten Kapitel wird der Zusammenhang und die Relevanz von Vorsorgeinstrumenten wie der PV und der Sozialen Arbeit erörtert.

1.2 Relevanz für die Soziale Arbeit

Aufgrund der Verfügbarkeit von rechtlich verankerten Instrumenten, wie beispielsweise der PV in der psychiatrischen und der somatischen Medizin sowie dem Vorsorgeauftrag, können Personen in der Schweiz ihre eigene Vorsorge präzise formulieren. Die gesetzliche Verankerung dieser Instrumente hatte zum Ziel, dass die Selbstbestimmung der betroffenen Person bei Eintritt der Urteilsunfähigkeit gewahrt werden kann (Céline Suter, 2019, S. 3). Für Sozialarbeitende sind ebensolche Grundsätze, wie beispielsweise die Selbstbestimmung von Menschen zu bewahren und zu schützen, zentrale Werte und Handlungsanleitungen in der Ausübung ihrer Tätigkeit und entsprechend finden sich im Berufskodex der Sozialen Arbeit von Avenir Social diesbezügliche

Ausführungen. Insbesondere die Grundwerte der Selbstbestimmung und der Ermächtigung werden an dieser Stelle erwähnt, da die Ausformulierung einer PV und eines Vorsorgeauftrages dazu beitragen kann, dass in einem spezifischen Fall diese Werte gestärkt werden können. Sowohl die Selbstbestimmung als auch die Ermächtigung sind aus Sicht der Sozialen Arbeit von Bedeutung, da es als zentrale Aufgabe angesehen werden kann, dass das Individuum zur Wahrnehmung der eigenen Rechte befähigt wird (Avenir Social, 2010, S. 10).

Dies kann dazu beitragen, dass Individuen sich selbstwirksam erleben und unabhängiger werden können, letztendlich auch von der Sozialen Arbeit selbst (Avenir Social, 2010, S. 7).

Sozialarbeitende können die Stärkung dieser Werte unterstützen, indem über die PV sowohl informiert als auch beraten wird und betroffene Personen in diesem Prozess begleitet werden.

Dementsprechend können als Adressat*innen dieser Arbeit Personen benannt werden, welche sich für die Thematik interessieren und darüber informieren möchten sowie Personen, welche im Rahmen ihrer beruflichen Tätigkeit damit in Berührung kommen.

Das folgende Kapitel widmet sich den Fragestellungen, welche die Grundlage dieser Arbeit bilden und anhand deren die inhaltliche Strukturierung gestaltet wurde. Zudem dienen die Fragestellungen als Orientierungspunkte über den gesamten Verlauf der Arbeit hinweg und sollen schliesslich beantwortet werden.

1.3 Fragestellung

In dieser Forschungsarbeit soll der Aspekt der Beratung (in der klinischen Sozialarbeit) näher betrachtet werden. Die Autorinnen möchten eruieren, welches aus Sicht der Sozialarbeitenden förderliche und hinderliche Aspekte sind, wenn über die PPV beraten wird. Ausserdem soll das Augenmerk darauf liegen, welche Methoden und Instrumente in der Beratung angewendet werden und zielführend sein können.

Schliesslich soll herausgearbeitet werden, inwiefern sich aus den förderlichen Aspekten Empfehlungen für die Beratung ableiten und wie sich die hinderlichen Aspekte beeinflussen lassen. Ausserdem möchten die Autorinnen in Erfahrung bringen, welche Elemente aus Sicht der Fachpersonen dazu beitragen, dass die Information über die PPV in der Beratung gefördert wird. Um dies beantworten zu können, dienen folgende Theorie- und Forschungsfragen zur Orientierung.

Theoriefragen

- Wie werden die Grundsätze der «Selbstbestimmung» und «Ermächtigung» (aus dem Berufskodex der Sozialen Arbeit) in der Beratung der Sozialarbeit begründet?
- Was wird unter einer psychiatrischen Patientenverfügung (PPV) verstanden?
 - Wie ist die Patientenverfügung rechtlich verankert?

- Wie lässt sich die psychiatrische Patientenverfügung gegenüber der Patientenverfügung in der somatischen Medizin abgrenzen?
 - Inwiefern unterstützt eine PPV die Selbstbestimmung bei urteilsunfähigen Patient*innen in psychiatrischer Behandlung?
- Inwiefern wird die Beziehungsgestaltung sowie der Beratungsansatz des ressourcenorientierten Arbeitens in der Beratung der klinischen Sozialen Arbeit gelebt?

Forschungsfragen

- Welche Erfahrungen machen Fachpersonen der SA sowie weiterer Disziplinen hinsichtlich der Grundsätze der Selbstbestimmung und der Ermächtigung sowie der Handhabung auf professioneller Ebene in Bezug auf die konkreten Arbeitsweisen in der Beratung über die PPV? Welches sind aus der Sicht der Fachpersonen der SA sowie weiterer Disziplinen förderliche und hinderliche Aspekte in der Beratung (über die PPV) bezüglich der Gesprächsführung, der Methodik sowie des Settings?
- Welche Empfehlungen im Generellen lassen sich davon ableiten?

Anhand der obenstehenden Forschungsfragen sollen durch den Feldzugang neue Erkenntnisse eruiert werden, welche anschliessend in einem Auswertungsverfahren bearbeitet und mit der ausgewählten Fachliteratur in Verbindung gebracht werden. Schliesslich sollen die Forschungsfragen beantwortet sowie Empfehlungen über die Handhabung von eher förderlichen und eher hinderlichen Aspekten in der Beratung eruiert und die Frage nach der Information und Aufklärung über die PPV in der Beratung erörtert werden. Im Folgenden ist die entsprechende Fragestellung aufgeführt:

- Welche Empfehlungen lassen sich aus den förderlichen Aspekten für die Beratung ableiten und wie lassen sich die hinderlichen Aspekte beeinflussen? Welche Elemente können aus Sicht der Fachpersonen der klinischen Sozialarbeit dazu beitragen, dass die Information und Aufklärung über die PPV (in der Beratung) gefördert wird?

Im nachfolgenden Kapitel wird dargestellt, an welchen Stellen die Abgrenzung gemacht wird und welchen Perspektiven und Fragestellungen dementsprechend in dieser Arbeit nicht nachgegangen wird.

1.4 Abgrenzung

Die Forschungsarbeit befasst sich mit den förderlichen und hinderlichen Aspekten in der Beratung über die PPV in der klinischen Sozialarbeit. Es werden Fachpersonen befragt, welche in Psychiatrien oder Fachstellen tätig sind und mit dieser Thematik in Berührung kommen. Die

Autorinnen schränken sich auf die Berufsgruppe der Sozialarbeitenden ein und befragen zudem Fachpersonen von weiteren Disziplinen. Es werden keine betroffenen Personen befragt, da sich die Forschungsfragen auf die Beratung in der klinischen Sozialarbeit beziehen und die Perspektive der Fachpersonen beleuchtet werden soll. Bei der Befragung stehen weder die Krankheitsbilder noch das Alter und Geschlecht der befragten Personen im Vordergrund. Es soll zudem nicht erhoben werden, wie viele PPV in der Schweiz in einem gewissen Zeitraum erstellt werden.

Folgende Ausführungen beschreiben den Aufbau dieser Arbeit sowie die detaillierten Inhalte der jeweiligen Kapitel.

1.5 Aufbau der Arbeit

Zu Beginn der Arbeit wird im Theoriekapitel auf die Grundsätze der “Selbstbestimmung” und “Ermächtigung” (aus dem Berufskodex der Sozialen Arbeit) eingegangen und diese näher erläutert. Bezugnehmend auf die Beratung in der Sozialarbeit wird zudem beschrieben, welche Wirksamkeit die Klientel erfahren kann, wenn der Beratungsprozess anhand dieser Grundsätze mitgestaltet werden kann.

Im nachfolgenden Kapitel wird die PV erläutert und auf die rechtlichen Aspekte eingegangen. Es werden sowohl die rechtliche Verankerung aufgezeigt als auch die Voraussetzungen erläutert, welche gegeben sein müssen, damit für die verfasste PV eine rechtliche Verbindlichkeit besteht. Des Weiteren werden die Unterschiede zwischen der PV aus der somatischen Medizin und der PV aus der psychiatrischen Medizin dargelegt. Anschliessend gibt das vierte Kapitel Auskunft über die Beziehungsgestaltung sowie den Beratungsansatz des ressourcenorientierten Arbeitens. Bevor die beiden methodischen Aspekte präzisiert werden, wird am Anfang des vierten Kapitels in das Arbeitsfeld der klinischen Sozialarbeit eingeführt.

Im darauffolgenden Kapitel wird das Forschungsdesign dieser Arbeit ausgeführt. Es wird der Forschungsgegenstand und das Ziel der Forschung definiert. Im Unterkapitel des Samplings wird das Vorgehen zur Auswahl der Expert*innen für die Forschung aufgezeigt. Im Anschluss an das Sampling werden die ausgewählten Forschungsmethoden erläutert. Im darauffolgenden Kapitel werden die erhobenen Daten aus der qualitativen Sozialforschung dargestellt und mit der zuvor erläuterten Fachliteratur verknüpft.

Nachfolgend wird die letzte Fragestellung nach den förderlichen und hinderlichen Aspekten in der Beratung bearbeitet, mit dem Ziel, Schlussfolgerungen zu ziehen und mögliche Empfehlungen rund um die Beratung über die PPV für die Praxis ableiten zu können. Schliesslich wird im letzten Kapitel dieser Arbeit nochmals Bezug auf die Fragestellungen genommen, entsprechend wird ein Fazit gezogen und ein Ausblick gemacht, welcher die Arbeit abrunden soll.

2. Grundsätze Selbstbestimmung und Ermächtigung

Um im weiteren Verlauf dieser Arbeit Schlussfolgerungen über die Bedeutsamkeit des Vorsorgeinstrumentes der PV in der Beratung der Sozialarbeit ziehen zu können, werden an dieser Stelle anfänglich die Prinzipien der «Selbstbestimmung» und der «Ermächtigung», in Verbindung mit «Empowerment» und anhand der nachstehenden Fragestellung, erläutert:

- *Wie werden die Grundsätze der «Selbstbestimmung» und «Ermächtigung» (aus dem Berufskodex der Sozialen Arbeit) in der Beratung der Sozialarbeit begründet?*

Mit der Revision des Erwachsenenschutzrechts im Jahre 2013 wurde die PV gesetzlich verankert, um das individuelle Selbstbestimmungsrecht zu fördern. Insbesondere in einer Phase, in der eine Person urteilsunfähig wird. Dies, mit dem Ziel, die Selbstbestimmung einer Person über den Eintritt einer Urteilsunfähigkeit hinaus zu sichern. Die PV ermöglicht somit einer Patient*in, in der Zeit einer Urteilsunfähigkeit, das Recht auf Selbstbestimmung und Autonomie zu wahren (Suter, 2019, S. 3).

Im folgenden Kapitel werden anfangs die beiden Begriffe der Selbstbestimmung und der Ermächtigung genauer erläutert.

2.1 Definition des Begriffs «Selbstbestimmung»

Die Selbstbestimmung meint, dass ein Individuum über sich selbst und insbesondere über die eigenen Gefühle, die Gedanken sowie die Wünsche und Vorstellungen bestimmen kann. Allerdings meint die Selbstbestimmung nicht, dass die eigenen Interessen und Bedürfnisse rücksichtslos durchgesetzt werden (Daniel Rosch, 2015, S. 216).

Nicht in jedem Fall kann trennscharf zwischen dem ganz eigenen, persönlichen «Selbst» und den Anteilen, welche aufgrund der Sozialisation sowie Anpassung zum eigenen «Selbst» hinzugekommen sind, unterschieden werden. Sicherlich bedingt es ein hohes Mass an Reflexionsfähigkeit bezüglich des eigenen Selbstbildes und den eigenen Verhaltensweisen, um eruieren zu können, inwiefern gesellschaftliche Prägungen miteinwirken (Rosch, 2015, S. 217).

Zudem bedeutet die Wahrnehmung der eigenen Selbstbestimmung, dass in der Regel Entscheidungen nicht zufällig getroffen werden. Somit werden die damit einhergehenden moralischen und rechtlichen Konsequenzen des gefällten Entscheides und dementsprechend auch die Verantwortung dafür getragen (ebd.).

Wenn ein Individuum sich zu einer selbstbestimmten Handlung entschliesst, bedingt dies die Notwendigkeit einer sozialen Anerkennung durch andere Personen, welche die Handlungen und Entscheidungen anerkennen und respektieren. Um jedem Individuum eine Chance auf die Wahrnehmung der eigenen Selbstbestimmung gewähren zu können, muss zudem auf

gesellschaftlicher Ebene die Bereitschaft sowie der Wille bestehen, um Menschen mit Schwächezuständen eine Selbstbestimmung zu ermöglichen (Rosch, 2015, S. 218).

In der Schweiz wurde im Rahmen der Revision des Erwachsenenschutzrechts entschieden, dass die Selbstbestimmung zukünftig als Zielsetzung gelten sollte und insbesondere die eigene Vorsorge eine stärkere Gewichtung erfährt (ebd.).

Das folgende Unterkapitel umfasst die Verordnung des Grundsatzes der Selbstbestimmung hinsichtlich der Gesetzgebung und der rechtlichen Aspekte.

2.1.2 Eine Annäherung aus rechtlicher Sicht

Die Selbstbestimmung galt als eines der Leitprinzipien bei der Revision des Erwachsenenschutzrechtes im Jahr 2013. Die Instrumente, welche zur Wahrung der Selbstbestimmung im Falle einer Urteilsunfähigkeit ihre Wirkung entfalten können, sind der Vorsorgeauftrag sowie die Patientenverfügung, welche seit 2013 im ZGB rechtlich verankert sind. Ebendiese Vorsorgeinstrumente sollen gewährleisten, dass der persönlichen Willensäußerung (im Sinne einer privatrechtlichen Vorkehrung) der Vorzug gegenüber behördlichen Massnahmen gegeben werden kann.

Das Leitprinzip der Selbstbestimmung war allerdings bereits in verschiedenen Gesetzgebungen enthalten, noch bevor das neue Erwachsenenschutzrecht 2013 in Kraft trat (Carmen Ladina Widmer Blum, 2010, S. 7-8).

Das Recht auf Selbstbestimmung kann auf europäischer Ebene aus der EMRK abgeleitet werden. Üblicherweise werden hierbei die Ausführungen nach Art. 8 EMRK zitiert, welcher den Schutz des Privat- und Familienlebens beinhaltet (Widmer Blum, 2010, S. 10). Der Gesetzesartikel 8 der EMRK lautet wie folgt:

Recht auf Achtung des Privat- und Familienlebens

1 Jede Person hat das Recht auf Achtung ihres Privat- und Familienlebens, ihrer Wohnung und ihrer Korrespondenz.

2 Eine Behörde darf in die Ausübung dieses Rechts nur eingreifen, soweit der Eingriff gesetzlich vorgesehen und in einer demokratischen Gesellschaft notwendig ist für die nationale oder öffentliche Sicherheit, für das wirtschaftliche Wohl des Landes, zur Aufrechterhaltung der Ordnung, zur Verhütung von Straftaten, zum Schutz der Gesundheit oder der Moral oder zum Schutz der Rechte und Freiheiten anderer.

Im weiteren Sinne umfasst der Artikel das Recht auf Selbstbestimmung und Entscheidungsfreiheit in Bezug auf den Namen, die geschlechtliche Ausrichtung, das Sexualleben, die Identifizierung mit dem Geschlecht, die körperliche Integrität und Gesundheit, wie sowohl geschäftliche und berufliche Aktivitäten als auch allgemeine Beziehungen zu anderen Menschen.

Nebst der EMRK leitet sich das Grundrecht der Selbstbestimmung in erster Linie von der schweizerischen Rechtsordnung der BV ab.

Insbesondere sind diesbezüglich aus der BV die folgenden zwei Artikel zu nennen:

Als Erstes der Art. 10 das Grundrecht auf Leben (Abs. 1) sowie auf persönliche Freiheit (Abs. 2) und Zweitens der Art. 7 die Würde jedes Menschen ist unantastbar, sie sei zu achten und zu schützen (BV Art. 10 und 7).

Die persönliche Freiheit beinhaltet sowohl den Schutz der körperlichen wie auch der psychischen Integrität des Menschen. Zudem wird bestimmt, dass in wichtigen Angelegenheiten der Identitätsbildung jede Person frei und autonom entscheiden darf. Eine Umschreibung des Satzes «die Würde des Menschen ist unantastbar» kann sein, dass jede Person als eigenständiges und einzigartiges Individuum behandelt werden muss und keine Objektivierung vorgenommen werden darf (Widmer Blum, 2010, S. 12-13).

Auf der Ebene des ZGB werden in den Artikeln 360 bis 363 ZGB Instrumente zur Selbstbestimmung bei allfälliger Urteilsunfähigkeit aufgeführt (Christina Fountoulakis & Daniel Rosch, 2018, S. 496).

Wie obenstehend bereits erwähnt, handelt es sich hierbei um den Vorsorgeauftrag sowie die PV.

Aus Sicht der Sozialen Arbeit wird der Grundsatz der Selbstbestimmung in dem Berufskodex von Avenir Social (2010) näher bestimmt:

«Das Anrecht der Menschen, im Hinblick auf ihr Wohlbefinden, ihre eigene Wahl und Entscheidung zu treffen, geniesst höchste Achtung, vorausgesetzt, dies gefährdet weder sie selbst noch die Rechte und legitimen Interessen anderer Personen.» (S. 8).

Diese Definition ist angelehnt an die rechtliche Verankerung aus der schweizerischen Rechtsordnung und umfasst ethische Richtlinien für das moralische berufliche Handeln der Sozialen Arbeit (Avenir Social, 2010, S. 4).

In den sozialarbeiterischen Praxisfeldern dient der Berufskodex als wegweisende Handlungsanleitung und den Fachpersonen zur Bildung der persönlichen Werthaltung (ebd).

Nachfolgendes Kapitel umfasst eine Begriffserläuterung zur «Ermächtigung».

2.2 Definition des Begriffs «Ermächtigung»

Avenir Social (2010), der Berufsverband Soziale Arbeit Schweiz, erläutert den Grundsatz der Ermächtigung folgendermassen: «Die eigenständige und autonome Mitwirkung an der Gestaltung der Sozialstruktur setzt voraus, dass Individuen, Gruppen und Gemeinwesen ihre Stärken entwickeln und zur Wahrung ihrer Rechte befähigt und ermächtigt sind.» (S. 9).

Aus Sicht des Berufsverbandes sollte eine Gesellschaft dafür Sorge tragen, dass für Individuen nebst der Wahrnehmung der eigenen Selbstbestimmung ebenfalls die Möglichkeit zur Teilnahme und Teilhabe gewährleistet ist (ebd.).

Sozialarbeitenden kommt hierbei die Aufgabe zu, dass insbesondere Menschen mit einem Schwächezustand bestärkt und zur Wahrung sowie Wahrnehmung ihrer eigenen Rechte befähigt werden können und somit in der Konsequenz dazu auch ermächtigt werden (ebd.).

Im nächsten Kapitel werden die Grundsätze der «Selbstbestimmung» und der «Ermächtigung» in Verbindung mit der Sozialen Arbeit gebracht sowie spezifische Konzepte und Wirkfaktoren beschrieben.

2.3 Begründung der Grundsätze in der Sozialen Arbeit

Wie oben aufgeführt verpflichtet sich die Soziale Arbeit dazu, dass Menschen beraten, begleitet und bestärkt werden, um ihre eigene Selbstbestimmung wahrnehmen zu können. Zudem sollen Menschen zur Wahrung und Wahrnehmung ihrer eigenen Rechte unterstützt, befähigt und ermächtigt werden. Dem Schutz und der Stärkung der Rechte und individuellen Möglichkeiten des Individuums kommt hierbei eine grosse Bedeutung zu.

Zur konkreten Umsetzung dieser Grundsätze in der Arbeitstätigkeit von Sozialarbeitenden werden bewährte und neuere Konzepte und Methoden verwendet.

An dieser Stelle wird insbesondere das Konzept des Empowerments benannt, welches die Ressourcen, sowie die Selbstgestaltungskräfte von Menschen im Fokus hat. «Empowerment» steht für die Selbstbefähigung und Selbstbemächtigung eines Individuums (Norbert Herriger, 2020, S. 20 – 21).

Diesbezüglich wird davon ausgegangen, dass Menschen durch die Aufrechterhaltung, die Aktivierung und den Ausbau der eigenen Ressourcen in der Lage sind, die eigenen, allenfalls belastenden und herausfordernden Lebensumstände konstruktiv zu verändern (Herriger, 2020, S. 7). Gemäss dem Konzept des Empowerments sollten Menschen grundsätzlich dazu befähigt werden ihre eigenen Stärken zu entdecken oder weiterzuentwickeln, sowie ihre Fähigkeiten zur Selbstbestimmung und Selbstveränderung entfalten zu können. Zudem sollten Menschen begleitet und darin unterstützt werden, eigene Ziele und Perspektiven erarbeiten zu können und schliesslich an sozialer Teilhabe und Teilnahme sowie an Selbstbestimmung und Autonomie dazuzugewinnen (Herriger, 2020, S. 7).

Die gesellschaftlichen Entwicklungen der Neuzeit bringen mit sich, dass die Menschen sich heute mit einer Vielfalt von möglichen Lebensoptionen und -entwürfen auseinandersetzen können. Damit einhergehend gilt es in hohem Masse Entscheidungen zu treffen und diesbezüglich die Verantwortung zu übernehmen. Eben solche Entscheidungen müssen von Individuen in beinahe sämtlichen Phasen des Lebens eigenständig getroffen werden und beinhalten Entwicklungsschritte, welche von Individuen üblicherweise gemacht werden (Herriger, 2020, S. 47–48). Dieser Individualisierungsprozess kann entsprechend mit einem Zwang einhergehen, sich als selbstbestimmender Mensch immer wieder mit neuen biographischen Situationen zu konfrontieren und auseinanderzusetzen (Herriger, 2020, S. 48).

Wenn Individuen in der Bewältigung solcher herausfordernder Entwicklungsaufgaben bei sich einen Bedarf an Unterstützung feststellen oder aufgrund von Umständen gezwungenermassen die Beratung und Begleitung von Fachpersonen in Anspruch nehmen müssen, werden hierbei oftmals Sozialarbeitende tätig.

Wenn es gelingt die Menschen dazu zu befähigen, dass sie die eigenen Stärken und Ressourcen entdecken und weiterentwickeln können sowie die eigenen Rechte wahren und sich selbstbestimmt erleben können, könnte dies gemäss Wulf Rössler und Christoph Lauber (2013) zu einer generellen Erhöhung der Lebensqualität führen. Weiter können Wirkungen des Empowerments sein, dass die Individuen zu einer positiven Einstellung über das Leben finden und dass sie oftmals ein gutes, stabiles Selbstbewusstsein aufweisen und sich ihrer eigenen Kraft bewusst sind (S. 360–361).

Im folgenden Zwischenfazit wird die zu Beginn des Kapitels gestellte Fragestellung nochmals aufgenommen und zusammenfassend beantwortet.

2.4 Zwischenfazit «Selbstbestimmung» und «Ermächtigung»

- *Wie werden die Grundsätze der «Selbstbestimmung» und «Ermächtigung» (aus dem Berufskodex der Sozialen Arbeit) in der Beratung der Sozialarbeit begründet?*

Sozialarbeitende orientieren sich in der Ausübung ihrer Tätigkeit am Berufskodex, welcher vom Berufsverband Avenir Social herausgegeben wird. Im Berufskodex werden unter anderem die leitenden Grundsätze der «Selbstbestimmung» und der «Ermächtigung» erläutert.

Sozialarbeitende geben im Rahmen der Ausübung ihrer Tätigkeit darauf acht, die Klientel hinsichtlich dieser Grundsätze zu beraten, zu unterstützen und zu befähigen.

Diesbezüglich kann die konkrete Beratungstätigkeit anhand von Konzepten, wie beispielsweise dem Konzept des Empowerments von Individuen, gestaltet werden.

Zusammengefasst bedeutet «Empowerment», dass Menschen durch die Aktivierung und den Ausbau eigener Ressourcen in ihrer Selbstbefähigung unterstützt werden und sich dazu in der Lage zeigen, die eigenen Lebensumstände konstruktiv verändern zu können.

Um sich als Individuum selbstbestimmt erleben zu können, bedingt, dass über die eigenen Gefühle und Gedanken, über die eigenen Wünsche, Ziele und Perspektiven eigenständig bestimmt werden kann. Damit allen Individuen eine Chance zur Wahrnehmung der eigenen Selbstbestimmung gewährt werden kann, muss auf gesellschaftlicher Ebene die Bereitschaft bestehen, um auch Menschen mit Schwächezuständen eine Selbstbestimmung zu ermöglichen.

In der Schweiz wurde im Rahmen der Revision des Erwachsenenschutzrechts der selbstbestimmten Vorsorge unter anderem dadurch eine stärkere Gewichtung zugesprochen, indem die Vorsorgeinstrumente im ZGB gesetzlich verankert wurden.

Sozialarbeitende können die Klientel im Rahmen ihrer Arbeitstätigkeit durch die Beratung und Aufklärung in der Wahrnehmung ihrer Rechte unterstützen und sie bestenfalls dazu befähigen sowie ermächtigen, ihre persönlichen Möglichkeiten zu nutzen.

Im folgenden Kapitel wird die PV näher beleuchtet sowie die rechtliche Verankerung beschrieben. Zudem werden die Unterschiede zwischen der PV in der somatischen Medizin sowie der psychiatrischen Medizin erläutert.

3. Psychiatrische Patientenverfügung

Dieses Kapitel umfasst eine Darlegung der Ursprünge der PV und eine Beschreibung der Ausgestaltung dieses Vorsorgeinstrumentes sowie die Bezugnahme zur Gesetzgebung.

Des Weiteren werden die nachfolgenden Fragestellungen mit Fokus auf die PV in der psychiatrischen Medizin ausgearbeitet:

- *Was wird unter einer psychiatrischen Patientenverfügung (PPV) verstanden?*
 - *Wie ist die Patientenverfügung rechtlich verankert?*
 - *Wie lässt sich die psychiatrische Patientenverfügung gegenüber der Patientenverfügung in der somatischen Medizin abgrenzen?*
 - *Inwiefern unterstützt eine PPV die Selbstbestimmung bei urteilsunfähigen Patient*innen in psychiatrischer Behandlung?*

Zu Beginn werden die Ursprünge der PV sowie Sinn und Zweck dieses Vorsorgeinstrumentes beschrieben.

3.1 Definition der «Patientenverfügung»

Wie an anderer Stelle in dieser Arbeit bereits beschrieben, liegen die Ursprünge der PV in den USA. Das erste Konzept einer PV wurde durch Luis Kutner 1969 verfasst und anhand der Vorstellungen einer Bewegung begründet, welche für mehr Mitsprache betroffener Personen an medizinischen Massnahmen einstand, sowie sich für die Aufklärung über die Rechte von Patient*innen engagierte (Gassmann, 2017, S. 257-259).

Thomas Szasz, ein amerikanischer Psychiater, beschrieb rund zehn Jahre später in einer Veröffentlichung seine Gesichtspunkte bezüglich des Rechts auf Selbstbestimmung in der psychiatrischen Medizin und legte damit einen Grundstein für die PPV (Gassmann, 2017, S. 257-259).

Seit 2013 sind ebendiese Vorsorgeinstrumente auch im schweizerischen Recht verankert und dienen in erster Linie dazu, die Selbstbestimmung und die Autonomie von Patient*innen zu bewahren (ebd.).

In einer PV werden ausschliesslich Wünsche und Rechte bezüglich medizinischer Massnahmen ausformuliert (Fountoulakis & Rosch, 2018, S. 502). Ebenfalls bietet die PV einer urteilsfähigen Person die Möglichkeit, vorausschauend zu handeln und für eine eventuelle zukünftige Krankheitssituation rechtlich bindende Anordnungen zu treffen. Diese Möglichkeit ist nicht auf eine bestimmte Krankheit oder einen Unfall beschränkt und die Wünsche und Anordnungen können umfassend beschrieben werden. Das Recht eine PV zu verfassen besteht sowohl für die somatische als auch für die psychiatrische Medizin (Gassmann, 2017, S. 257). Insbesondere beinhaltet die PV diagnostische, therapeutische und pflegerische Massnahmen und kann sich ebenfalls auf kurative und palliative Methoden beziehen (Fountoulakis & Rosch, 2018, S. 502). Nebst den persönlichen Willensäusserungen, bezüglich der medizinischen Massnahmen für zukünftige Ereignisse kann in der PV zudem eine Person bestimmt werden, welche im Fall der Urteilsunfähigkeit stellvertretend für die betroffene Person Entscheidungen treffen kann (Suter, 2019, S. 3).

Im Falle einer Urteilsunfähigkeit des Patienten hat die behandelnde Fachperson die Pflicht, anhand einer in Art. 378 ZGB bestimmten Reihenfolge, die nahestehenden Personen zu kontaktieren und nach dem mutmasslichen Willen der betroffenen Person zu befragen. Falls die betroffene Person in ihrer PV eine stellvertretende Person bestimmt hat, wird diese gemäss der vorgeschriebenen Kaskade als erstes durch die Fachperson kontaktiert (Fountoulakis & Rosch, 2018, S. 506-507). Die PV kann auf der KVG-Versicherungskarte hinterlegt und mit einem Zugangscode eingesehen werden. Zudem gibt es private Anbieter, welche eine solche Hinterlegung kostenpflichtig anbieten. Eine Kopie der PV an nahestehende Personen oder der/dem Hausarzt*in auszuhändigen, wird ebenfalls empfohlen (Fountoulakis & Rosch, 2018, S. 503).

Die PPV kommt beim Auftreten der Urteilsunfähigkeit in einer psychischen Krisensituation zum Zuge. Die PPV wird gewöhnlich von Personen verfasst, welche bereits Psychatrieerfahrungen aufweisen und oftmals unter chronischen psychischen Erkrankungen leiden sowie den Wunsch haben ihre Behandlungspräferenzen und Bedürfnisse für einen zukünftigen Krankheitsschub festhalten zu können (Gassmann, 2017, S 261). Es wird kaum vorkommen, dass eine gesunde Person eine PPV errichtet, da das Risiko einer psychischen Erkrankung verdrängt wird und psychische Krankheiten trotz ihrer grossen Verbreitung in unserer Gesellschaft nach wie vor stark tabuisiert sind (Gassmann, 2017, S 263).

Die nachfolgenden Ausführungen umfassen die Gesetzgebung sowie die rechtliche Verankerung der Patientenverfügung.

3.2 Rechtliche Verankerung der Patientenverfügung

Im ZGB unter Art. 360-387 sieht der Erwachsenenschutz Alternativen zu den behördlichen Massnahmen vor. Hierbei handelt es sich zum einen um Bestimmungen zur persönlichen Vorsorge, welche von einer urteilsfähigen Person für den Fall der eigenen Urteilsunfähigkeit genutzt werden können und zum anderen werden durch den Gesetzgeber Vorgehensweisen bestimmt, welche beim

Auftreten gewisser Konstellationen greifen. Sollte eine Person eine andere Vorgehensweise wünschen, als dies durch den Gesetzgeber erlassen wurde, kann sie die Instrumente der persönlichen Vorsorge in Anspruch nehmen und beispielsweise einen Vorsorgeauftrag oder eine PV ausformulieren (Fountoulakis & Rosch, 2018, S. 496-497).

Die PV existierte bereits vor der Revision der Gesetzgebung zum Erwachsenenschutz im Jahr 2013 und wurde dabei allerdings auch auf Bundesstufe im ZGB verankert. Entsprechend umfassen die Gesetzesartikel 370 - 373 im ZGB die Ausführungen zur persönlichen Vorsorge und insbesondere zur PV. Dies sollte auch dazu dienen, dem Anspruch nach Vereinheitlichung nachzukommen sowie zur Klärung einzelner Punkte beizutragen, in deren Auslegung zuvor eine gewisse Unsicherheit herrschte. Der Gesetzgeber verzichtete bewusst darauf eine Anforderung zu bestimmen, welche beinhalten würde, dass alle Personen sich im Vorfeld zur Ausformulierung einer PV ärztlich beraten lassen müssen. Dies aufgrund der Tatsache, dass es in der Eigenverantwortung der betroffenen Personen liegt, sich diesbezüglich ausreichend über die medizinischen Möglichkeiten, die Risiken und mögliche Alternativen zu informieren (Fountoulakis & Rosch, 2018, S. 502).

Nachfolgend werden die Voraussetzungen beschrieben, welche bestehen müssen, damit eine PV im Falle einer zukünftigen Urteilsunfähigkeit als rechtlich verbindlich gilt. Des Weiteren erfolgt eine Annäherung an den Begriff der Urteilsfähigkeit.

3.2.1. Voraussetzung für einen Abschluss einer Patientenverfügung; Bezugnahme zur Urteilsfähigkeit

Als wichtigste Voraussetzung gilt, dass eine Person, welche eine PV ausformuliert, zu diesem Zeitpunkt urteilsfähig ist (selbst wenn die Person zu ebendiesem Zeitpunkt nicht handlungsfähig sein sollte) (Fountoulakis & Rosch, 2018, S. 502). Die «Urteilsfähigkeit» stammt nicht aus dem medizinischen Bereich, sondern es handelt sich dabei um einen gesetzlich vorgegebenen Rechtsbegriff (Regina Aebi-Müller, 2014, S.9). Dieser wird in Art 16 ZGB wie folgt definiert:

«Urteilsfähig im Sinne dieses Gesetzes ist jede Person, der nicht wegen ihres Kindesalters, infolge geistiger Behinderung, psychischer Störung, Rausch oder ähnlicher Zustände die Fähigkeit mangelt, vernunftgemäss zu handeln».

Entsprechend dieses Gesetzesartikels steht die Urteilsfähigkeit einer Person in Verbindung damit, dass eine Person in der Lage ist, vernunftgemäss handeln zu können. Die Urteilsfähigkeit und die Handlungsfähigkeit werden hierbei differenziert und in Art 13 ZGB werden die Voraussetzungen definiert, wonach eine Person als handlungsfähig gilt:

Gemäss Art 13 ZGB setzt die volle Handlungsfähigkeit die Volljährigkeit und die Urteilsfähigkeit voraus. Zudem darf die Handlungsfähigkeit entsprechend nicht durch eine Massnahme des Erwachsenenschutzes eingeschränkt sein (Aebi-Müller, 2014 S. 6-7). Wenn eine Person als handlungsfähig gilt, dann kann sie Handlungen vornehmen, welche eine rechtliche Veränderung herbeiführen (Widmer Blum, 2010 S. 32).

Gemäss Widmer Blum (2010) gilt bei der Urteilsfähigkeit das "Alles-oder-nichts-Prinzip". Dies bedeutet, dass entweder eine absolute Urteilsfähigkeit oder eine vollständige Urteilsunfähigkeit vorliegt. Die Urteilsfähigkeit ist eine essenzielle Voraussetzung zur Handlungsfähigkeit. Ist diese nicht gegeben, kann die betroffene Person grundsätzlich keine Rechtsgeschäfte abschliessen (S. 38). Widmer Blum beschreibt: «die Urteilsfähigkeit als Zusammenspiel sowohl biologischer als auch psychologischer Aspekte. Demnach wird eine Person dann als urteilsunfähig betrachtet, wenn ihr ein objektiver biologischer Grund die Ausübung ihrer geistigen Fähigkeit verunmöglicht» (S. 39). Wenn eine Person eine Handlung ausführt, welche als nicht vernunftgemäss angesehen wird, aber der objektive Grund nicht bestimmt werden kann, dann wäre hierbei gemäss Widmer Blum die Voraussetzung, dass die Person als urteilsunfähig gilt, nicht gegeben (Widmer Blum, 2010, S. 39-42).

Allerdings gilt der Begriff des vernunftgemässen Handelns als «relativ», da vernunftgemäss zu handeln bedeutet, dass eine Person dazu in der Lage ist, die Tragweite einer bestimmten Handlung sowie deren Auswirkungen abzuschätzen und dies zudem rational beurteilen zu können. Infolgedessen, dass das vernunftgemässe Handeln und die Urteilsfähigkeit in direktem Zusammenhang stehen und es sich hierbei um eine relative Begrifflichkeit handelt, wird auch die Urteilsfähigkeit als relativer Begriff betrachtet. Um die Urteilsfähigkeit einer Person im Allgemeinen beurteilen zu können wird nach der Art, der Schwierigkeit sowie der Wichtigkeit eines Rechtsgeschäfts gefragt und aufgrund dessen wird in einem ersten Schritt die Komplexität des Geschäfts eingeschätzt. Hierbei gilt als Richtwert: Je komplexer das Geschäft sich darstellt, umso höher sind die Anforderungen an die Urteilsfähigkeit einer Person. Als weitere Komponente wird die Tragweite des Geschäfts miteinbezogen. Anhand der Einschätzungen über die obenstehenden Komponenten des Rechtsgeschäftes kann schliesslich die Urteilsfähigkeit der Person beurteilt werden (Widmer Blum, 2010, S. 39-42).

Zusammengefasst und in Bezug auf die PV bedeutet dies, dass eine Person in der Lage sein muss, sich mit den eigenen Wünschen und Bedürfnissen und in Hinblick auf eine bestimmte Situation, welche in der Zukunft eintreffen könnte, auseinanderzusetzen (Widmer Blum, 2010, S. 157). Darüber hinaus gilt es, sowohl konkrete Anforderungen bezüglich der gewünschten medizinischen Massnahmen sowie der Behandlungen zu bestimmen als auch zu beschreiben, welche Massnahmen nicht getroffen werden dürfen (ebd.).

Um eine Übersicht über die Tragweite der Auswirkungen der Rechtsprechung auf die medizinischen Massnahmen erhalten zu können, wird nachfolgend auf den Bereich der höchstpersönlichen Rechte eingegangen:

Aus rechtlicher Sicht gilt ein ärztlicher Heileingriff im Grundsatz als eine Verletzung der Persönlichkeit. Aus diesem Grund benötigen Ärzt*innen zur Rechtfertigung eine gültige Einwilligung der Patient*in. Willigt eine Person ein, dann handelt es sich hierbei um die Wahrnehmung eines relativ höchstpersönlichen Rechts nach Art. 19c ZGB.

Dies kann durch eine urteilsfähige Person ohne die Mitwirkung einer gesetzlichen Vertretungsperson wahrgenommen werden, auch wenn sie als nicht vollständig handlungsfähig gilt. Konkret bedeutet dies, dass die urteilsfähige Person immer selbst die Zustimmung zu einer medizinischen Massnahme geben muss und dass die Zustimmung gleichzeitig auch als die Rechtfertigung für den Eingriff betrachtet werden kann.

Die Einwilligung einer Drittperson, im Sinne einer Stellvertretung, ist lediglich dann erlaubt und auch erforderlich, wenn die betroffene Person urteilsunfähig ist (Aebi-Müller, 2014, S.8). Gemäss Gassmann (2017) haben Patient*innen das Recht nach dem Grundsatz des «informed consent» eine medizinische Behandlung abzulehnen, auch wenn diese aus medizinischer Sicht notwendig ist. Die Gesetzgebung setzt allerdings einen engen Rahmen für die Wünsche und Ansprüche seitens der Patient*innen. Dementsprechend kann auch keine Therapie oder Behandlung verlangt werden, die nicht medizinisch indiziert ist oder bei welcher die Finanzierung nicht geklärt ist (S. 258).

Nachfolgend wird beschrieben, welche Formvorschriften gelten, wenn eine PV erstellt wird.

3.2.2. Geltende Formvorschriften und Verfahren

Folgender Gesetzesartikel aus dem ZGB beinhaltet die Formvorschriften und die Vorgaben zur Hinterlegung einer Patientenverfügung. In Absatz 3 wird zudem aufgeführt, dass die Bestimmung über den Widerruf des Vorsorgeauftrages sinngemäss anwendbar ist (worauf an dieser Stelle allerdings nicht näher eingegangen wird).

Art. 371 ZGB

Abs.1: Die Patientenverfügung ist schriftlich zu errichten, zu datieren und zu unterzeichnen.

Abs.2: Wer eine Patientenverfügung errichtet hat, kann diese Tatsache und den Hinterlegungsort auf der Versichertenkarte eintragen lassen. Der Bundesrat erlässt die nötigen Bestimmungen, namentlich über den Zugang zu den Daten.

Abs. 3 Die Bestimmung über den Widerruf des Vorsorgeauftrags ist sinngemäss anwendbar.

Die Formvorschriften, welche für eine PV gelten, sind etwas weniger streng als dies bezüglich des Vorsorgeauftrages der Fall ist. Dies lässt sich damit begründen, dass im Falle einer Urteilsunfähigkeit eine Fachperson die Umsetzung des formulierten Willens in der PV über die Dauer der Behandlung hinweg immerzu überprüft und dokumentiert (Fountoulakis & Rosch, 2018, S. 503). Generell muss eine PV zwingend schriftlich verfasst sein sowie von der betroffenen Person datiert und unterschrieben werden (Widmer Blum, 2010, S. 155).

Nachfolgend wird eine Differenzierung zwischen der Handhabung der PV in der somatischen Medizin und in der psychiatrischen Medizin vorgenommen.

3.3 Differenzierungen der somatischen und der psychiatrischen Patientenverfügung

Zu Beginn werden die Punkte aufgeführt, inwiefern die Handhabung über die Patientenverfügung sowohl in der somatischen als auch der psychiatrischen Medizin konform ist.

Generelles zur Patientenverfügung

Angenommen eine urteilsunfähige Person benötigt medizinische Massnahmen, muss die behandelnde Fachperson klären, ob eine rechtsgültige PV vorhanden ist. In Fällen, bei welchen sich in jedem Moment, der untätig verstreicht, der Zustand der betroffenen Person verschlechtern kann und allenfalls lebensbedrohlich wird (in sogenannten Notfallsituationen), darf die Fachperson selbst entscheiden wie vorgegangen wird, wenn nicht unmittelbar eine PV aufgefunden werden kann. Die Fachperson hat jedoch den mutmasslichen Willen und die Interessen der Patient*innen zu berücksichtigen (Fountoulakis & Rosch, 2018, S. 504).

Eine abgeschlossene PV ist grundsätzlich verbindlich, es bestehen jedoch Ausnahmen, die im Folgenden aufgeführt sind:

- Bei einer Behandlung einer psychischen Störung im Rahmen einer fürsorgerischen Unterbringung (FU) ist die PV lediglich zu berücksichtigen.
- Bei Verstoss gegen die gesetzlichen Vorschriften, wie beispielsweise bezüglich der aktiven Sterbehilfe, gilt die PV als nicht verbindlich.
- Sollte ein begründeter Zweifel bestehen, dass die PV nicht auf dem freien Willen oder dem noch mutmasslichen Willen des Patient*in beruht, kann die Rechtsgültigkeit ebenfalls in Frage gestellt werden. Um diesem Umstand entgegenwirken zu können, empfiehlt es sich, dass die PV in regelmässigen Abständen geprüft wird und allfällige Änderungen vorgenommen werden (Fountoulakis & Rosch, 2018, S. 504).

Folgende Ausführungen betreffen lediglich die Zwangsbehandlungen, welche im Rahmen von fürsorgerischen Unterbringungen in psychiatrischen Kliniken erfolgen. Hinsichtlich ebendieser Behandlungen können in der PPV Anordnungen und Wünsche ausformuliert werden, welche es seitens der Fachpersonen zu berücksichtigen gilt.

Zwangsbehandlungen im Rahmen einer fürsorgerischen Unterbringung

Aufgrund der Revision des Kindes- und Erwachsenenschutzrechts im Jahr 2013 wurde die fürsorgerische Freiheitsentziehung durch die fürsorgerische Unterbringung (FU) ersetzt.

Die Voraussetzungen, welche bestehen müssen, damit eine FU erfolgen kann, sind allerdings weitgehend gleichgeblieben (Kanton Bern, ohne Datum). Eine FU anzuordnen bedeutet im weitesten Sinne, dass über den Aufenthalt einer Person gegen ihren Willen oder ihren mutmasslichen Willen entschieden werden muss. Dies geht generell mit der Zielsetzung einher, die Personensorge zu

gewährleisten sowie bezüglich des Aufenthaltes, der Betreuung und der Behandlung bestimmen zu können (FU im engeren Sinne). Im Falle einer Zwangseinweisung gilt es nicht als zwingende Voraussetzung, dass die Urteilsfähigkeit im Vorfeld eingeschätzt werden muss. Ausschlaggebend für eine Zwangseinweisung nach Art 426 ZGB ist der vorhandene Schwächezustand, woraus sich ein klar zu definierender Schutzbedarf ableiten lässt (Benjamin Dubno & Daniel Rosch, 2018, S. 597-598). Allerdings sind nicht alle Personen, die einen Schwächezustand aufweisen, automatisch auch schutzbedürftig. Im Gegenzug dazu muss ein vorhandener Schutzbedarf nicht zwingend auf einen Schwächezustand zurückzuführen sein. Generell gilt, wenn eine Person ihre Angelegenheiten ganz oder teilweise nicht mehr selbstständig besorgen kann, dann gilt sie als schutzbedürftig (Luca Maranta, 2018, S. 530). Die Schwächezustände können im Rahmen des Erwachsenenschutzrechts in zwei Kategorien unterteilt werden. Hierbei wird zwischen sozialmedizinischen Schwächezuständen und einer vorübergehenden Urteilsunfähigkeit unterschieden. Die sozialmedizinischen Schwächezustände umfassen beispielsweise die psychischen Störungen, die geistigen Beeinträchtigungen und ähnliche, in der Person liegende, Schwächezustände (Maranta, 2018, S. 522-527).

Oftmals handelt es sich in der Notwendigkeit nach einer Zwangseinweisung um einen Bedarf an medizinisch oder psychiatrisch indizierten Behandlungen, welche unmittelbar erfolgen sollten.

Zudem wird häufig von einer akuten Selbst- oder Fremdgefährdung gesprochen.

Sollte in einem Fall jedoch von einer alleinigen Fremdgefährdung ausgegangen werden, würde dies einen anderen Rechtsbereich betreffen, nämlich das Polizeirecht. Je nach Krankheitsbild kann dies jedoch schwierig zu unterscheiden sein. Des Weiteren ist nicht zulässig, wenn eine Einweisung per FU lediglich aufgrund der Zielsetzung vorgenommen werden würde, um eine Person umerziehen zu können oder wegen deren Gesinnung, welche womöglich von der gesellschaftlichen Norm abweicht. Dementsprechend muss bei einer Einweisung per FU zwingend sowohl das Verhältnismässigkeitsprinzip beachtet werden als auch die Zumutbarkeit gegeben sein. Darüber hinaus muss eine, für die betroffene Person geeignete, Institution zur Verfügung stehen. Hierbei kann es sich sowohl um psychiatrische Kliniken wie auch um Alters- und Pflegeheime handeln. Die entsprechende Einrichtung muss lediglich die nötige Pflege, Behandlung und Betreuung für die betroffene Person erbringen können (Dubno & Rosch, 2018, S. 598-599). Die Zuständigkeit zur Anordnung einer FU liegt bei der KESB. Nebst der KESB können auch Ärzt*innen eine FU anordnen, dies allerdings für maximal sechs Wochen. Wenn nach den erfolgten sechs Wochen kein Unterbringungsentscheid der zuständigen KESB vorliegt, dann entfällt die ärztlich angeordnete FU automatisch. Ohne veränderten Befund ist es seitens der Fachpersonen unzulässig einen erneuten Unterbringungsentscheid zu sprechen (Daniel Rosch, 2011, S. 507-508). Gemäss Obsan (2020) kam es im Jahr 2019 schweizweit zu insgesamt 14'561 Einweisungen per FU.

Des Weiteren sind Fachpersonen, welche in psychiatrischen Kliniken tätig sind, dazu verpflichtet bei der Einweisung einer Person einen Behandlungsplan zu erstellen. Im darauffolgenden Abschnitt wird dies konkretisiert:

Der Behandlungsplan

Fachpersonen sind gemäss Art. 433 ZGB Abs 1 dazu verpflichtet, für eine Person, welche aufgrund einer psychischen Störung in eine Institution eingewiesen wird, einen schriftlichen Behandlungsplan zu verfassen. Dieser sollte unter Einbezug der betroffenen Person und allenfalls einer von ihr bestimmten Vertrauensperson ausgearbeitet werden. Der Behandlungsplan dient zur Übersicht über die zukünftig geplanten Schritte und Zielsetzungen. Generell beinhaltet ein Behandlungsplan die angestrebten Ziele der Patient*in, die geplanten Abklärungen, die Untersuchungen, die Diagnosen und die angemessenen Therapien. Ein Behandlungsplan kann des Weiteren mögliche Wünsche der Patient*in berücksichtigen, vorausgesetzt die Institution weist die dafür notwendige Infrastruktur auf (Stiftung Pro Mente Sana, 2015, S. 18).

Nachfolgend wird erläutert, inwiefern die formulierten Wünsche und Anordnungen von Patient*innen in die Praxis umgesetzt werden können:

Der Behandlungsplan in Verbindung mit der PPV in der psychiatrischen Medizin sowie die PV in der somatischen Medizin

Grundsätzlich muss eine betroffene Person gemäss Art 433 Abs. 2 ZGB über alle geplanten Behandlungen, die möglichen Auswirkungen sowie die Umstände, unter welchen die Behandlungen erfolgen, informiert werden. Dies umfasst die vorgesehenen Massnahmen, den Sinn und Zweck sowie die Art und Weise der Durchführung, die Risiken, die Nebenwirkungen sowie mögliche alternative Behandlungsmöglichkeiten. Im Übrigen werden auch potenzielle Auswirkungen und Konsequenzen thematisiert, welche Auftreten könnten, sollte die geplante Behandlung nicht durchgeführt werden.

In der psychiatrischen Medizin sind die behandelnden Fachpersonen dazu angehalten, dass sie die Zustimmung der betroffenen Personen hinsichtlich der im Behandlungsplan definierten Vorgehensweisen einholen.

Gemäss dem dritten Absatz des Art 433 ZGB gilt es zudem, bei der Behandlung einer urteilsunfähigen Person eine allfällig vorhandene PPV anzuerkennen und die ausformulierten Wünsche zu berücksichtigen.

Im Gegensatz dazu hat ein/e behandelnder Arzt*in der somatischen Medizin die in der PV formulierten Wünsche und Anordnungen zu befolgen, sofern diese nicht gegen die gesetzlichen Vorschriften verstossen (Art. 372 Abs. 2 ZGB).

Im Folgenden wird ausgeführt, inwiefern gemäss des aktuell geltenden «State of the Art» urteilsunfähige Patient*innen aufgrund einer bestehenden PV in der Wahrnehmung ihrer Selbstbestimmung unterstützt werden können.

3.4 Inwiefern unterstützt eine PPV die Selbstbestimmung bei urteilsunfähigen Patient*innen in psychiatrischer Behandlung?

Die Autonomie sowie die Selbstbestimmung von Patient*innen zu fördern wurde nicht immer als wichtige Zielsetzung in der Medizin betrachtet, vielmehr resultiert dies aus einem langjährigen Entwicklungsprozess.

Um abschliessend die Fragestellung bearbeiten zu können, inwiefern eine PV zur Selbstbestimmung und Autonomie von urteilsunfähigen Patient*innen in psychiatrischer Behandlung beiträgt, erfolgt an dieser Stelle zuerst eine Annäherung an die Thematik:

Höhere Gewichtung der Autonomie von Patient*innen

Im Laufe der letzten Jahre sind medizinethische Prinzipien entstanden, die als möglichst allgemeingültig sowie losgelöst vom Paternalismus gelten.

Der Fokus liegt dabei auf der Autonomie der Patient*innen, welche so viel an Entscheidungsbefugnissen sowie Eigenverantwortung zugewiesen erhalten sollen, wie dies aufgrund ihrer Erkrankung möglich ist (Paul Hoff, 2013, S. 400).

Grundsätzlich wird bezüglich der Geltung ebendieser medizinethischen Prinzipien keine Differenzierung zwischen der psychiatrischen und der somatischen Medizin vorgenommen. Dies bedeutet, dass Patient*innen, welche an einer psychischen Erkrankung leiden anhand derselben Prinzipien untersucht und behandelt werden sollen, wie dies in der somatischen Medizin der Fall ist. Insbesondere in der westlichen Welt haben sich weitestgehend die medizinethischen Prinzipien nach Beauchamp und Childress durchgesetzt.

Beauchamp und Childress definierten vier richtungsweisende Prinzipien, welche wie folgt lauten: Den Respekt vor der Autonomie der Patient*innen zu haben; das Gebot, den Patient*innen nicht zu schaden; das Gebot, zum Wohl der Patient*innen zu handeln sowie eine faire Verteilung von Nutzen, den Risiken und Kosten im Gesundheitswesen anzustreben (Hoff, 2013, S. 400-401).

In dieser Arbeit wird aufgrund der Fokussierung auf die Selbstbestimmung lediglich das erste Prinzip nach Beauchamp und Childress näher erläutert.

Die höhere Gewichtung der Patient*innenautonomie aus medizinethischer Sicht in der heutigen Zeit kann in Verbindung gebracht werden mit dem ursprünglich engen Verständnis der Bedeutsamkeit von Patient*innenautonomie in den hippokratischen Prinzipien (Hoff, 2013, S. 401). Die hippokratischen Prinzipien (oder die Eidesformel) sind auf den griechischen Arzt Hippokrates von Kos zurückzuführen, dessen Gesichtspunkte die Grundlage für die hippokratischen Prinzipien bildeten (ebd.). Die Entstehungszeit kann durch die heutige Forschung nicht genau bestimmt

werden. Die Texte werden weitgehend ins 4. Jh. v. Chr. aber auch erst ins 1. Jh. v. Chr. datiert (Hubert Steinke, 2016). In den Ausführungen der hippokratischen Prinzipien wurden die Autonomie der Patient*innen sowie die gesellschaftlichen Aspekte allerdings lediglich gering berücksichtigt. Entsprechend des heutigen Zeitgeistes geschahen im Laufe der Jahre diesbezügliche Entwicklungen und Anpassungen (Hoff, 2013, S. 400). Eine höhere Gewichtung der Patient*innenautonomie kann allerdings unter Umständen dazu führen, dass der Prozess der Entscheidungsfindung für die beteiligten Personen herausfordernder wird, denn in der Regel treffen Personen ihre Entscheidungen nicht lediglich aufgrund des Abwägens der vermeintlichen Vor- und Nachteile. Oftmals werden auch subjektive Wahrnehmungen in der Entscheidungsfindung berücksichtigt, wobei in der Konsequenz wiederum Verunsicherungen auftreten können, die allenfalls einen erhöhten Bedarf an Unterstützung zur Folge haben. Insbesondere für Patient*innen, die an psychischen Störungen leiden, kann ein hoher Grad an Autonomie auch überfordernd sein (ebd.).

Alternativ zur PV verwenden psychiatrische Kliniken teilweise eigenständig erstellte Instrumente, um die Patient*innen in der Wahrnehmung ihrer Selbstbestimmung zu unterstützen. Nachfolgend wird beispielhaft auf die Behandlungsvereinbarung eingegangen:

Die Behandlungsvereinbarung als weiteres Instrument

Nebst der PV gibt es auch noch weitere Instrumente, welche als Alternative zur PPV genutzt werden können, wie zum Beispiel die Behandlungsvereinbarung. Bei der Behandlungsvereinbarung handelt es sich um ein Dokument, welches gemeinsam mit urteilsfähigen Patient*innen im Rahmen eines Aufenthaltes in einer Klinik verfasst werden kann. Die Behandlungsvereinbarung kann sowohl umfassende Aspekte einer Behandlung und Betreuung beinhalten als auch nur einzelne Punkte beschreiben. Die Erarbeitung eines solchen Dokumentes kann als gemeinsamer Prozess zwischen Patient*innen und den Fachpersonen der entsprechenden Klinik betrachtet werden. Abschliessend wird die Vereinbarung von beiden Seiten unterschrieben und gilt danach als verbindlich. Jegliche allfälligen Anpassungen werden nur in gegenseitigem Einverständnis vorgenommen. Eine Behandlungsvereinbarung hat zum Ziel, ähnlich der Patientenverfügung, dass zum einen die Selbstbestimmung und die Selbstständigkeit der Patient*innen unterstützt werden und zum anderen das Vertrauen seitens der Patient*innen in die entsprechende Klinik gestärkt wird. Zudem kann die Qualität der Behandlung steigen, wenn gezielt die Wünsche der Patient*innen umgesetzt werden können. Wenn Kliniken mit diesem Instrument arbeiten, dann dient die Behandlungsvereinbarung bei stationären Aufenthalten des Weiteren häufig als Grundlage für die Ausarbeitung des Behandlungsplans (Luzerner Psychiatrie, ohne Datum, S. 1-2).

Nachfolgend werden die Ergebnisse einer in der Fachzeitschrift «Psychiatrische Praxis» des Verlags Georg Thieme veröffentlichten Studie aufgeführt, welche eine Befragung unter Patient*innen sowie

Fachpersonen der Psychiatrie in der Schweiz hinsichtlich der Akzeptanz von psychiatrischen sowie somatischen Patientenverfügungen, beinhaltet.

Anhand der erhobenen Erkenntnisse bezüglich der Akzeptanz der PV in der Gesellschaft, möchten die Autorinnen Schlüsse ziehen, inwiefern die PPV urteilsunfähige Patient*innen in psychiatrischer Behandlung in der Wahrnehmung ihrer Selbstbestimmung unterstützen kann.

Erhebung über die Akzeptanz von psychiatrischen und somatischen Patientenverfügungen unter Fachpersonen sowie Patient*innen

Eine kürzlich veröffentlichte Studie bezüglich der Frage der Akzeptanz von psychiatrischen und somatischen Patientenverfügungen zeigt auf, dass aufgrund der Tatsache, dass Patient*innen in einer PPV ihre Wünsche und Bedürfnisse ausformulieren können, im Endeffekt Einfluss auf die Dauer von Aufenthalten genommen werden kann und zur Reduzierung von Zwangseinweisungen sowie Behandlungen unter Zwang, beigetragen werden kann (Florian Hotzy et al., 2020, S. 320).

Des Weiteren wird festgehalten, dass aufgrund dessen, dass in der Gesetzgebung eine Differenzierung über die rechtliche Verbindlichkeit vorgenommen wird (die PPV muss im Falle der Urteilsunfähigkeit lediglich berücksichtigt werden), dies zu Vorbehalten gegenüber der PPV führen kann.

Internationale Studien zeigten auf, dass tendenziell vor allem Psychiater*innen sowie weitere Fachpersonen der PPV eher skeptisch gegenüberstehen. Die Befürchtungen sind, dass das Instrument missbräuchlich verwendet werden könnte, um wichtige Behandlungen abzulehnen oder dass die Institutionen den Wünschen und Bedürfnissen von Patient*innen nur ungenügend nachkommen können.

Die somatische PV hingegen wird von den Fachpersonen als nützlich betrachtet. Seitens der Patient*innen akzeptieren und nutzen 10% der deutschen Allgemeinbevölkerung die Möglichkeit der somatischen Patientenverfügung. Demgegenüber steht die PPV mit einer geringeren Verwendung (ebd.).

Die obenerwähnte kritische Haltung der Fachpersonen, welche sich aus den internationalen Studien erheben liess, bestätigte sich in der vorliegenden nationalen Studie nicht. Gemäss der Studie von Hotzy et al. (2020) sprachen sich deutlich mehr Personen, sowohl Fachpersonen als auch Patient*innen, für die PPV aus und die Akzeptanz kann entsprechend als erhöht betrachtet werden (S. 323).

Hotzy et al. (2020) empfehlen anhand der vorliegenden Studie, dass in der Gesellschaft vermehrt über die PPV aufgeklärt werden sollte, um in der Konsequenz dazu beizutragen, dass zukünftig ein höherer Prozentsatz an Personen in der Schweiz die Möglichkeit nutzt, ihre Wünsche und Bedürfnisse hinsichtlich der psychiatrischen Medizin auszuformulieren (S. 324).

Der Vollständigkeit halber sollen aus Sicht der Autorinnen an dieser Stelle auch weitere kritische Punkte und Überlegungen bezüglich der offenen Frage, ob durch eine PPV Patient*innen in der Wahrnehmung ihrer Selbstbestimmung unterstützt werden können, in die Arbeit einfließen.

Nachfolgend werden einige Punkte erläutert:

Kritische Punkte

Gemäss Suter (2019) müssen die folgenden Punkte hinsichtlich der Auswirkungen von Patientenverfügungen auf die Selbstbestimmung als kritisch betrachtet werden: Einerseits sind die Dokumente oftmals in den entscheidenden Momenten gar nicht oder nur schwerlich auffindbar. Andererseits können die Dokumente aufgrund vager Formulierungen oder teilweise missverständlicher Beschreibungen teilweise nicht umgesetzt werden (S. 3-4). Wie obenstehend bereits aufgeführt, muss die PV in der psychiatrischen Medizin im Gegensatz zur PV in der somatischen Medizin lediglich berücksichtigt werden. Kritische Stimmen äussern diesbezüglich Bedenken, dass entsprechend auch dem eigentlichen Willen der betroffenen Personen nur bedingt nachgekommen werden kann (Gassmann, 2017, S. 258).

Abschliessend werden die zu Beginn aufgeführten Fragestellungen nochmals aufgenommen und zusammenfassend beantwortet.

3.5 Zwischenfazit Patientenverfügung

- *Was wird unter einer psychiatrischen Patientenverfügung (PPV) verstanden?*
 1. *Wie ist die Patientenverfügung rechtlich verankert?*
 2. *Wie lässt sich die psychiatrische Patientenverfügung gegenüber der Patientenverfügung in der somatischen Medizin abgrenzen?*
 3. *Inwiefern unterstützt eine PPV die Selbstbestimmung bei urteilsunfähigen Patient*innen in psychiatrischer Behandlung?*

Die erste Fragestellung kann wie folgt beantwortet werden: Bei der PPV handelt es sich um ein Dokument, welches in einer psychischen Krisensituation und für den Fall der Urteilsunfähigkeit Auskunft über die Wünsche und die Bedürfnisse der betroffenen Person gibt. Grundsätzlich ist die PPV das Pendant zur PV in der somatischen Medizin und bezieht sich entsprechend auf die Behandlungen in der psychiatrischen Medizin. Das Instrument ist im schweizerischen Zivilgesetzbuch rechtlich verankert. Hierbei werden die Bestimmungen, bezüglich der Voraussetzungen und Formvorschriften an eine PPV aufgeführt. Die psychiatrische und die somatische PV lassen sich sowohl aufgrund der inhaltlichen Aspekte als auch bezüglich der in der Gesetzgebung bestimmten Verbindlichkeit im Falle der Urteilsunfähigkeit, voneinander unterscheiden.

Im Rahmen einer fürsorglichen Unterbringung muss die PPV lediglich berücksichtigt werden. Sie weist somit einen geringeren bindenden Charakter auf als dies in der somatischen Medizin der Fall ist.

Es kann an dieser Stelle festgehalten werden, dass eine PPV Patient*innen in der Wahrnehmung ihrer Autonomie und Selbstbestimmung unterstützen kann.

Aufgrund dessen, dass persönliche Wünsche und Bedürfnisse bezüglich der Medikation und der Behandlungs- und Therapieform ausformuliert werden können sowie auch Behandlungen abgelehnt werden können, lassen sich die Zielsetzungen der Aufenthalte bedarfsgerecht sowie bedürfnisorientiert formulieren.

Über die Frage der Akzeptanz dieses Vorsorgeinstrumentes in der Gesellschaft wurden sowohl nationale wie auch internationale Studien erhoben. Hierbei zeigte sich, dass die Bestimmung, welche besagt, dass die PPV im Falle der Urteilsunfähigkeit lediglich berücksichtigt werden muss, zu Vorbehalten gegenüber dem Instrument führen kann. Überdies wurde festgestellt, dass tendenziell eher Fachpersonen (beispielsweise Psychiater*innen) sich gegenüber dem Instrument skeptisch zeigten. Dies aufgrund dessen, dass Befürchtungen bestehen, ob das Instrument missbräuchlich verwendet werden könnte, um dringliche Behandlungen abzulehnen.

Weitere kritische Punkte sind, dass die Dokumente teilweise in entscheidenden Momenten nur schwerlich oder gar nicht aufzufinden sind sowie aufgrund vager, missverständlicher Formulierungen nicht umgesetzt werden können.

Wiederum wurde erhoben, dass die Ausformulierung von persönlichen Wünschen und Bedürfnissen in der PV dazu beitragen konnte, die Dauer von stationären Aufenthalten im positiven Sinne zu beeinflussen sowie Zwangseinweisungen und Behandlungen unter Zwang zu reduzieren.

Im darauffolgenden Kapitel wird die klinische Sozialarbeit insbesondere bezüglich der Punkte; «Arbeitsfeld und Aufgabenbereiche» sowie «methodische Ansätze in der klinischen Sozialarbeit», beleuchtet.

4. Klinische Sozialarbeit

Die Beratungstätigkeit über die PPV erfolgt oftmals im Rahmen von stationären oder ambulanten therapeutischen Behandlungen in psychiatrischen Kliniken durch Sozialarbeitende oder Fachpersonen weiterer Disziplinen sowie durch die Inanspruchnahme einer freiwilligen Beratung, beispielsweise auf einer spezialisierten Fachstelle.

Das folgende Kapitel beinhaltet dementsprechend eine Beschreibung des Arbeitsfeldes der klinischen Sozialarbeit im Generellen sowie der spezifischen Aufgabenbereiche von Sozialarbeitenden in ebendiesem Arbeitsfeld. Zudem werden methodische Beratungsansätze in der klinischen Sozialarbeit fokussiert und eine Auswahl an methodischen Ansätzen wird aufgrund ihrer Bedeutsamkeit in der Beratung differenziert erläutert.

Abschliessend wird ein Zwischenfazit des Kapitels gezogen, welches die Beantwortung der folgenden Fragestellung beinhaltet:

- *Inwiefern wird die Beziehungsgestaltung sowie der Beratungsansatz des ressourcenorientierten Arbeitens in der Beratung der klinischen Sozialen Arbeit gelebt?*

4.1. Beschreibung des Arbeitsfeldes und Aufgabenbereiches

Helmut Pauls (2011) beschreibt, dass die «klinische Sozialarbeit» weitreichend ist und nicht lediglich die Arbeitstätigkeit von Sozialarbeitenden in stationären Krankenhaus-Settings oder in Psychiatrischen Kliniken umfasst. Der Begriff des «Klinischen» umschreibt eine beratend-behandelnde Tätigkeit in der spezifischen Fallarbeit, welche sowohl in Praxen oder Beratungsstellen, auf ambulanter Basis als auch in Kliniken und in Langzeiteinrichtungen, stationär erfolgen kann (S. 16). Die klinische Sozialarbeit spezialisiert sich auf die psycho-soziale Beratungstätigkeit, die Krisenintervention, die Prävention, die Behandlung bei psychischen-, sozio- und psychosomatischen sowie chronischen Erkrankungen und Belastungen (Pauls, 2011, S. 16 – 17). Die spezifische Arbeitstätigkeit in der klinischen Sozialarbeit basiert oftmals auf unterschiedlichen theoretischen und methodischen Vorgehensweisen und befasst sich mit einem breiten Spektrum an Klientel, welche die verschiedensten Bedürfnisse aufweisen können (Pauls, 2011, S. 17). Pauls benennt die folgenden Aufgabenbereiche und Tätigkeiten, welche die klinische Sozialarbeit, abhängig vom jeweiligen Kontext, beinhalten kann: die psychosoziale Diagnostik/das Assessment, die psycho-soziale Beratung, die Sozialtherapie, die aufsuchende soziale Intervention, die Betreuungstätigkeit, das Case-Management, die Prävention und Rehabilitation sowie die gemeindenahere Versorgungs- und Sozialraumorientierung (Pauls, 2011, S. 22).

Bezüglich des spezifischen Kontextes der klinischen Sozialarbeit in der Psychiatrie gehören zu den Aufgaben der Sozialarbeitenden zusammen mit der Klientel, eine Anschlusslösung für die Zeit nach dem Austritt sicherzustellen und die Beratungs- und Vermittlungstätigkeit hinsichtlich der Vernetzung mit dem Sozialversicherungssystem und allenfalls der Sozialhilfe sowie weitere Aufgaben der persönlichen Hilfe zu gewährleisten (Peter Sommerfeld & Cornelia Rügger, 2013, S. 397-398).

Dietmar Chur benennt, dass die Aufgaben von Sozialarbeitenden in den Psychiatrien generell hauptsächlich die Ressourcenstärkung und -erschliessung bezüglich der Persönlichkeit, des Kontextes und der Beziehung zur Umwelt umfassen würden (Dietmar Chur, 2002, zit. in Esther Weber, 2012, S. 10).

Sozialarbeitende, welche in der klinischen Sozialarbeit in Psychiatrischen Kliniken tätig sind, befassen sich in ihren alltäglichen Tätigkeiten demnach sowohl mit der Stärkung bestehender Ressourcen und der Erschliessung weiterer Ressourcen als auch mit Beratungs- und Vermittlungsarbeit sowie der Unterstützung der Klientel bei weiteren Bedürfnissen.

Nachfolgend wird erläutert, anhand welcher Konzepte und methodischer Ansätze die Beratungstätigkeit der Sozialarbeitenden in diesem Arbeitsfeld oftmals ausgestaltet wird.

4.2. Methodische Ansätze in der klinischen Sozialarbeit

In der klinischen Sozialarbeit wird in der Beratung, wie generell in der Sozialen Arbeit, mit verschiedensten methodischen Ansätzen gearbeitet. Als Grundlage dienen dabei die personenzentrierten methodischen Herangehensweisen der Kommunikation. Aus Sicht der Autorinnen sind hier insbesondere Carl R. Rogers und Friedemann Schulz von Thun zu nennen, welche mit ihren Ansätzen die Ausgestaltung einer personenbezogenen Kommunikation wesentlich geprägt haben. Nach Rogers sind die drei wichtigsten Kennzeichen des personenzentrierten Ansatzes die Echtheit, Unverfälschtheit und Kongruenz und die Akzeptanz und Wertschätzung sowie das einfühlsame Verstehen (Empathie) (Carl R. Rogers, 1980/ 2012, S. 66-68). Die Echtheit im Auftreten der beratenden Person kann auch als Transparenz bezeichnet werden. Dies meint, dass die beratende Person ihre eigenen Empfindungen in den Kontakt mit der Klientel einbringt, wenn dies angemessen erscheint und sie sich dabei auch authentisch zeigt (Sabine Weinberger, 2004, S. 62). Die akzeptierende und wertschätzende Haltung der beratenden Person kann dazu beitragen, dass bei der Klientel eine Veränderung auftritt (Rogers, 1980/ 2012, S. 67). Eine andere Person in der Kommunikation wertzuschätzen bedeutet, dass sie unabhängig von ihren Aussagen und ihrer Situation uneingeschränkte Wertschätzung erfahren kann (Weinberger, 2004, S. 55). Einfühlsames Verstehen in der Beratung heisst, sich als beratende Person auf die gefühlsmässigen Empfindungen der Klientel zu konzentrieren und diese zu verstehen sowie diese der Klientel wiederum zu spiegeln (Weinberger, 2004, S. 38). Gemäss Friedemann Schulz von Thun (2018) verschlüsselt der Sender einer Nachricht sein Anliegen in erkennbaren Zeichen, welche anschliessend durch den Empfänger entschlüsselt werden. In der Regel stimmen die Nachrichten, die gesendet und empfangen wurden, überein. Die Nachrichten bestehen normalerweise aus vielen verschiedenen Botschaften, dadurch ist die zwischenmenschliche Kommunikation aber anfällig auf Störungen (S. 27). Schulz von Thun (2018) ordnet die Vielfalt der Botschaften in vier verschiedene Kategorien ein: Der Sachinhalt, die Selbstoffenbarung, die Beziehung und den Appell. Da eine Nachricht viele Botschaften enthält, sendet der Sender*in und empfängt der Empfänger*in automatisch immer gleichzeitig auf allen vier Seiten (S. 28-34). Aufgrund der grossen Vielfalt von verschiedenen methodischen Ansätzen entschieden die Autorinnen sich dazu, in dieser Arbeit den Ansatz der ressourcenorientierten Beratung sowie die Wichtigkeit der Beziehungsgestaltung in Bezug auf die klinische Sozialarbeit zu fokussieren.

Der ressourcenorientierten Beratung wird eine hohe Relevanz zugesprochen, da Ressourcen in der Bewältigung von alltäglichen Herausforderungen eine wichtige Rolle spielen. Sowohl die psychische als auch die physische Gesundheit und das Wohlbefinden eines Menschen sind mit den Ressourcen verbunden. Eine grosse Bedeutung kommt ebenfalls der Beziehungsgestaltung

zwischen der beratenden Person und der Klientel zu. Oftmals wird in professionellen Kontexten, wie beispielsweise der klinischen Sozialarbeit der anfängliche Beziehungsaufbau und die weitere Beziehungsgestaltung als wichtige Basis für eine konstruktive weitere Zusammenarbeit erachtet. Das folgende Kapitel widmet sich differenziert den ausgewählten methodischen Aspekten.

4.2.1. Ressourcenorientierte Beratung

Gemäss Silvia Staub-Bernasconi (2007) sollte als Hauptziel der Sozialen Arbeit die «ressourcenmässige Besserstellung» von Menschen angesehen werden (Silvia Staub- Bernasconi 2007; zit. in Esther Weber, 2012, S. 30). Diesbezüglich besteht der Auftrag darin, mit betroffenen Personen die bestehenden Ressourcen zu erfassen und zudem weitere Ressourcen zu erschliessen. Die Ressourcen orientieren sich oftmals an den Grundbedürfnissen von Menschen wie beispielsweise Nahrung, Wohnung, Bildung, Geld, Beziehungen, medizinische Versorgung sowie psychische und physische Möglichkeiten. Dabei gibt es Wege und Mittel, um fehlende externe Ressourcen zu erschliessen, wie beispielweise die betroffenen Personen an spezifische Fachstellen zu triagieren, welche durch Sachhilfeleistungen unterstützen können. Oftmals stehen den Menschen in Krisensituationen ihre persönlichen internen Ressourcen nicht genügend zur Verfügung, um ein anstehendes Problem lösen zu können, obwohl sie diese am dringendsten benötigen würden (Weber, 2012, S. 31). In der Regel suchen betroffene Personen in ebendiesen Krisensituationen eine Beratungsstelle auf oder werden in eine psychosoziale Einrichtung überwiesen. Oft wird von den Sozialarbeitenden entsprechend auch erwartet, dass diese helfen, unterstützen und wissen, wie das Problem gelöst werden kann. Hierbei gilt es in der Beratung eine ressourcenorientierte Haltung einzunehmen und den Schwerpunkt auf die bestehenden Ressourcen sowie die Lösungsansätze zu legen (Weber, 2012, S. 32).

Ein möglicher Lösungsansatz könnte gemäss der Lebensweltorientierung nach Hans Thiersch sein, dass die persönlichen Erfahrungen von Menschen sowie biographische Ereignisse aus ihrem Leben anerkannt werden. Zudem sollten verschiedenste Ausprägungen der Persönlichkeit akzeptiert und respektiert werden. Der direkte Austausch zwischen den Sozialarbeitenden und der betroffenen Person sowie ihren Angehörigen und ihrem direkten Umfeld haben einen zentralen Stellenwert, um eine aktive Beteiligung an diesem Prozess gewährleisten zu können (Thomas Möbius, 2010, S. 13). Eine ressourcenorientierte Haltung einzunehmen bedeutet, dass mithilfe einer professionellen Sicht auf die Ressourcen, sowie einer methodisch strukturierten Herangehensweise, die Ressourcen in die Arbeit integriert werden können (Möbius, 2010, S. 14).

4.2.2. Die Wichtigkeit der Beziehungsgestaltung

Das nachfolgende Unterkapitel widmet sich der Wichtigkeit der Beziehungsgestaltung in der und für die Beratung.

Die Fähigkeiten zu erlangen, eine vertrauensvolle Beziehung aufbauen und ausgestalten zu können, sollte gemäss Weber (2012) beim Kompetenzerwerb an erster Stelle stehen.

Somit kann eine Basis für eine kooperative sowie konstruktive Arbeitsbeziehung geschaffen werden, unabhängig davon, welche methodischen Ansätze zudem angewendet werden (S. 23).

Gemäss den Ausführungen von Laura Best (2020) befasste sich die Literatur der letzten Jahrzehnte vielfach mit der Beschreibung der zielführenden Gesprächsführung in Beratungssituationen, wobei der erfolgsversprechende Beratungsprozess unter anderem an der Beziehungsgestaltung zwischen der Fachperson und der Klientel festgemacht werden konnte und die Beziehungsgestaltung gar als wesentlicher Wirkfaktor angesehen wurde (S. 29).

Eine von Rogers erstellte Gleichung bezüglich des Zusammenhangs zwischen der Beziehungsgestaltung in der Beratung und des aus der Beratung resultierten Ergebnisses zeigt zudem auf, dass eine Entwicklungs- und Veränderungsbereitschaft von Seiten der Klientel in direktem Zusammenhang damit steht, ob die Fachperson als transparent, authentisch, empathisch sowie das Gegenüber bedingungslos akzeptierend wahrgenommen werden kann (Rogers, 2018; zit. in Best, 2020, S. 30.)

Insbesondere die Beziehungsgestaltung im Rahmen von Psychotherapien wurde bereits ausführlich untersucht und die Ergebnisse belegen, dass die Therapiebeziehung oftmals einen höheren Stellenwert einnimmt als die Interventionen, welche in der Therapie getroffen wurden (Grawe et al., 1995; zit. in Best, 2020, S. 29–30). Die Erkenntnisse ebendieser Studien erscheinen aufgrund der vorhandenen Parallelen hinsichtlich der Beziehungsgestaltung in hohem Masse auf Beratungsbeziehungen übertragbar zu sein (ebd.).

Um eine Beziehung aufbauen zu können, welche als tragfähig bezeichnet werden kann, bedingt dies nach Silke Brigitta Gahleitner (2017) insbesondere eine authentische, persönliche und gleichzeitig reflexiv fachlich geprägte sowie emotional belastbare Beziehungsgestaltung (S. 286).

Abschliessend wird im folgenden Unterkapitel die zu Beginn gestellte Fragestellung nach der Handhabung der methodischen Ansätze in der Beratung der klinischen Sozialarbeit nochmals aufgenommen und zusammenfassend beantwortet.

4.1 Zwischenfazit Klinische Sozialarbeit

Gemäss den Beschreibungen der obengenannten Autorinnen kann der gelungene Beziehungsaufbau sowie die anschliessende Beziehungsgestaltung in der Beratung der klinischen SA den Erfolg des Beratungsprozesses massgeblich beeinflussen.

Eine konstruktive Beziehungsgestaltung basiert oftmals auf den Grundlagen der Kommunikation und Gesprächsführung nach Carl R. Rogers und Friedemann Schulz von Thun.

Über die Ausgestaltung von tragfähigen Therapie- und Beratungsbeziehungen besteht eine Vielzahl von Fachliteratur, welche durch Studien untermauert wurde. Im Wesentlichen sollte die Beratungsbeziehung von Seiten der Fachperson authentisch und transparent, mit persönlichen Anteilen und parallel dazu reflexiv fachlich geprägt sowie emotional belastbar gestaltet werden.

Zudem kommt im Kontext der klinischen SA der Ressourcenerschliessung sowie der Stärkung bereits bestehender Ressourcen eine hohe Wichtigkeit zu.

Die Ressourcen beziehen sich häufig auf die Grundbedürfnisse der Menschen. Fehlende Ressourcen können beispielsweise durch die Weitervermittlung zu spezialisierten Fachstellen erschlossen werden.

Wenn den Menschen ihre persönlichen internen Ressourcen in belastenden Situationen oder Krisen nur ungenügend zur Verfügung stehen, sind sie oftmals auf die Unterstützung von Fachpersonen angewiesen. Aufgrund dieser Ausgangslage bietet sich an, dass in der Beratung nach einer ressourcen- sowie lösungsorientierten Vorgehensweise gearbeitet wird, um die Klientel bestmöglich beraten und unterstützen zu können.

Das folgende Kapitel widmet sich den empirischen Gesichtspunkten dieser Arbeit:

5. Forschungsdesign

Anfangs werden der Forschungsgegenstand und die Zielsetzungen der Forschungsarbeit erläutert. Anschliessend folgt die Beschreibung der Auswahl der Fälle (Sampling) sowie die Begründung der verwendeten Forschungsmethoden für die Datenerhebung, die Datenaufbereitung und die Datenauswertung. Abschliessend folgt eine Reflexion über den gesamten Forschungsprozess.

5.1 Forschungsgegenstand und Ziel

Eine umfassende Literaturrecherche ergab, dass die rechtlich verankerte PPV in der Schweiz als ein noch relativ junges Instrument gilt (seit das neue Kindes- und Erwachsenenschutzrecht 2013 in Kraft trat) und dementsprechend noch geringe repräsentative Forschungen bestehen, auf welche im Rahmen dieser Arbeit Bezug genommen werden könnte.

Die bestehende Fachliteratur umfasst beinahe ausschliesslich Erkenntnisse rund um die PV aus Sicht der somatischen Medizin sowie Verknüpfungen zu weiteren Disziplinen wie beispielsweise der Ethik oder dem Recht.

Insbesondere in Bezug auf mögliche Herausforderungen in der Beratung über die PPV sowie explizit mit dem Fokus auf die Beratungsmethodik wurde vergeblich nach vorhandener Literatur gesucht. In der Auseinandersetzung mit den Forschungsfragen stellten die Autorinnen fest, dass sie für die nähere Betrachtung und Erarbeitung von hinderlichen und förderlichen Aspekten in der Beratung sowie der Evaluation von Empfehlungen auf das Fach- und Erfahrungswissen von Fachpersonen aus diesem Tätigkeitsbereich angewiesen sind.

Die Autorinnen entschieden sich dazu, die Möglichkeit zu nutzen, dass bei einer Forschungsarbeit gezieltes Wissen generiert werden kann. Zudem steht mit der rechtlich verankerten PV ein Instrument im Zentrum, welches seit einigen wenigen Jahren etabliert ist und dementsprechend bietet sich hierbei an, eine Forschungsarbeit durchzuführen, um möglichst praxisnahes Wissen erheben zu können.

Im Prozess der Definition und Eingrenzung des Forschungsgegenstandes wurde die folgende Forschungsfrage erarbeitet:

- *Welche Erfahrungen machen Fachpersonen der SA sowie weiterer Disziplinen hinsichtlich der Grundsätze der Selbstbestimmung und der Ermächtigung sowie der Handhabung auf professioneller Ebene in Bezug auf die konkreten Arbeitsweisen in der Beratung über die PPV?*

Zur Präzisierung der Erhebungsdaten (des Erfahrungswissens) diene die nachfolgende Vertiefungsfrage, um nach den konkreten förderlichen und hinderlichen Aspekten in der Beratung über die PPV zu forschen:

- *Welches sind aus der Sicht der Fachpersonen der SA sowie weiterer Disziplinen förderliche und hinderliche Aspekte in der Beratung (über die PPV) bezüglich der Gesprächsführung, der Methodik sowie des Settings?
Welche Empfehlungen im Generellen lassen sich davon ableiten?*

Die Befragung der Fachpersonen nach den förderlichen sowie den hinderlichen Aspekten hat zum Ziel, dass in einem zweiten Schritt konkrete Empfehlungen evaluiert werden können, inwiefern die Beratungsmethodik, in Berücksichtigung der individuellen Bedürfnisse der Klientel, in diesem Kontext gestaltet werden können. Schliesslich sollen durch die evaluierten Daten aus den Befragungen sowie gestützt auf die Ausführungen zu den theoretischen Grundlagen (aus den Kapiteln 2 bis 4) Schlussfolgerungen für die Beratung rund um die PPV gezogen werden.

5.2 Sampling

Entsprechend der zuvor dargelegten Ausgangslage bot sich an, eine Sozialforschung durchzuführen. Hierbei werden nach Horst Otto Mayer (2004) die quantitative (und statistisch repräsentative) und die qualitative Sozialforschung unterschieden. Dabei wird insbesondere differenziert, dass bei der qualitativen Sozialforschung im Gegensatz zur quantitativen Sozialforschung die inhaltliche Repräsentation der untersuchten Subjekte im Vordergrund steht, sich im Gegenzug aber keine repräsentativen Daten aus der Forschungsarbeit ableiten lassen dürfen (S. 39).

Die Autorinnen beschlossen, dass im Rahmen dieser Bachelorarbeit eine qualitative Forschung anhand der Methode des Experteninterviews durchgeführt werden sollte.

Anfangs galt es sich mit dem Sampling auseinanderzusetzen. Dementsprechend entschieden die Autorinnen, dass gemäss Mayer (2004) eine Vorab-Festlegung vorgenommen werden sollte. Diesbezüglich wurden anhand von Kriterien Stichproben begründet und gebildet. Aufgrund der Vorab-Festlegung kann gewährleistet werden, dass die Auswahl der zu befragenden Personen anhand klar definierter Kriterien geschieht und nicht zufällig stattfindet (S. 39). Die Kriterien, welche zur Auswahl der Stichprobe definiert wurden, basieren grundsätzlich auf den zuvor

gebildeten Forschungsfragen. Zudem galt es, die geeigneten Personen auszuwählen, welche in ihrer Rolle als Expertinnen und Experten ihr Fach- und Erfahrungswissen zur Beratung über die PPV erläutern konnten. Gemäss Michael Meuser und Ulrike Nagel (2009) können Personen im Rahmen von Forschungen als Expertinnen und Experten betrachtet werden, weil davon ausgegangen wird, dass diese Personen über spezifisches Wissen verfügen, welches nicht für jede andere Person frei zugänglich ist (S. 37).

Anhand einer ausführlichen ersten Recherche stellten die Autorinnen fest, dass prioritär Fachpersonen für die Interviews angefragt werden sollten, welche in der klinischen Sozialarbeit in einer psychiatrischen Klinik arbeiten und somit über spezifisches Praxis- und Erfahrungswissen im Umgang mit der PPV verfügen. Somit entschieden sich die Autorinnen dazu, das Samplingverfahren der gesteuerten Auswahl anzuwenden. Da es als nicht sinnvoll erachtet wird, dass die Auswahl von Personen zufällig geschieht, eignet sich diese Art und Weise des Samplings hierfür gut (Marius Metzger, 2009, S. 3). Im Idealfall könnten Fachpersonen interviewt werden, die in einer der psychiatrischen Kliniken tätig sind, welche gemeinsam mit einer Stiftung, welche sich für psychisch beeinträchtigte Menschen einsetzt, an der Ausarbeitung einer Vorlage sowie Arbeitshilfen zur PPV beteiligt waren. Somit könnten die Fachpersonen zudem auch ihr Wissen über die Hintergründe teilen, welche bei der Entwicklung der obengenannten Vorlage eine Rolle gespielt hatten, sowie ihre Einschätzungen bezüglich förderlicher Herangehensweisen in der Beratung einfließen lassen. Dementsprechend wurden folgende Kriterien definiert, welche für die Auswahl von Fachpersonen, die als Expert*innen fungieren würden, gelten sollten:

In der klinischen Sozialarbeit tätige Fachpersonen (vorzugsweise Sozialarbeiterinnen oder Sozialarbeiter, welche aktuell in psychiatrischen Kliniken arbeiten und / oder in leitender Funktion in ebendiesem Praxisfeld tätig sind); Fachpersonen, welche über förderliche und hinderliche Aspekte in der Beratung rund um die PPV Auskunft geben können sowie (vorzugsweise) in ebendiesen psychiatrischen Kliniken tätig sind, welche an der Ausarbeitung der Vorlage und weiteren Arbeitshilfen beteiligt waren. Zudem sollte eine Fachperson der obengenannten Stiftung über ihre Erfahrungen in der Beratung über die PPV befragt werden. Dies aufgrund der Tatsache, dass die Fachpersonen, welche für die Stiftung tätig sind, oftmals sowohl für betroffene als auch interessierte Personen als erste Ansprechpersonen bezüglich Patientenverfügungen dienen.

Anhand der aufgeführten Kriterien wurden psychiatrische Kliniken definiert und aktuell tätige Fachpersonen in den Kliniken wurden anschliessend für Interviews angefragt. Die folgende Tabelle gibt Auskunft über die getroffene Auswahl:

Institution der klinischen Sozialarbeit, psych. Klinik / Fachstelle / Stiftung oder weitere	Anzahl gewünschter Interviews mit zuständigen Fachpersonen
I. Psychiatrische Klinik	1-2
II. Psychiatrische Klinik	1-2
III. Psychiatrische Klinik	1-2
IV. Psychiatrische Klinik	1-2
V. Stiftung (Fachstelle)	01

Tabelle 1: Angaben Interview, erste Auswahl (eigene Darstellung, 2020)

Bei der Kontaktaufnahme mit den obengenannten Institutionen musste rasch festgestellt werden, dass einhergehend mit der Knappheit der zeitlichen Ressourcen der Fachpersonen, unmittelbar auch die Möglichkeiten für umfassende Befragungen anhand eines zuvor erstellten Leitfadens fehlten. Zudem erhielten die Autorinnen Rückmeldung, dass aufgrund der aktuellen Lage (COVID-19) zu den oftmals bereits bestehenden strukturellen und personellen Herausforderungen noch zusätzliche Arbeitsbelastungen entstanden seien. Ebenfalls gingen unterschiedliche Rückmeldungen zur Häufigkeit der Beratung über die PPV (teilweise mit oder ohne Einbezug der Vorlage) ein. In einigen der Institutionen gehörte die Beratung über die PPV zur täglichen Arbeit und andere beschrieben, dass die PPV in ihrer Klinik einen geringeren Stellenwert hat und sie verwiesen im Gegenzug auf den Behandlungsplan. Auch stellte sich heraus, dass in den verschiedenen Kliniken auch Fachpersonen mit unterschiedlichen Funktionen sowie Personen, welche in unterschiedlichen Disziplinen tätig sind, die PPV in ihrer Beratung thematisierten.

Daraus resultierte, dass mit einer gewissen benötigten Offenheit erneut an das Feld herangegangen werden musste, um realistische und differenzierte Befragungen gewährleisten zu können. Aufgrund dessen wie die Ausgangslage sich darstellte, entschieden die Autorinnen sich dazu, die Forschungsfragen entsprechend anzupassen und den Wortlaut von lediglich «aus Sicht der Fachpersonen der klinischen Sozialarbeit» auf «Erfahrungen von Fachpersonen der Sozialarbeit sowie von weiteren Disziplinen» zu erweitern. Zudem sollte die Nachfrage nach dem Einsatz von PPV-Vorlagen genereller formuliert werden und somit zuzüglich zu dem Einsatz von PPV-Vorlagen ebenfalls den Einsatz von «ähnlichen Behandlungsvereinbarungen» erfragen.

Ebenfalls wurde die Formulierung der Vertiefungsfrage auf die aktuellen Gegebenheiten abgestimmt und dementsprechend angeglichen:

«Welches sind aus der Sicht der Fachpersonen der Sozialen Arbeit sowie weiteren Disziplinen, förderliche und hinderliche Aspekte in der Beratung (der Klientel) über die PPV?». Somit konnten nebst dem Erfahrungs- und Fachwissen von Sozialarbeitenden aus der klinischen Sozialarbeit auch das Wissen von Personen, welche in einer anderen Disziplin tätig sind und sich in ihrer Tätigkeit mit der PPV auseinandersetzen, erfragt und ausgewertet werden.

Dementsprechend entstand eine, an die Situation angegliche Auswahl an Institutionen und Personen, welche sich zudem durch eine höhere Diversität auszeichnete, als dies zuvor der Fall gewesen war. Sämtliche Psychiatrischen Kliniken und Fachstellen wurden für die Durchführung eines einstündigen Interviews angefragt.

Die nachstehende Tabelle zeigt dies konkret auf:

Institution der klinischen Sozialarbeit, psych. Klinik / Fachstelle / Stiftung oder weitere	Anzahl gewünschter Interviews mit zuständigen Fachpersonen
I. Psychiatrische Klinik	01
II. Psychiatrische Klinik	01
III. Psychiatrische Klinik	01
IV. Psychiatrische Klinik	01
V. Psychiatrische Klinik	01
VI. Psychiatrische Klinik	01
VII. Fachstelle	01
VIII. Fachstelle	01
IX. Fachstelle	01
X. Fachstelle	01

Tabelle 2: Angaben Interview, definitive Auswahl (eigene Darstellung, 2020)

Von den angefragten Psychiatrischen Kliniken und Fachstellen konnten vier Fachpersonen für die Durchführung eines Interviews mit den Autorinnen gewonnen werden.

Mit einer weiteren Fachperson einer psychiatrischen Klinik befanden sich die Autorinnen im schriftlichen Austausch. Hierbei erhielten sie zudem das Dokument zur Kenntnisnahme zugestellt, welches intern, anstelle der psychiatrischen Patientenverfügung, verwendet wird und als Vereinbarung zwischen der spezifischen Klinik und den Patient*innen dient.

Eine weitere Fachperson, welche in einer Fachstelle tätig ist und oftmals betroffene Personen in der Beratung über die PV berät, erklärte sich dazu bereit anstelle eines Interviews einen schriftlichen Fragebogen zu bearbeiten.

Eine Fachperson, welche in einer Institution tätig ist, wobei eher selten über die PPV beraten wird, gab an, dass aufgrund dessen kein Interview durchgeführt werden kann. Eine andere, welche in einer weiteren psychiatrischen Klinik tätig ist, musste ihre Zusage zurückziehen, da aufgrund der COVID-19-Lage zu diesem Zeitpunkt nicht mehr genügend zeitliche Ressourcen seitens der Fachpersonen zur Verfügung standen. Von einer Institution kam trotz mehrmaliger Nachfrage keine Rückmeldung und die Anfrage musste entsprechend fallengelassen werden.

Im nächsten Kapitel werden die spezifischen Methoden aufgeführt und beleuchtet, welche im Rahmen des Forschungsprozesses verwendet wurden.

5.3 Forschungsmethoden

Die folgenden Methoden wurden nach einer differenzierten Auseinandersetzung mit der Thematik für diese Forschungsarbeit bestimmt. Zu Beginn werden die Forschungsmethoden erläutert, welche zur Erhebung der Daten verwendet wurden und anschliessend wird auf die Methoden eingegangen, welche zur Aufbereitung und Auswertung der Daten angewendet wurden.

5.3.1 Datenerhebung

Die Erhebung der Daten basierte auf einem Leitfaden, welcher als geeignetes Instrument nach den Ausführungen von Robert Kaiser im Vorfeld erarbeitet wurde. Gemäss Kaiser (2014) dient ein Interviewleitfaden in dieser Form insbesondere dazu, um die Strukturierung des Gesprächs, respektive des Interviews, zu gewährleisten (S. 52).

Ein Interviewleitfaden sollte sowohl die wichtigsten Fragestellungen beinhalten als gleichzeitig auch nicht zu ausführlich sein und zudem offen gestaltete Fragen enthalten, um die Entwicklung des Gesprächs nicht negativ zu beeinflussen (Kaiser, 2014, S. 52).

Wie obenstehend bereits erwähnt, wurden gemäss Meuser und Nagel (2009) die Fachpersonen, welche befragt werden sollten, als Expert*innen für die Beratung über die PPV betrachtet (S. 37). Demzufolge wurde auch der Leitfaden erarbeitet und ausgestaltet, da das Experteninterview als besondere Form des Leitfadeninterviews gilt (Mayer, 2004, S. 37).

Konkret bedeutet dies, dass Themenkomplexe formuliert wurden, welche erfragt werden sollten (Mayer, 2004, S. 44.) Die Autorinnen legten den Fokus hierbei auf die Forschungsfragen und bestimmten die Themenkomplexe «leichte Einstiegsfragen», «Allgemeines zur psychiatrischen Patientenverfügung», «die Beratungsmethodik», «förderliche und hinderliche Aspekte in der Beratung über die PPV», «die Niederschwelligkeit / der Zugang von betroffenen Personen zu psychiatrischen Patientenverfügungen» und «Erfahrungen» sowie «Empfehlungen und Abschluss». Anschliessend wurden gemäss den Ausführungen nach Mayer (2004) in Bezug auf die Themenkomplexe Nachfrage-Themen benannt und Fragen ausformuliert (S. 44).

Bevor der Interviewleitfaden zum ersten Mal im Feld zur Anwendung kam, wurde ein sogenannter «Pretest» durchgeführt, um zu eruieren, ob das Dokument allenfalls unverständliche oder ungünstige Formulierungen enthielt (ebd.). Durch diese erste Durchführung in einem noch geschützten Rahmen konnten die Autorinnen an Sicherheit gewinnen, um zu einem späteren Zeitpunkt gelassener an das erste «richtige» Interview herangehen zu können.

Gemäss Kaiser galt es mit allen Interviewpartner*innen im Vorfeld die Rahmenbedingungen zu klären. Dies bedeutete, dass das Ziel der Forschung transparent gemacht wurde und über die Bedeutung des Interviews im spezifischen Fall und in Hinblick auf das gesamte Forschungsvorhaben aufgeklärt werden musste (Kaiser, 2014, S. 54). Zudem wurde im Rahmen

einer Einverständniserklärung über das erforderliche Transkribieren der Interviews sowie die damit einhergehenden Punkte der Anonymisierung sowie den Schutz der persönlichen Daten der Interviewpartner*innen informiert (ebd.).

Im tatsächlichen Prozess der Datenerhebung (hier: die Durchführung der Interviews) orientierten sich die Autorinnen an den Ausführungen von Kaiser (2014), welcher dies als kommunikative Situation beschreibt, die sich durch Besonderheiten auszeichnen kann. Dies bedeutet im Wesentlichen, dass Informationen generiert werden sollten, welche durch andere methodische Herangehensweisen nur schwerlich erhoben werden könnten. Dementsprechend von hoher Wichtigkeit und gleichzeitig herausfordernd ist, dass von Seiten der Personen, welche das Interview durchführen, die Kontrolle über den Verlauf des Gespräches behalten werden kann, ohne dabei in störender Art und Weise auf das Gespräch einzuwirken (S. 79). Die Interviews dauerten zwischen 60 und 70 Minuten und wurden zweifach aufgezeichnet. Gegen Ende jedes Interviews stellten die Autorinnen den Interviewpartner*innen jeweils die Frage, ob es noch etwas gebe, was ihnen ein besonderes Anliegen sei und was sie den Autorinnen mitgeben möchten. Auf diese Art und Weise konnte erfragt werden, was den Fachpersonen in Bezug auf die Beratung über die PPV als besonders wichtig erscheint und es ihnen ein Bedürfnis ist, dies als Empfehlung für andere Institutionen weiterzugeben.

Mehrheitlich konnten die Interviews aufgrund der COVID-19-Lage nicht vor Ort, in den jeweiligen Institutionen, durchgeführt werden. Angesichts der verschiedenen Informatik-Standards wurden die Interviews sowohl online mithilfe von Zoom und Microsoft Teams wie auch telefonisch umgesetzt. Gemäss Kai Dröge (2020) gibt es bei der Aufzeichnung zwei wichtige Ziele, die beachtet werden müssen. Zum einen braucht es eine gute Aufnahmequalität, die im Nachhinein das Transkribieren des Interviews vereinfacht. Zum anderen sollte die Technik das Gespräch nicht stören und sollte den Personen vertraut sein (S. 1). Da die Autorinnen nicht mit allen Medien vertraut waren, haben sie diese im Vorfeld ausprobiert und die Tonqualität der Aufnahme überprüft. Nebst den Ausführungen von Kaiser haben sich die Autorinnen bei der Durchführung der Interviews zusätzlich noch an den Empfehlungen von Dröge orientiert. Dröge (2020) empfiehlt, dass zu Beginn des Gespräches ein ruhiger Ort gesucht wird und dass genügend Zeit eingeplant wird. Zudem sollen die Interviewer*innen stets den Leitfaden, genügend Schreibmaterialien sowie zusätzlich Papier bereithalten. Vor Beginn des Interviews ist das Gegenüber nochmals auf die Aufnahme hinzuweisen. Während des Gespräches gilt es zu beachten, das Gegenüber nicht mit Anschlussfragen im Redefluss zu unterbrechen. Aufgrund dessen, dass das Interview nicht physisch stattfinden kann, ist wichtig, dass die durchgehende Aufmerksamkeit mit Bestätigungsformeln signalisiert wird. Nach Abschluss des Interviews sollte die erfolgte Aufnahme zwingend kontrolliert werden (S. 3-4).

Das nächste Kapitel beinhaltet, wie die Aufbereitung, die Analyse und die Auswertung der erhobenen Daten vorgenommen wurde.

5.4. Datenaufbereitung und Datenauswertung

Bei der Auswertung der Experteninterviews wird gemäss Mayer das Ziel verfolgt, durch den Vergleich der Interviewtexte das Über-individuelle-gemeinsame herauszuarbeiten. Für die Bearbeitung der Texte können verschiedene Modelle verwendet werden (Mayer, 2004, S. 46). Die Autorinnen haben sich für das sechsstufige Auswerteverfahren nach Claus Mühlefeld, Paul Windholz, Norbert Lampert und Heidi Krüger entschieden. Dieses Verfahren ist pragmatisch und gilt als zeitlich sowie ökonomisch weniger aufwendig, als dies bei hermeneutischen Verfahren der Fall ist. Als Basis zur Auswertung dienen die transkribierten Tonaufnahmen, welche anschliessend an die Interviews erstellt wurden. Bei dieser Auswertungsmethode sind die Pausen, die Stimmlagen sowie sonstige parasprachliche Elemente nicht Gegenstand der Interpretation. Bei der Transkription der Interviews wurde aufgrund dessen darauf verzichtet, diesbezügliche Vermerke zu erstellen und es wurde lediglich der Inhalt der Gespräche notiert (Mayer, 2004, S. 46-47). Nachfolgend werden die einzelnen Stufen des Auswertungsverfahrens näher erläutert und beschrieben, wie vorgegangen wurde:

1. Stufe

In einem ersten Schritt werden alle Textstellen markiert, welche mit den spezifischen Fragen aus dem Leitfaden in Verbindung gebracht werden können (Mayer, 2004, S. 47).

2. Stufe

In der zweiten Stufe werden die Informationen in ein Codierschema übertragen, um sowohl die objektiven wie auch die subjektiven Dimensionen zu erfassen. Hierzu werden die einzelnen Passagen der Interviews detailliert studiert und es wird abgewogen, ob die Information codierbar ist oder ob Erweiterungen im Schema benötigt werden (Mühlefeld et al., 1981, S. 337). Das Codierschema beziehungsweise das Kategorienschema wurde anhand des vorhandenen Leitfadens abgeleitet und im Vorfeld gebildet (Mayer, 2004, S. 48).

Bei der Überarbeitung der Interviews wurden vier Oberkategorien sowie elf Unterkategorien herausgearbeitet, welche in der nachfolgenden Tabelle dargestellt sind:

Oberkategorien	Unterkategorien
Methodische Aspekte in der Beratung	Beziehungsgestaltung Förderliche Aspekte Hinderliche Aspekte Interne und externe Ressourcen
Grundsätze	Selbstbestimmung Ermächtigung / Empowerment
Empfehlungen	Empfehlungen Mögliche Verbesserungen / Kritikpunkte am Instrument
Handhabung auf professioneller Ebene	Arbeitshilfen Haltung Interdisziplinarität

Tabelle 3: Kategorienschema (eigene Darstellung, 2020)

3. Stufe

Anschliessend wird in der dritten Stufe eine innere Logik zwischen den Einzelinformationen, welche den Interviews entnommen werden, hergestellt (Mayer, 2004, S. 49). Hierfür werden die vorhandenen Informationen sorgfältig abgewogen. Dabei ist wichtig, dass dies sowohl bei Passagen, die bedeutungsgleich sind wie auch bei Passagen, die widersprechende Informationen beinhalten, geschieht (Mühlefeld et al., 1981, S. 337).

4. Stufe

Die vierte Stufe umfasst die Verschriftlichung der Informationen zu einem Fliesstext. Dabei erfolgt eine präzise und differenzierte Zuordnung der einzelnen Passagen (Mayer, 2004, S. 49). In dieser Stufe des Prozesses wird die inhaltliche und interpretative Auswertung üblicherweise abgeschlossen (Mühlefeld et al., 1981, S. 337).

5. Stufe

Nun wird beim erneuten Durchlesen die Auswertung mit dem transkribierten Text verglichen. Zudem werden einzelne Ausschnitte der Interviews in den Auswertungstext einbezogen (Mayer, 2004, S. 49). Des Weiteren besteht hierbei die Möglichkeit, sofern dies notwendig ist, um allfällige widersprüchliche Details zu korrigieren (Mühlefeld et al. 1981, S. 338).

6. Stufe

Abschliessend wird die verschriftlichte Auswertung in die Forschungsarbeit eingebettet. Auf Interpretationen wird im Auswertungstext verzichtet (Mayer, 2004, S. 49)

5.5 Zwischenfazit Auswertung Forschungsdesign sowie Reflexion

Im folgenden Zwischenfazit wird eine Reflexion des gesamten Prozesses, von der Erhebung der Daten bis zur Auswertung, vorgenommen.

Aus Sicht der Autorinnen gelang es anhand der Forschungsfragen passende Fragestellungen für die Interviews mit den Expert*innen zu verfassen. Zur Übersicht und Visualisierung wurde anfangs ein Mind-Map erstellt und in einem weiteren Schritt konnten die Interviewfragen nach einer sinnvollen Logik ausformuliert werden. Anschliessend wurde ein Pre-Test durchgeführt, um Fehlerquellen aufzudecken und die Fragen nochmals prüfen zu können.

Die Autorinnen erachten diesen Schritt rückblickend als sehr wichtig, um an Sicherheit in der Umsetzung eines Interviews zu gewinnen.

Nebst des Pre-Tests wurden im Vorfeld auch die elektronischen Hilfsmittel wie Zoom und Microsoft-Teams geprüft. Dies diente insbesondere dazu, um die Qualität der Tonaufnahmen gewährleisten zu können. Dennoch mussten die Autorinnen während der Durchführung der Interviews flexibel reagieren, da die Technik teilweise nicht auf Anhieb funktionierte.

Somit mussten einige Interviews ohne die Kamerafunktion umgesetzt werden, was aus Sicht der Autorinnen unpersönlich wirkte.

Zudem mussten die Fragen vereinzelt spontan an die situativen Gegebenheiten angepasst werden. Ebenfalls galt es zu berücksichtigen, dass nicht alle Expert*innen über gleich viel Erfahrung bezüglich der PPV verfügten. Die Autorinnen legten Wert darauf taktvoll mit den jeweiligen Umständen umzugehen und die Handhabung auf das Gegenüber abzustimmen. Durch gezieltes Nachfragen konnten sich die Interviewsituationen schliesslich von reinen Befragungen zu Fachgesprächen wandeln.

Aufgrund des ausgewählten Auswertungsverfahrens nach Mühlefeld et al., welches eine pragmatische Vorgehensweise beinhaltet, konnten zeitliche Ressourcen eingespart werden. Hingegen wendeten die Autorinnen viel Zeit auf, um sämtliche Transkripte mehrmals gemeinsam durchzulesen und die Interviewpassagen anhand eines Farbschemas zu differenzieren.

Diesbezüglich entstanden teilweise fachliche Diskussionen, bis die geeigneten Differenzierungen vorgenommen werden konnten.

Das folgende Kapitel umfasst die Darstellung der erhobenen Forschungsergebnisse.

6. Darstellung der Forschungsergebnisse

Nachfolgend werden die Ergebnisse der Interviews erläutert und mittels der Zuordnung zu verschiedenen Kategorien dargestellt. Schliesslich werden anhand der Darstellung der Ergebnisse Schlüsse gezogen und es wird auf die Forschungsfrage eingegangen. Abschliessend werden die Ergebnisse in einem Zwischenfazit zusammengefasst und die Forschungsfrage beantwortet.

6.1 Darstellung der Forschungsergebnisse in Bezug auf die Forschungsfrage

Die Forschungsfrage diente sowohl als Leitfrage während des Prozesses der Ausarbeitung und Durchführung der Interviews als auch zur Orientierung bezüglich der Darstellung der Ergebnisse, welche nachfolgend anhand des Kategorienschemas aufgeführt werden.

Anfangs werden unter 6.2 die Erkenntnisse über die Handhabung in der Praxis hinsichtlich der Grundsätze der Selbstbestimmung sowie der Ermächtigung mit Einbezug des Empowerments abgebildet.

Diesbezügliche Bezugnahme zur Forschungsfrage:

- ***Welche Erfahrungen machen Fachpersonen der SA sowie weiterer Disziplinen hinsichtlich der Grundsätze der Selbstbestimmung und der Ermächtigung sowie der Handhabung auf professioneller Ebene in Bezug auf die konkrete Arbeitsweise in der Beratung über die PPV? Welches sind aus der Sicht der Fachpersonen der SA sowie weiterer Disziplinen förderliche und hinderliche Aspekte in der Beratung (über die PPV) bezüglich der Gesprächsführung, der Methodik sowie des Settings?
Welche Empfehlungen im Generellen lassen sich davon ableiten?***

Unter 6.3 werden die Erkenntnisse zur Anwendung von Methoden wie der Ressourcenarbeit und hinsichtlich der Beziehungsgestaltung in der Beratung dargestellt.

Der Fokus liegt hierbei insbesondere auf den Ausführungen betreffend der förderlichen und hinderlichen Aspekte in der Beratung über die PPV, welche aus den Interviews erhoben werden konnten.

Diesbezügliche Bezugnahme zur Forschungsfrage:

- ***Welches sind aus der Sicht der Fachpersonen der SA sowie weiterer Disziplinen förderliche und hinderliche Aspekte in der Beratung (über die PPV) bezüglich der Gesprächsführung, der Methodik sowie des Settings?***

Darauffolgend beinhaltet das Unterkapitel 6.4 die Handhabung auf professioneller Ebene hinsichtlich der Haltungsfragen, der Interdisziplinarität sowie den Arbeitshilfen, die in der Beratung verwendet werden.

Diesbezügliche Bezugnahme zur Forschungsfrage:

- ***Welche Erfahrungen machen Fachpersonen der SA sowie weiterer Disziplinen hinsichtlich der Grundsätze der Selbstbestimmung und der Ermächtigung sowie der Handhabung auf professioneller Ebene in Bezug auf die konkreten Arbeitsweisen in der Beratung über die PPV?***

Schliesslich werden in 6.5 generelle Empfehlungen sowie Möglichkeiten zur Verbesserung rund um die Beratung über die PPV dargestellt, die sich aus den Interviews ableiten liessen.

Diesbezügliche Bezugnahme zur Forschungsfrage:

- ***Welche Empfehlungen im Generellen lassen sich davon ableiten?***

Abschliessend wird unter 6.6 ein Fazit gezogen, die Erkenntnisse nochmals zusammengefasst sowie die Fragestellung beantwortet.

6.2 Grundsätze der Selbstbestimmung und der Ermächtigung

Zu Beginn werden die Ergebnisse abgebildet, welche bezüglich der Handhabung der Grundsätze der Selbstbestimmung sowie der Ermächtigung in Verbindung mit Empowerment, eruiert wurden.

6.2.1 Grundsatz der Selbstbestimmung

Generell sprachen sich alle Expert*innen dafür aus, die Selbstbestimmung sowie die Autonomie der Patient*innen in ihren Institutionen zu fördern und dass diesbezügliche Bestrebungen wichtig und richtig seien.

Zwei Expertinnen gaben an, dass aus ihrer Erfahrung die psychiatrische Patientenverfügung durchaus einen Teil zur Förderung der Selbstbestimmung der Patient*innen beiträgt (Expertin X, 2020, Z. 16-17; Expertin II, 2020, Z. 81-82). Ein Experte war der Meinung, dass es eine Stärke des Instrumentes sei, dass sowohl die Patient*innen in ihrer Selbstbestimmung unterstützt werden können, als auch eine gewisse gegenseitige Verpflichtung dadurch entsteht, was allerdings aus Sicht der Patient*innen wiederum nicht nur angenehm sein könnte (Experte V, 2020, Z. 117-121).

Eine Expertin benannte, dass ein weiterer Vorteil einer bestehenden PPV sei, dass auch bei späteren, erneuten stationären Aufenthalten auf ein bestehendes Dokument zurückgegriffen werden könne, welches Auskunft über die Geschichte, die Wünsche und die Bedürfnisse der betroffenen Person gibt (Expertin II, 2020, Z. 81-82).

Eine Expertin beschrieb, dass bei Patient*innen in herausfordernden Situationen teilweise das Gefühl aufkommen würde, dass nie jemand sie ernst nehme in ihrer Erkrankung. Aus Sicht der Expertin könne eine PPV in ebensolchen Situationen unterstützend wirken, um diese Empfindungen zu verringern (Expertin II, 2020, Z. 258-260).

«Weil es kommt immer mal wieder das Gefühl auf «mich nimmt ja sowieso niemand ernst» und somit, durch die Gespräche und die bestehenden Dokumente, kann dieses Gefühl deutlich weniger werden» (Expertin II, 2020, Z. 258-260).

Ein Experte schilderte, dass in seiner Institution öfters das Problem auftrete, dass keine PPV vorhanden sei, welche umgesetzt werden könnte. Diesen Umstand würde er persönlich auch bedauern (Experte I, 2020, Z. 536-538).

Ein weiterer «schwieriger» Punkt, welcher von einem Experten benannt wurde, ist, dass die Gesetzgebung teilweise höher gewichtet werden müsse als die Autonomie der Patient*innen (aufgrund dessen, dass die PPV im Falle der Urteilsunfähigkeit lediglich berücksichtigt werden muss) (Experte V, 2020, Z. 71-73). Diesen Umstand hinzunehmen, so könne er sich dies vorstellen, sei vermutlich für die Patient*innen auch frustrierend. Insbesondere, wenn sich Patient*innen Überlegungen zu ihren Bedürfnissen machen würden, welche dann in der Konsequenz teilweise dennoch nicht umgesetzt werden können. Dementsprechend könne wahrscheinlich für die Patient*innen auch ein gewisser Hohn mitschwingen (Experte V, 2020, Z. 124-127). Des Weiteren gab ein Experte zu bedenken, müssen sich Institutionen immerzu zwischen der Autonomie von Patient*innen sowie dem «Zwang» bewegen und manchmal müsse die gesetzliche Fürsorgepflicht höher gewertet werden. Natürlich würden in den Kliniken Autonomiebestrebungen gemacht werden, aber es gebe auch Grenzen (Experte V, 2020, Z. 249-252).

«(...) es bewegt sich ja immer zwischen Zwang und Autonomie und manchmal wird dann die Fürsorgepflicht höher gewertet. Natürlich sind dann auch Autonomiebestrebungen passiert, aber man sieht, dass es dort auch Grenzen gibt» (Experte V, 2020, Z. 249-252).

6.2.2 Grundsatz der Ermächtigung mit Einbezug des Empowerments

Die Erkenntnisse hinsichtlich des Einbezugs des Grundsatzes der Ermächtigung ähneln grösstenteils den Erkenntnissen bezüglich der Selbstbestimmung (in 6.2.1 beschrieben) oder sind gar deckungsgleich.

Untenstehend werden ergänzende Ergebnisse aufgeführt:

Ein Experte zeigte sich überzeugt, dass wenn Patient*innen aufgrund einer bestehenden PPV in der Wahrnehmung ihrer Selbstbestimmung unterstützt werden, dies in der Konsequenz auch bedeutet, dass Einfluss auf die Ermächtigung der betroffenen Personen genommen werden kann (Experte I, 2020, Z. 147-150).

Wiederum gaben zwei Expert*innen zu bedenken, dass aufgrund der Tatsache, dass die Fachpersonen oftmals nur unzulänglich über die Bedürfnisse und den Unterstützungsbedarf der Patient*innen Kenntnisse haben, sie entsprechend auch nur unzulänglich zur Wahrnehmung ihrer Rechte befähigt werden können (Experte I, 2020, Z. 310-313; Expertin II, 2020, Z. 252-253).

Gemäss einer Expertin würden ihre Mitarbeitenden grossen Wert darauflegen, die Patient*innen darin zu unterstützen, ihr persönliches Recht über die eigene Vorsorge bestimmen zu können, zu nutzen. Infolgedessen würden auch die Institutionen davon profitieren können (Expertin II, 2020, Z. 118-120).

«Sie versuchen die betroffenen Personen sowie auch die Angehörigen dazu zu ermutigen den Schritt zu tun und ihren eigenen Willen zu verfassen, da es im Endeffekt auch der Klinik hilft, wenn der Wille berücksichtigt werden kann» (Expertin II, 2020, Z. 118-120).

Nachfolgend werden die Ergebnisse dargestellt, welche bezüglich der angewandten Methoden sowie der förderlichen und hinderlichen Aspekte in der Beratung über die PPV, erhoben werden konnten.

6.3 Methodische Aspekte in der Beratung

Zu Beginn wird die Ressourcenarbeit und insbesondere die Ressourcenerschliessung erläutert.

6.3.1 Interne und externe Ressourcen

Alle befragten Expert*innen benannten die ressourcenorientierte Arbeit, und insbesondere die Ressourcenerschliessung, als relevant für die Sozialarbeit in psychiatrischen Kliniken oder auf Fachstellen.

In Zusammenhang mit der psychiatrischen Patientenverfügung beschrieb eine Expertin, dass aus ihrer Sicht besonders hilfreich sei, dass in der PPV Vertrauens- und Bezugspersonen benannt werden können, welche dann, sollte es den Patient*innen deutlich schlechter gehen, zu Rate gezogen werden können (Expertin II, 2020, Z. 5-8).

Manche Expert*innen schilderten, dass zur Ressourcenerschliessung im Rahmen von stationären Kliniken oftmals auch nahestehende Personen sowie Beiständinnen und Beistände miteinbezogen werden, um die Bedürfnisse und Wünsche der betroffenen Personen gemeinsam besprechen zu können (Expertin II, 2020, Z. 56-58; Expertin X, 2020, Z. 323-330).

Explizit hinsichtlich der Ressourcenerschliessung, erzählte eine Expertin, würden im Kontext von stationären Behandlungen in ihrer Klinik Mehrpersonengespräche durchgeführt werden. Dies mit der Zielsetzung, dass der aktuelle Aufenthalt sowie die weitere Planung gemeinsam diskutiert sowie allenfalls gewisse Punkte verbessert werden könnten (Expertin II, 2020, Z. 102-106). Aus ihrer Sicht seien die sogenannten «Peers» eine bedeutsame Ressource, beschrieb eine weitere Expertin (bei «Peers» handelt es sich um Personen, welche selbst Psychiatrie-Erfahrung aufweisen und sich dazu bereit erklären dieses Wissen vielfältig einzusetzen). Die Tätigkeiten der Peers oder weiterer Personen würden gemäss der Expertin dazu beitragen, dass konstruktiver über Instrumente wie die PPV aufgeklärt werden könne (Expertin X, 2020, Z. 323-330).

Einige Kliniken legen Wert darauf, dass Patient*innen bei einem Wiedereintritt auf dieselbe Station gehen können, wie dies beim letzten Aufenthalt der Fall war. Somit können Patient*innen obendrein (von allfälliger Personalfluktuaton abgesehen) vom selben Fallteam betreut werden, wie zuvor. Hierbei betonte der Experte, dass dies insbesondere auch Sinn mache, da die PPV's vermehrt in Fällen erstellt werden, wobei Patient*innen mehrmals eine stationäre Behandlung wahrnehmen müssen. Infolgedessen könne häufig aus den Erfahrungen vergangener Aufenthalte dazugelernt werden, was wiederum zu Anpassungen und Änderungen in den Zielsetzungen der Behandlungen führen könne (Experte V, 2020, Z. 79-88).

Zitat einer Expertin hinsichtlich der Ressourcenerschliessung während eines stationären Aufenthaltes in der entsprechenden Klinik:

«Und das wird dann auch gemacht, wenn wir zu Mehrpersonengesprächen einladen, beispielsweise zusammen mit den Beiständinnen und Beiständen und Angehörigen, um zu schauen, was wir einfach noch verbessern können und um die weitere Planung für die Zeit nach dem Austritt zu machen.

Dabei geht es unter anderem auch um solche expliziten Dinge, wie zum Beispiel: «Möchte ich Infusionen haben oder möchte ich keine haben, inwieweit möchte ich sediert werden, falls nötig, oder kommt das für mich überhaupt nicht in Frage» (Expertin II, 2020, Z. 102-106).

Nachfolgende Ausführungen betreffen die Schilderungen der Expert*innen bezüglich der Beziehungsgestaltung in der klinischen Sozialarbeit.

6.3.2 Beziehungsgestaltung

«(...), wenn es wieder passiert, dann verlasse ich mich auf das Behandlungsteam, die kennen mich teilweise schon» (Expertin X, 2020, Z. 202-203).

Diese Aussage einer betroffenen Person, beschrieb eine Expertin, sei ihr besonders im Gedächtnis geblieben und spreche bezüglich der Thematik der Beziehungsgestaltung wohl für sich selbst (Expertin X, 2020, Z. 202-205).

Ein Experte schilderte, dass seiner Meinung nach vorangehend vor allen beraterischen Handlungen, auch bezüglich der PPV, Zeit in den Beziehungsaufbau investiert werden müsse (Experte I, 2020, Z. 156-157). Wie weit der Aufbau der Beziehung fortgeschritten sein müsse, um gemeinsam eine PPV ausformulieren zu können, müsse die Fachperson selbst spüren, ergänzte er (Experte I, 2020, Z. 159-161).

Zur Veranschaulichung beschrieb ein Experte diesen Umstand wie folgt:

«Also wenn Jemand zu mir kommt und sagt: Könntest du bitte mit der Patientin XY eine Patientenverfügung machen, und ich kenne die Patientin noch überhaupt nicht, dann würde ich nicht hingehen und sagen: « Grüezi Frau XY, ich möchte jetzt als erstes mit ihnen die Patientenverfügung besprechen » sondern ich würde zuerst versuchen eine Beziehung zu ihr aufzubauen» (Experte I, 2020, Z. 163-166).

Eine Expertin gab an, dass aus ihrer Sicht die Beziehungsgestaltung das «A und O» sei, um eine weitere konstruktive Zusammenarbeit gewährleisten zu können (Expertin II, 2020, Z. 131).

Eine Expertin beschrieb ihre Motivation, um fortwährend am Aufbau einer tragfähigen Beziehung zu arbeiten, mit den folgenden Worten: «Es geht aus meiner Sicht darum, dass Patient*innen hinsichtlich eines allfälligen erneuten Eintrittes in einer Krisensituation spüren, dass sie uns vertrauen können» (Expertin II, 2020, Z. 33-135).

Ein Experte fasste zusammen, dass bezüglich aller Handlungen, welche innerhalb einer Klinik vorgenommen werden müssen, die Beziehung aus seiner Sicht der allesentscheidende Faktor sei (Experte V, 2020, Z. 253-254).

Bezugnehmend auf die Ausarbeitung der PPV während des stationären Aufenthaltes umschrieb eine Expertin, dass aus ihrer Sicht oftmals seitens der Patient*innen das Bedürfnis nach Sicherheit vorrangig sei. Zudem sei es den Patient*innen vielfach das grösste Anliegen, dass sie die Menschen, in die sie ihr Vertrauen setzen würden, auch als Vertrauenspersonen benennen dürfen und dass diese Personen im Fall der Fälle in den Entscheidungsfindungsprozess miteinbezogen werden (Expertin II, 2020, Z. 187-191).

Eine Expertin schilderte, dass aus ihrer Sicht entscheidend sei, bei Patient*innen, die unter chronischen psychischen Erkrankungen leiden würden und entsprechend öfters eine stationäre Behandlung wahrnehmen müssen, die Patientenverfügung frühzeitig zu thematisieren. Ihrer Meinung nach könne die Thematisierung viel Sicherheit vermitteln und die betroffenen Personen würden sich dadurch vielfach ernstgenommen fühlen (Expertin II, 2020, Z. 243-248).

Nachfolgend die Wahrnehmung eines Experten diesbezüglich:

«Und natürlich, wenn man schwierige Themen bespricht und fragt, was beim nächsten Mal besser sein könnte oder was mehr helfen würde, kann eine «gute» Beziehung sehr sinnvoll sein. Bei einer «schlechten» Beziehung hingegen würde die betroffene Person vielleicht eher abblocken. Somit würde ich sagen, dass solche Situationen wohl eher von der Beziehung bestimmt sind und wie das Ganze erlebt wird, als dass dies nicht der Fall ist» (Experte V, 2020, Z. 348-352).

Anschliessend erfolgt eine Darstellung der Ergebnisse, betreffend förderlicher Aspekte in der Beratung über die PPV.

6.3.3 Förderliche Aspekte in der Beratung

Auf die Frage nach den förderlichen Aspekten in der Beratung, in Kliniken oder auf Fachstellen, schilderten die Expert*innen eine Vielzahl an Aspekten, die sich aus ihrer Sicht in einer Beratung förderlich auswirken können.

Im Folgenden wird eine Auswahl an Ergebnissen dargestellt:

Eine Expertin benannte als wichtigen förderlichen Aspekt in der Beratung, dass wichtige Vertrauenspersonen bereits in den Prozess der Ausarbeitung der PPV miteinbezogen werden. Gemeinsam können die Bedürfnisse der Patient*innen besprochen und auf ihre Nachvollziehbarkeit überprüft werden. Des Weiteren beschrieb die Expertin, dass sie es generell bevorzuge, die PPV stets in mehreren Beratungsgesprächen zu bearbeiten, um einer Überforderung seitens der betroffenen Personen entgegenwirken zu können (Expertin X, 2020, Z. 164-168).

Weitere Expert*innen waren ebenfalls der Meinung, sollte eine Vorlage (die oftmals durch Fachstellen zur Verfügung gestellt wird) zur Ausarbeitung der PPV verwendet werden, mache es

sicherlich Sinn, dass für die Beratung über die einzelnen Themenschwerpunkte genügend Zeit einberechnet werde (Expertin X, 2020, Z. 364-366; Experte I, 2020, Z. 351-354).

«Ich denke, dass es wichtig ist sich nicht förmlich durch diese Dokumente «erschlagen» zu lassen, da es verschiedene Themengebiete darin hat. Und man kann auch jedes Thema einzeln bearbeiten und sich dabei Zeit lassen und man muss auch nicht alles bearbeiten.

Man kann sich auch eines der Themengebiete aussuchen und einfach damit beginnen (...)» (Experte I, 2020, Z. 351-354).

Aufgrund dessen, dass eine PPV auszuformulieren beinahe zwangsläufig heisst, dass sich Patient*innen mit herausfordernden Fragen und teilweise belastenden Themen auseinandersetzen müssen, schilderte ein Experte seine bevorzugte Herangehensweise diesbezüglich:

«Das heisst, dass wenn ich mit einer vulnerablen Person eine PPV bearbeiten möchte, gehe ich dies schrittweise an. Ich mache kurze Termine. Ich lote immer wieder aus, wie es um die Konzentrationsfähigkeit steht, wie es betreffend der «Verletzlichkeit» aussieht.

Kann ihr im Moment noch zugemutet werden weiter daran zu arbeiten, und wenn ja, dann nur etappenweise» (Experte I, 2020, Z. 393-395).

Des Weiteren beschrieben die Expert*innen, dass es sich oftmals anbieten würde mit den «einfacheren» Themen zu beginnen und die allenfalls schwierigen und belastenden Punkte auf einen späteren Zeitpunkt zu verschieben, wenn die Situation dies zulassen würde (Experte I, 2020, Z. 397-398; Expertin II, 2020, Z. 400-401).

Hinzukommend gelte es zu beachten, ob gewisse Fragen die Patient*innen allenfalls «triggern» könnten sowie einen Umgang damit zu finden, falls dies der Fall sein sollte (Experte V, 2020, Z. 335-340).

«Die schwierigsten Fragen betreffen natürlich häufig die Familie oder das private Umfeld. Und ich denke, auch ganz grundsätzlich in der Beratung, können scheinbar «einfache» Fragen teilweise so viel auslösen und hervorholen, dass das vielleicht gar nicht mehr zu kontrollieren ist. Angefangen bei schlechten Erfahrungen, bis hin zu schlimmen Traumata.

*Insbesondere gerade bei Traumata-Patient*innen würde ich beispielsweise auch nicht mehr nachbohren gehen» (Experte V, 2020, Z. 335-340).*

Hinsichtlich des passenden Zeitpunktes, um eine PPV zu erstellen, schilderte eine Expertin, dass ihre Erfahrung diesbezüglich sei, dass in den meisten Fällen die Patient*innen den für sie persönlich «richtigen» Zeitpunkt bestimmen würden.

Teilweise würden die Fachpersonen allerdings versuchen dies zu beeinflussen, falls beispielsweise eine dementielle Entwicklung vorliege (Expertin II, 2020, Z. 151-155).

Ein Experte beschrieb, dass es seiner Meinung nach abhängig von den Fortschritten in der Beziehungsgestaltung sei, wann der passende Zeitpunkt gekommen sei, um die PPV zu thematisieren, allerdings könne dies sicherlich nicht zu Beginn des Aufenthaltes geschehen (Experte V, 2020, Z. 135-138).

Eine weitere Expertin definierte dies wie folgt:

«Das ist schwierig zu beantworten. Ich denke die betroffene Person muss selbst quasi das Bedürfnis dazu entwickeln. Jemandem eine PPV aufzuzwingen ist auch nicht das Richtige. Man kann darauf hinweisen, dass es dieses Instrument gibt. Aber einfach zu sagen, « du sollest dies besser machen » und dadurch vielleicht Druck aufsetzen, das wäre irgendwie sehr kontraproduktiv» (Expertin X, 2020, Z. 194-198).

Bei der Ausarbeitung der PPV habe immerzu die betroffene Person den «Lead» und könne entscheiden, welche Themengebiete sie wie ausformulieren möchte, auch wenn sie oder er diesbezüglich durch eine Fachperson eng begleitet und allenfalls auch angeleitet werde. Dieser Umstand könne dazu beitragen, dass sich die Patient*in selbstwirksam erleben könne, beschrieb ein Experte (Experte I, 2020, Z. 204-205).

Aufgrund der Tatsache, dass oftmals Patient*innen mit chronischen psychischen Erkrankungen eine PPV haben, könne diese bei Bedarf, auch über Jahre hinweg, immerzu überarbeitet und an die Situation angepasst werden, was sie persönlich als grossen Vorteil erachte, schilderte eine Expertin (Expertin II, 2020, Z. 61-63).

Des Weiteren kann in der Beratung über die PPV förderlich sein, dass bei einigen Dokumenten, welche von Fachstellen als Vorlage für die PPV zur Verfügung gestellt werden, am Ende die Urteilsfähigkeit der betroffenen Person zum Zeitpunkt der Ausformulierung durch eine Drittperson bestätigt werden kann. Gemäss einer Expertin könne dies, obschon aus rechtlicher Sicht nicht notwendig, teilweise dazu beitragen den Patient*innen die Ängste zu nehmen, dass ihre damalige Urteilsfähigkeit angezweifelt werden könnte (Expertin X, 2020, Z. 225-228).

Manchmal kann es während des stationären Aufenthaltes zu Situationen kommen, welche für die Patient*innen äusserts herausfordernd sind und das Bedürfnis entstehen lassen, dass für eine ebensolche zukünftige Situation, die Ausformulierungen in der PPV ergänzt werden können.

Ein Experte beschrieb, dass es aus seiner Sicht essenziell sei, solche (Zwangs-)Situationen in jedem Fall vor- und nachzusprechen, wobei für die Kliniken diesbezüglich auch Auflagen gelten würden. Insbesondere bezüglich des Beziehungsaufbaus müsse eine differenzierte Nachbesprechung als sehr wichtig betrachtet werden. Allenfalls könne anschliessend, vor Austritt, die PPV entsprechend angepasst oder ergänzt werden (Experte V, 2020, Z. 344-347).

Hinzukommend, benannte ein Experte, mache es sicherlich Sinn ebensolche Nachbesprechungen oder Aufarbeitungen möglichst zeitnahe durchzuführen, und nicht Tage oder Wochen später, mit

der Hoffnung, dass allenfalls dann etwas «Gras über die Sache gewachsen» sei (Experte V, 2020, Z. 361-363).

Zwei Expert*innen beschrieben, dass ihrer Meinung nach sowohl betreffend der Nachsorge nach einem stationären Aufenthalt als auch unabhängig davon, jederzeit bei Bedarf, eine Vermittlung zu spezialisierten Fachstellen und/oder zuständigen, externen Fachpersonen erfolgen sollte (Expertin II, 2020, Z. 113-118; Expertin X, 2020, Z. 26-31).

Eine Expertin erklärte, dass zuständige Fachstellen teilweise auch telefonische Beratungen anbieten würden, um entsprechendem Unterstützungsbedarf nachkommen zu können. Während einer telefonischen Beratung können dringliche offene Fragen geklärt werden und falls nötig, kann anschliessend ein Termin für ein persönliches Gespräch vereinbart werden (Expertin X, 2020, Z. 26-31).

Des Weiteren würden Fachstellen bei Bedarf auch Schulungen bezüglich der psychiatrischen Patientenverfügung anbieten. Die Zielgruppe solcher Schulungen seien sowohl Institutionen und Fachpersonen als auch Patient*innen sowie interessierte Personen. Somit könne nach Bedarf über die PPV aufgeklärt und informiert werden

sowie Hilfestellungen für die Beratung über die PPV gemeinsam erarbeitet werden (Expertin X, 2020, Z. 48-53). Nebst den förderlichen Aspekten in der Beratung wurden die Expert*innen auch über Aspekte in der Beratung befragt, die aus ihrer Sicht hinderlich sind.

Die erhobenen Ergebnisse werden nachfolgend dargestellt.

6.3.4 Hinderliche Aspekte in der Beratung

Die Expert*innen beschrieben anhand ihrer Tätigkeitsbereiche eine Vielzahl an Aspekten, die sie als hinderlich für die Beratung erachten würden.

«Das ist natürlich schon ein grosser Unterschied. Und es gibt auch Personen, die sehr stark darauf reagieren und dann sagen: «Das wird ja so oder so nicht umgesetzt, wieso sollte ich es dann überhaupt aufschreiben» (Expertin X, 2020, Z. 105-107).

Insbesondere den Umstand, dass die PPV aufgrund der geltenden Gesetzgebung lediglich berücksichtigt werden muss, schätzt eine Expertin als besonders herausfordernd ein. Teilweise würden Patient*innen beschreiben, dass sie es für sinnlos halten ein Dokument zu verfassen, welches zwar in die Entscheidungsfindung miteinbezogen, aber im Endeffekt nicht zwingend umgesetzt werden muss (Expertin X, 2020, Z. 105-112).

Als zusätzlich erschwerend benannte ein Experte, dass oftmals in den PPV's generelle Aussagen ausformuliert werden, welche wiederum viel Raum für Interpretationen bieten würden. Wünschenswert wäre hierbei, dass die PPV möglichst präzise und klare Beschreibungen beinhaltet (Experte I, 2020, Z. 122-124).

Des Weiteren werden teilweise rechtlich und / oder ethisch nicht vertretbare Anordnungen und Wünsche formuliert, wie das folgende Beispiel aufzeigt:

«(...) , wenn eine PPV in einer Phase der Instabilität verfasst wurde und Anordnungen enthält, die gar nicht umsetzbar sind. Wenn beispielsweise steht, falls ich suizidal bin und mir das Leben nehmen möchte, wünsche ich mir explizit, dass ich nicht daran gehindert werde. Das ist etwas, was wir nicht berücksichtigen können. Das ist klar.

Auch wenn Jemand hineinschreiben würde: Ich wünsche mir, falls ich jemals suizidal bin, dass ich etwas erhalte, um zu sterben.

Es liegt auf der Hand, dass das nicht berücksichtigt wird» (Experte I, 2020, Z. 112-120).

Auch hinsichtlich der hinderlichen Faktoren wurde erneut thematisiert, dass es gilt, den richtigen Zeitpunkt für die Beratung über die PPV zu finden:

Ein Experte benannte aus seiner Sicht als herausfordernd, dass eine PPV gemeinsam mit Patient*innen während eines akuten stationären Aufenthaltes erstellt werden sollte.

Seiner Ansicht nach würden die Patient*innen die eigene psychische Gesundheit zu diesem Zeitpunkt oftmals in einer gewissen Instabilität erfahren, wobei sich wiederum die Frage stellt, ob sie in der Lage sind, nachhaltige Entscheidungen für sich zu treffen (Experte I, 2020, Z. 78-81).

Ebenfalls kann dies dazu führen, dass die Urteilsfähigkeit der betroffenen Person zum Zeitpunkt, als die PPV erstellt wurde, eingeschätzt werden muss. Ein Experte legte dar, dass sich aus seiner Sicht im Falle von begründeten Zweifeln rasch die Beweisfrage bezüglich der Urteilsfähigkeit stellen könnte. Lediglich währenddem die betroffene Person sich in einer Klinik aufhält, könne die Urteilsfähigkeit attestiert werden. Sollte eine Behandlung beispielsweise in einem ambulanten Rahmen erfolgen, würde dies eine diesbezügliche Einschätzung bereits erschweren. Entsprechend gelte es hierbei zu berücksichtigen, was faktisch die Konsequenz sein kann, sollte sich die Urteilsfähigkeit zum Zeitpunkt, als die PPV verfasst wurde, als nicht gegeben herausstellen und gewisse Anliegen sowie Wünsche der betroffenen Person höchstwahrscheinlich nicht umgesetzt werden können (Experte V, 2020, Z. 213-221).

Des Weiteren sind viele der Patient*innen während des stationären Aufenthaltes mit anderen Themen beschäftigt, welche ihre volle Aufmerksamkeit erfordern. Sollte zu ebendiesem Zeitpunkt eine Fachperson für die gemeinsame Ausarbeitung einer PPV anfragen, könnte sich dies rasch gegenteilig als wie gewünscht auswirken und dazu führen, dass Patient*innen sich unter Druck gesetzt fühlen (Experte I, 2020, Z. 268-272). Ein Experte fasste seine diesbezügliche Besorgnis wie folgt zusammen:

«(...) und je nachdem werden wir dadurch gar nichts erreichen können» (Experte I, 2020, Z. 487).

Hingegen könnte dies dazu führen, dass die Beziehung zwischen der Patient*in sowie der Fachperson belastet wird, was wiederum als hinderlicher Aspekt für die Beratung angesehen werden muss, wie ein Experte schilderte:

*«(...), ich denke dann, wenn die Beziehung erschwert ist zwischen der Patient*in und der Beratungsperson. Erschwert im Sinne von, dass die Patient*in allenfalls zu diesem Zeitpunkt sehr krank ist oder weil die Patient*in die Beratungsperson ablehnt» (Experte I, 2020, Z. 263-265).*

Ein Experte erklärte, dass er hierbei eine sorgfältige Einschätzung und Herangehensweise seitens der Fachperson als essenziell betrachtet, um dem Erfolg der Interventionen während des stationären Aufenthaltes keinen Abbruch zu tun (Experte I, 2020, Z. 453–455).

Ein Experte benannte, dass sich aus seiner Sicht anbieten würde gegen Ende des stationären Aufenthaltes zu prüfen, ob Patient*innen eine PPV erstellen möchten und dies in die Wege zu leiten, unabhängig davon, ob noch vor Ort darüber beraten werden kann oder die Vermittlung zu einer Fachstelle angestrebt wird. Allerdings könne die Herausforderung diesbezüglich sein, dass Patient*innen gegen Ende des Aufenthaltes «nur noch gehen wollen». Seiner Meinung nach sollte in diesem Fall von dem Gedanken abgesehen werden, dass dies PPV nun zwingend noch gemacht werden müsse (Experte V, 2020, Z. 157–161).

Tendenziell herausfordernd könne sein, beschrieb eine Expertin, wenn Patient*innen unmittelbar anschliessend an einen stationären Aufenthalt die Fachstelle aufsuchen würden, um mit ihrer Unterstützung eine PPV zu erarbeiten.

Teilweise würden die kürzlich gemachten Erfahrungen, die allenfalls von den Patient*innen als belastend oder «schlecht» erlebt wurden, die Ausarbeitung einer PPV eher behindern (Expertin X, 2020, Z. 205-206).

Im Gegenzug gab ein Experte zu bedenken, dass aufgrund dessen, dass die gemachten Erfahrungen noch «frisch» sind, allenfalls noch eher das Bedürfnis bestehen könnte darüber zu sprechen, um alles besser einordnen zu können und sich die ersten Wochen nach der stationären Behandlung dennoch als geeignet erweisen könnten (Experte V, 2020, Z. 363-366).

Ausserdem sprachen sich zwei Expert*innen dagegen aus, dass die gesamte Beratung über die PPV lediglich durch eine einzelne Fachperson aus einer Disziplin durchgeführt wird.

Als Begründung wurde hierbei angeführt, dass aus Sicht der Expert*innen ein breites, interdisziplinäres Fachwissen nötig ist, um Patient*innen bei der Ausarbeitung einer Patientenverfügung konstant und verlässlich unterstützen zu können. Falls die PPV «lediglich» mit Unterstützung einer Fachperson erarbeitet wird, wird dies gemäss der Expert*innen insofern als hinderlich in der Beratung betrachtet, da es sich im Endeffekt nachteilig für die Qualität der Ausführungen in der PPV auswirken kann (Expertin X, 2020, Z. 74-76; Experte V, 2020, Z. 176-179).

Ergänzend zu den obenstehenden Ausführungen bezüglich der Beratungsmethodik sowie den förderlichen und hinderlichen Aspekten, die den Verlauf einer Beratung über die PPV massgeblich beeinflussen können, wird im nächsten Kapitel die Handhabung auf professioneller Ebene in Bezug auf mögliche Arbeitshilfen erläutert. Zudem wird dargelegt, welche Chancen sich eröffnen können, wenn die Interdisziplinarität in den Institutionen und darüber hinaus, «gelebt» wird und welche Haltungen seitens der Fachpersonen vertreten werden.

Zu Beginn werden die Arbeitshilfen beschrieben, welche von den Fachpersonen zur Unterstützung hinzugezogen werden.

6.4 Handhabung auf professioneller Ebene

Im folgenden Unterkapitel werden die Ergebnisse der Arbeitshilfen, Interdisziplinarität und die Haltung dargestellt.

6.4.1 Arbeitshilfen

Generell würden in ihrem Tätigkeitsbereich alle Wünsche und Anordnungen, welche die bestehende PPV beinhaltet (und unter der Annahme, dass diese realisierbar sind), auch in den Behandlungsplan miteinfließen, schilderte eine Expertin (Expertin II, 2020, Z. 34-36).

Hingegen könnten die im Behandlungsplan ausformulierten Zielsetzungen und Anordnungen nach einer stationären Behandlung dazu verwendet werden, eine bedürfnisorientierte PPV auszuformulieren, falls es zuvor noch keine PPV gab (Expertin II, 2020, Z. 34-36).

Des Weiteren führte die Expertin aus, dass zudem im internen Dokumentationssystem im Rahmen der Krankengeschichte der Patient*innen die PPV's eingescannt und hinterlegt werden können. Bei einem Wiedereintritt würden diese Angaben zur Planung der Interventionen dienen und schliesslich anhand der Entwicklungen wieder aktualisiert werden können (Expertin II, 2020, Z. 39-43; Z. 179-180).

Eine Expertin beschrieb, dass sie das Instrument der Patientenverfügung in und für die psychiatrische Medizin schon lange als bedeutsam erachtet hatte. Sie empfand die Umsetzung im Arbeitsalltag in ihrer Institution allerdings als herausfordernd. Dementsprechend habe sie sich dazu entschieden, ein diesbezügliches Schulungsangebot wahrzunehmen, um Unsicherheiten klären zu können (Expertin II, 2020, Z. 26-27).

Wie obenstehend bereits aufgeführt, können die Wünsche und Anordnungen, welche eine PPV beinhaltet, lediglich umgesetzt werden, wenn die betroffene Person urteilsfähig war als die PPV ausformuliert wurde. Folglich müssen sich die Fachpersonen teilweise mit der offenen Frage auseinandersetzen, wie belegt werden kann, dass die Urteilsfähigkeit zu ebendiesem Zeitpunkt gegeben war.

Eine Expertin erläuterte, dass Patient*innen in ihrer Institution diesbezüglich vereinzelt Aufgabenstellungen lösen würden, um ihre kognitive Leistungsfähigkeit darlegen zu können und aufgrund dessen die Einschätzung zur Urteilsfähigkeit beeinflussen zu können (Expertin II, 2020, Z. 170-174).

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass in den verschiedenen Institutionen auf verschiedenste Methoden und Mittel zurückgegriffen wird, um die PPV in die täglichen Arbeitsabläufe zu integrieren. Des Weiteren werden von Fachstellen und externen Spezialist*innen Schulungen und Weiterbildungen bezüglich der Thematik angeboten, die bei Bedarf besucht werden können.

Nachfolgend werden die Möglichkeiten sowie die Umsetzung der Interdisziplinarität rund um die Beratung über die PPV, erläutert.

6.4.2 Interdisziplinarität

*«Und was die Interdisziplinarität angeht, die spielt natürlich auch eine grosse Rolle. Mit den Ärzt*innen und den Psycholog*innen bei uns auf den Stationen ist die Zusammenarbeit diesbezüglich sehr eng. Und natürlich kommt es auch immer darauf an, um welches Krankheitsbild es eigentlich in der konkreten Situation geht. Jurist*innen, wie sie noch angesprochen haben, werden in der Regel nicht hinzugezogen. Bei uns beraten vor allem die Sozialarbeiter*innen und dann die Psycholog*innen und bei Bedarf sind auch noch die Therapeut*innen mit im Boot» (Expertin II, 2020, Z. 137-142).*

Gemäss der obenstehenden Aussage einer Expertin ist die Interdisziplinarität in ihrer Klinik von grosser Relevanz.

Ein Experte benannte, dass er in der Klinik, in welcher er tätig ist, insbesondere die konstruktive Zusammenarbeit zwischen den Sozialarbeitenden sowie den Pflegefachpersonen auf den Abteilungen als relevant erachte, um die Patient*innen während des stationären Aufenthaltes sowie für die Zeit danach bestmöglich begleiten und unterstützen zu können (Experte I, 2020, Z. 53-54). Zudem würde das Behandlungsteam dann den Austausch mit den Ärztinnen und Ärzten und Psychiater*innen suchen, wenn offene Fragen hinsichtlich der Umsetzung der in der PPV formulierten Wünsche und Bedürfnisse in der Behandlung, bestehen sollten (Experte I, 2020, Z. 253-255).

Des Weiteren werde in ihrer Institution darauf geachtet, dass wenn möglich dasselbe Behandlungsteam bei einem erneuten Eintritt nochmals für die betroffene Person zuständig sein könne. Dies gelinge nicht in jedem Fall, aber in ungefähr sechzig Prozent der Fälle sei das Behandlungsteam bei einem Wiedereintritt identisch. Dies könne sowohl bezüglich der Beziehungsgestaltung zu den Patient*innen förderlich sein als auch die interdisziplinäre Zusammenarbeit stärken (Expertin II, 2020, Z. 78-80).

Auch wenn der Zeitpunkt des Austritts näher rückt, gelte es, im Rahmen der Möglichkeiten die Interdisziplinarität aufrechtzuerhalten und die zukünftige Begleitung und psychiatrische Nachsorge zu vermitteln:

*«Wenn wir Patient*innen entlassen, dann wird immer in irgendeiner Form eine psychiatrische Nachsorge installiert. Dies kann bei einer Psychiater*in oder Hausarzt*in oder bei einer Spitex oder bei einer frei arbeitenden Pflegefachperson sein. Wenn die PPV während des Aufenthaltes thematisiert wurde, dann geben wir dies natürlich auch an die nachsorgende Person weiter» (Experte I, 2020, Z. 316-319).*

Sie und die Fachpersonen in ihrer Umgebung würden eher in kleinen Gremien zusammenarbeiten, legte eine Expertin dar. Beispielsweise würde auch eine Fachperson der Psychiatrie Spitex, welche selbstständig tätig sei, bei dem einen Gremium mitwirken. Die Fachperson habe die Expertin an ihren Erfahrungen bezüglich der Handhabung der PPV in der Nachsorge teilhaben lassen, was die Expertin wiederum als sehr wertvoll erachte (Expertin X, 2020, Z. 186-190).

Nebst den Handhabungen bezüglich der Interdisziplinarität werden sowohl seitens der Institutionen als auch von Seiten der Fachpersonen unterschiedliche Haltungen eingenommen und gelebt. Nachfolgend werden die erhobenen Ergebnisse dargestellt.

6.4.3 Haltungen

Die Expert*innen stimmten insofern miteinander überein, dass die Entwicklung einer gemeinsamen Haltung in der Institution in Bezug auf die Selbstbestimmung von Patient*innen sowie bezüglich Instrumenten wie der psychiatrischen Patientenverfügung, zentral sei (Expertin X, 2020, Z. 274-277; Experte I, 2020, Z. 243-246; Expertin II, 2020, Z. 90-92; Experte V, 2020, Z. 41-43).

Eine Expertin beschrieb in einem Beispiel, dass in einer Klinik die PPV zwar in einen bestehenden Prozess implementiert wurde, aber von den Fachpersonen vor Ort nur teilweise thematisiert wurde. Somit hätten einige Fachpersonen regelmässig über die PPV beraten, hingegen habe das Instrument anderen Sozialarbeitenden nicht entsprochen (Expertin X, 2020, Z. 274-277).

Wiederum benannte ein Experte, dass die Fachpersonen auf der Station, wo er tätig ist, sehr wohl am Willen der Patient*innen interessiert seien und Wert darauf legen würden die Ausformulierungen in der aktuellen Situation umsetzen zu können, auch wenn diesbezüglich kein Auftrag seitens der Klinik vorliege (Experte I, 2020, Z. 110-112).

Ein Experte erläuterte, dass er es als seine persönliche Aufgabe betrachte, Patient*innen darüber zu informieren und bei Bedarf zu beraten. Er nehme diese Aufgabe von sich aus wahr, weil er es als wichtig erachte, aber es gebe keinen offiziellen Auftrag der Klinik dafür (Experte I, 2020, Z. 47-50).

Seiner Meinung nach müsse in jedem Fall akzeptiert und respektiert werden, wenn Patient*innen sich dagegen entscheiden, eine PPV zu verfassen oder es ablehnen würden, Informationen über die

PPV zu erhalten, legte ein Experte dar. Selbst wenn ein Auftrag in der Institution besteht, über die Patientenverfügung aufzuklären und das Instrument zu fördern, erachte er es auch hierbei als wichtiger, die Entscheidungen der Patient*innen zu akzeptieren (Experte I, 2020, Z. 186-190).

Eine Expertin beschrieb einen diesbezüglichen Entwicklungsprozess, welcher aus ihrer Sicht stattgefunden hatte:

*«(...) für mich als Leitungsperson sowie für mein Team ist das wirklich eine Haltungsentwicklung gewesen, zu sagen und zu bestimmen, dass die Selbstbestimmung der Patient*innen für uns oberstes Gut ist» (Expertin II, 2020, Z. 90-92).*

Ein Experte erläuterte, dass teilweise aufgrund kantonaler Vorgaben Schulungen zum Kindes- und Erwachsenenschutzrecht durchgeführt werden. In diesem Zusammenhang sei jeweils nur wenig Gewicht auf die PPV oder weitere Grundsätze bezüglich der Behandlung und der Selbstbestimmung gelegt worden (Experte V, 2020, Z. 28-33).

Wiederum beschrieb er, dass die übergreifende Zielsetzung in jedem Fall die Reduktion von Zwang ist, worauf die Klinik auch den Fokus legt. Somit sollten Zwangsbehandlungen reduziert und entsprechend die Selbstbestimmung und die Autonomie von Patient*innen gefördert werden können (Experte V, 2020, Z. 121-124).

Die Antworten der Expert*innen nach den Vorgehensweisen in ihren Institutionen bezüglich der Haltungen über die psychiatrische Patientenverfügung und die Selbstbestimmung widerspiegeln auch persönliche Empfindungen sowie allfällige eigene Ambivalenzen der Expert*innen:

*«Also sie müssen wissen, für mich ist das wirklich etwas Existenzielles, weil ich der Meinung bin, egal welche Erkrankung Patient*innen haben, sie haben auch immer wieder eine Phase der Stabilisierung und in dieser Phase muss zwingend darüber gesprochen werden, was passiert, wenn es ihnen plötzlich deutlich schlechter geht» (Expertin II, 2020, Z. 99-102).*

Ein Experte benannte, dass die PPV aus seiner Sicht nicht wirklich überall gleich relevant sei und er sie vor allem für eine Akutstation als relevant erachten würde (Experte I, 2020, Z. 15-16).

Wenn die Haltungsfrage bezüglich der PPV gestellt werde, beschrieb ein Experte, dann gehe es seiner Meinung nach eigentlich eher um die Grundhaltung, die eine Fachperson aufweisen muss. Eine grundlegende Haltung und Offenheit sowie Akzeptanz gegenüber den Patient*innen zu haben, welche konstant besteht und nicht abhängig von einer einzelnen Fragestellung ist (Experte I, 2020, Z. 472-475).

Die Vorgehensweisen und Handhabungen hinsichtlich der Selbstbestimmung und der Autonomie von Patient*innen würden gemäss den Expert*innen oftmals mit der Notwendigkeit an Zwangsbehandlungen in Zusammenhang stehen. Ein Experte erläuterte dies anhand des nachfolgenden Beispiels:

*«Es kann vorkommen, dass Patient*innen in einer bestimmten Situation nicht dazu in der Lage sind zu verstehen oder abschätzen zu können, wie viel Schaden sie sich selbst zufügen. Und unabhängig von der persönlichen Haltung oder der Haltung der Institution gegenüber der Thematik Selbstbestimmung / Zwang, müssen in der Psychiatrie dann allenfalls Zwangsmassnahmen angewendet werden.*

Ich empfinde es als sehr wichtig, dass im Vorfeld und allenfalls präventiv alles Mögliche versucht wird und verschiedene Methoden und Mittel angewendet werden, um Zwang zu reduzieren oder ganz darauf verzichten zu können – aber ich denke, dass die Haltung immer und in jedem Fall ohne Zwang zu handeln, dass das schlicht nicht funktioniert» (Experte V, 2020, Z. 235-243).

Des Weiteren arbeiten einige Institutionen vorrangig mit Instrumenten und Mitteln, die seitens der Gesetzgebung definiert wurden und setzen diesbezüglich ihre Prioritäten:

*«Ja, also bei uns ist ganz klar der Behandlungsplan massgebend und die PPV kann, sofern vorhanden, allenfalls in die Ausformulierung des Behandlungsplans miteinfließen. Allerdings kommt es selten vor, dass unsere Patient*innen eine PPV haben, muss ich dazu noch sagen.*

*Der Behandlungsplan ist das Instrument, was wir für die interne Behandlung verfassen müssen und auch primär verfassen wollen. Und dies ist anschliessend auch für die Kostenträger*in relevant» (Experte I, 2020, Z. 94-98).*

Aufgrund dessen, dass die PPV gemäss der Gesetzgebung lediglich berücksichtigt werden muss, zeichnen sich auch diesbezüglich unterschiedliche Herangehensweisen in der Praxis ab:

Ein Experte erläuterte, dass er auch Patientenverfügungen prüfe und versuche den mutmasslichen Willen der betroffenen Person zu erfassen, wobei aufgrund der Äusserungen und Formulierungen relativ klar ersichtlich sei, dass die betroffene Person zum Zeitpunkt der Ausformulierung urteilsunfähig war. Oftmals würden auch diese Ausformulierungen Aspekte beinhalten, welche allenfalls dennoch berücksichtigt und umgesetzt werden können (Experte I, 2020, Z. 284-292).

Ergänzend beschrieb ein Experte, dass er sich dafür stark machen würde, dass auch die PPV einer betroffenen Person, die zum Zeitpunkt der Ausformulierung urteilsunfähig war, nach Möglichkeit berücksichtigt werden kann, wenn dies soweit zu verantworten sei (Experte I, 2020, Z. 295-296).

Wiederum legte ein Experte dar, dass aus seiner Sicht die Formulierung «lediglich zu berücksichtigen» in der Gesetzgebung, begründet und berechtigt sei.

Der Experte schilderte, dass es sich selbstverständlich bei der PPV aufgrund dessen nicht um einen «wertloses Stück Papier» handeln würde. In mancher Hinsicht habe die Klinik allerdings einem gesellschaftlichen Auftrag nachzukommen, welcher arg im Widerspruch zur PPV stehen könne und wobei sich zwangsläufig die Frage stellen würde, ob nun die Patientenverfügung oder die Gesetzgebung berücksichtigt werden muss (Experte V, 2020, Z. 67-73).

Schlussendlich würden aus seiner Sicht die Haltungen der Fachpersonen oftmals mit der Haltung und Grundausrichtung, welche die Klinik vertritt, in Zusammenhang stehen, betonte ein Experte (Experte V, 2020, Z. 37-38).

Ergänzend beschrieb er, dass seiner Ansicht nach entsprechend auch die Haltung der Fachpersonen gegenüber der PPV unmittelbar damit in Zusammenhang stehen würde, wie generell in der Institution die Wichtigkeit des Instrumentes eingeschätzt und auch gelebt wird. Dies würde für die Leitung bedeuten, dass die Relevanz des Instrumentes auch in der Führung betont werden muss, um in der Konsequenz zu erreichen, dass die Verbindlichkeit und Qualität in der Umsetzung steigt (Experte V, 2020, Z. 153-156).

Nachfolgend werden Möglichkeiten zur Verbesserung dargestellt, die aus Sicht der Expert*innen bestehen.

Des Weiteren werden Empfehlungen ausgeführt, welche die Expert*innen rund um die Beratung über die PPV als bedeutsam erachten.

6.5 Empfehlungen

Zu Beginn werden die Vorschläge seitens der Expert*innen für mögliche Verbesserungen aufgeführt.

6.5.1 Verbesserungen

Die Expert*innen schilderten insbesondere ihre Anliegen hinsichtlich möglicher Optimierungen betreffend des Umfangs und Aufbaus der gängigen PPV-Vorlagen, welche aktuell hauptsächlich verwendet werden: Ein Experte beschrieb, dass er diese Dokumente grundsätzlich als sinnvoll erachte, dass sie aus seiner Sicht allerdings zu lang gestaltet seien (Experte I, 2020, Z. 347-348).

Eine Expertin ergänzte, dass sich Fachpersonen einer Institution bereits dafür eingesetzt haben, dass eine Kurz-Version des Dokumentes erstellt wird. «Kürzer» und «prägnanter» sei seitens der Fachpersonen gewünscht worden (Expertin X, 2020, Z. 277-279).

«(...) da eine PPV zu erstellen auch viel Schreibearbeit und eine grosse Administration bedeutet» (Expertin II, 2020, Z. 179).

Anfangs hätte sie kaum gewusst, wie sie dies bewältigen sollte, zusätzlich zu allen anderen Aufgaben, benannte eine Expertin (Expertin II, 2020, Z. 256-266).

Zudem erachte sie die Formulierungen, welche die PPV-Vorlagen beinhalten, als komplex und für Patient*innen im fortgeschrittenen Alter, möglicherweise schwer verständlich (Expertin II, 2020, Z. 213-214).

Ein Experte beschrieb, dass häufige Herausforderungen bezüglich der PPV seien, dass manchmal gleichzeitig mehrere Patientenverfügungen bestehen würden, welche sich allenfalls auch noch widersprechen. Zudem seien die PPV's oftmals sehr allgemein verfasst und bei konkreten Fragen

könne nur schwerlich eruiert werden, wie dies genau zu verstehen sei. Des Weiteren gebe es vereinzelt auch PPV's, die Widersprüche beinhalten (Experte V, 2020, Z. 62-66).

Ein Experte argumentierte, dass seiner Ansicht nach die sozialen Aspekte nicht genügend berücksichtigt werden sowie keine Differenzierung hinsichtlich verschiedenen Kontexten bestehen würde:

«(...)dies vor allem, weil soziale Aspekte nicht wirklich berücksichtigt sind. Gerade in verschiedenen Kontexten der Sozialen Arbeit ist sie entsprechend nicht gleich relevant. Insbesondere in der klinischen Sozialarbeit können Vertretungspersonen für medizinische Massnahmen eingesetzt werden, aber beispielsweise im sozialpädagogischen Kontext, so kann ich mir vorstellen, ist man vielleicht noch näher dran an psychischen Krisen und es könnte dementsprechend hilfreich sein, wenn diesbezüglich bereits Wünsche und Anordnungen ausformuliert sind» (Experte V, 2020, Z. 7-12).

Im darauffolgenden Kapitel werden die Empfehlungen dargestellt, die seitens der Expert*innen definiert wurden.

6.5.2 Empfehlungen

Viele Empfehlungen, welche die Expert*innen aussprachen handelten davon, wie und weshalb aus ihrer Sicht die Prozesse interdisziplinär gestaltet werden sollten, um den Patient*innen die bestmögliche Unterstützung zukommen zu lassen.

Insbesondere, dass das Betreuungsteam vor Ort möglichst beständig ist und allenfalls bei einem Wiedereintritt nochmals dieselben Personen für die betroffene Person zuständig sind, erachten die Expert*innen als wichtig. Zudem sei es ratsam, die PPV, wann immer möglich, interdisziplinär zu bearbeiten, um den verschiedenen Vertiefungsdisziplinen sowie der Komplexität des Instrumentes gerecht werden zu können (Expertin II, 2020, Z. 75-78; Experte V, 2020, Z. 179-181). Des Weiteren empfehlen die Expert*innen, dass bezüglich des Austrittsmanagements auf gewisse Punkte besonders Acht zu geben sei:

Ein Experte benannte, dass aus seiner Sicht spätestens im Rahmen des Austrittsgesprächs mit allen Patient*innen der Bedarf nach einer PPV oder ähnlichen Vereinbarungen geklärt werden sollte. Somit könnten die wichtigsten Erkenntnisse des Aufenthaltes vermerkt und allenfalls die Vermittlung zu einer externen Fachperson in die Wege geleitet werden (Experte V, 2020, Z. 261-265).

Ergänzend beschrieb ein Experte, dass er es befürworten würde, wenn in jedem Austritts- oder Überweisungsbericht vermerkt wird, ob ein ebensolches Dokument besteht und welche Bedürfnisse die Patient*innen diesbezüglich haben (Experte I, 2020, Z. 325-326).

Zudem wiesen alle Expert*innen mit Nachdruck darauf hin, dass es ihrer Ansicht nach unerlässlich sei, dass Personen die PPV oder ähnliche Dokumente nicht auf sich allein gestellt ausformulieren.

Zu viele Faktoren würden bestehen, die gemäss den Expert*innen die Notwendigkeit der Unterstützung durch eine Fachperson (in einem professionellen Kontext) oder zumindest einer Vertrauensperson, rechtfertigen. In diesem Zusammenhang schilderten die Expert*innen, dass wann immer möglich, die Vermittlung und Übergabe zu Fachpersonen der Nachsorge gewährleistet werden sollte. In diesem Zusammenhang wurden Mitarbeitende der Psychiatrie- Spitex oder einer Fachstelle genannt sowie allenfalls die Hausärztinnen und Hausärzte (Expertin X, 2020, Z. 31-32; Expertin II, 2020, Z. 268-272; Experte V, 2020, Z. 320-329).

Bezüglich des administrativen Aufwandes empfahlen die Expert*innen, dass beispielsweise die bestehenden Vorlagen nicht vollständig ausgefüllt werden müssen und auch nur einzelne Themengebiete bearbeitet werden können (Experte I, 2020, Z. 356).

Zudem sollte aus Sicht einer Expertin die Hinterlegung im internen System so einfach wie möglich gestaltet werden, damit auch wirklich alle beteiligten Personen darauf zugreifen können (Expertin II, 2020, Z. 200-201).

Des Weiteren schlugen die Expert*innen vor, dass allenfalls weitere Vorlagen erstellt werden, wie beispielsweise nebst einer sehr umfassenden, vollständigen Version auch kürzere Versionen, welche lediglich eines oder wenige Themengebiete abdecken würden. Somit könnten Patient*innen bei Bedarf für eine allfällige Notfallsituation auch eine Kurzfassung ihrer PPV mit sich tragen, welche ihnen ein Gefühl von Sicherheit vermitteln kann (Expertin X, 2020, Z. 128-133; Z. 281-284).

Hinzukommend empfahlen die Expert*innen, dass die Fachpersonen regelmässig über die PPV aufgeklärt werden sowie die Möglichkeit erhalten sollten, um Schulungsangebote wahrnehmen zu können.

Ein Experte schilderte, dass er diesbezüglich vor allem die Sensibilisierung der Mitarbeitenden hinsichtlich der PPV als wichtig erachte (Experte I, 2020, Z. 30-33).

Bei diesen Gelegenheiten müssten gemäss einer Expertin zwingend über elementare Punkte informiert werden, wie zum Beispiel, dass nicht gefordert wird, dass eine PPV während eines einzigen Beratungsgesprächs vollständig ausformuliert werden muss (Expertin II, 2020, Z. 292-293).

Diesbezügliches Zitat einer Expertin:

«Und das bedeutet, dass die Teams gut gebrieft werden müssen und dass man auch genügend Möglichkeiten gibt, um sich in diesen Bereich einzuarbeiten» (Expertin II, 2020, Z. 289-291).

Zudem empfiehlt sich gemäss einer Expertin, dass Angebote zur Information und Aufklärung für betroffene Personen, ihre Angehörigen sowie interessierte Personen installiert und in regelmässigen Abständen durchgeführt werden.

Sie verweist dabei auf positive Erfahrungen, die in ihrer Institution bereits gemacht werden konnten (Expertin II, 2020, Z. 123-125).

Eine Expertin ergänzte, dass ihre Klinik viel Wert darauflegen würde, dass die Angehörigen der Patient*innen sowie ihre Vertrauenspersonen in den Prozess miteinbezogen werden können. Dementsprechend würden die Fachpersonen aktiv in den Austausch mit den Angehörigen gehen, diese zu Gesprächen dazu bitten und um ihre Meinung fragen (Expertin II, 2020, Z. 219-223).

Als eine weitere Möglichkeit zur Begleitung und Nachsorge hätten sie einen gemeinsamen Treffpunkt ins Leben gerufen, welcher ausserhalb der Klinik in einer nahegelegenen Ortschaft liegt, beschrieb eine Expertin. Dieser Ort dient Patient*innen, ihren Angehörigen sowie interessierten Personen zum Austausch. Zudem würden langjährige, erfahrene Fachpersonen vor Ort arbeiten und oftmals über verschiedene Themen, wie beispielsweise die PPV, referieren (Expertin II, 2020, Z. 113-118).

Des Weiteren empfehlen die Expert*innen, dass insbesondere den Patient*innen, die aufgrund einer chronischen psychischen Erkrankung bereits mehrfach in stationärer Behandlung waren, die Möglichkeit, eine PPV verfassen zu können, dringend ans Herz gelegt werden sollte.

Dementsprechend könnten die Patient*innen auch stets überprüfen, wie sie sich bei ihrem letzten Aufenthalt geäussert haben und was ihre Bedürfnisse für den erneuten Aufenthalt sind (Experte I, 2020, Z. 308-310; Expertin II, 2020, Z. 72-73).

Gemäss eines Experten empfiehlt es sich, wann immer möglich in der Beratung unterstützende Methoden anzuwenden und Hilfsmittel einzubeziehen. Er rät dazu beispielsweise das Krisenmanagement zu visualisieren und Bedürfnisse in der PPV auszuformulieren (Experte I, 2020, Z. 411-413).

Abschliessend wird im nächsten Abschnitt ein Zwischenfazit gezogen und die Forschungsfrage beantwortet.

6.6 Zwischenfazit Darstellung der Forschungsergebnisse

An dieser Stelle werden die wichtigsten Erkenntnisse des Kapitels zusammengefasst und wiedergegeben:

Grundsätze der Selbstbestimmung und Ermächtigung unter Einbezug des Empowerments

Gemäss den Expert*innen sollte die Selbstbestimmung sowie die Autonomie der Patient*innen wann immer möglich gefördert werden und diesbezügliche Bestrebungen werden als wichtig erachtet. Zudem sollten die Patient*innen befähigt und ermächtigt werden, um mit Unterstützung von Fachpersonen eine PPV verfassen zu können. Teilweise kann bei Patient*innen das Gefühl aufkommen, dass sie in ihrer Erkrankung von niemandem ernstgenommen werden, dem könne durch die Ausformulierung einer PPV allenfalls entgegengewirkt werden, beschrieben die Expert*innen. Hingegen wird als herausfordernd benannt, dass die Gesetzgebung teilweise höher gewichtet werden müsse als die Bedürfnisse und Wünsche der Patient*innen. Dies geschieht aus dem Grund, dass die PPV im Falle der Urteilsunfähigkeit lediglich berücksichtigt werden muss. Des Weiteren benannten die Expert*innen als erschwerend, dass die Fachpersonen oftmals nur

unzulänglich über die Bedürfnisse und den Unterstützungsbedarf Kenntnisse haben und die Patient*innen dementsprechend auch nur unzureichend zur Wahrnehmung ihrer Rechte befähigt werden können. Nichtsdestotrotz würden die Fachpersonen sowie ihre Mitarbeitenden Wert darauflegen, die Patient*innen darin zu unterstützen, mithilfe der Instrumente über die eigene Vorsorge zu bestimmen. Infolgedessen können nach Ansicht der Expert*innen auch die Kliniken und Institutionen davon profitieren.

Förderliche und hinderliche Aspekte in der Beratung über die PPV

Als relevante förderliche Aspekte wurden benannt, dass wichtige Vertrauenspersonen der Patient*innen bereits in den Prozess der Ausarbeitung der PPV miteinbezogen werden können, was den betroffenen Personen sowohl ein Gefühl der Sicherheit vermitteln kann als auch die Möglichkeit bietet, um die Wünsche und Bedürfnisse differenzierter bearbeiten zu können. Zudem erachten die Expert*innen als förderlich, die PPV über mehrere Beratungsgespräche hinweg zu bearbeiten, um einer Überforderung (welche aus verschiedensten Gründen möglich ist) entgegenwirken zu können. Ausserdem sollte gemäss den Expert*innen zwingend auf die Vulnerabilität, die Konzentrationsfähigkeit sowie auf die Bedürfnisse der Patient*innen Acht gegeben werden.

Hinderlich ist, wenn die obenerwähnten Aspekte gar nicht oder nur unzureichend beherzigt werden. Aufgrund dessen, dass laut der Gesetzgebung die PPV im Falle der Urteilsunfähigkeit lediglich berücksichtigt werden muss, wird seitens der Expert*innen als herausfordernd betrachtet, die Patient*innen ausreichend bestärken zu können, um dennoch eine PPV auszuformulieren. Zudem würden, wenn eine PPV erstellt wird, teilweise rechtlich oder ethisch nicht vertretbare Wünsche von Seiten der Patient*innen vorliegen, die nicht in die Ausarbeitung einfließen dürfen.

Des Weiteren wurde nochmals erwähnt, dass der passende Zeitpunkt für die Beratung über die PPV gefunden werden muss, da dies ansonsten ein hinderlicher Aspekt sein kann. Welcher Zeitpunkt aber der richtig zu sein scheint, diesbezüglich vertraten die Expert*innen unterschiedliche Ansichten, wie aus der Darstellung der Ergebnisse zu entnehmen ist.

Handhabung auf professioneller Ebene in Bezug auf die Arbeitshilfen, die Interdisziplinarität sowie die Haltungen

Arbeitshilfen: Gemäss den Expert*innen wird die PPV im Arbeitsalltag oftmals mit dem Behandlungsplan in Verbindung gebracht. Entsprechend können Wünsche aus der PPV entnommen werden und in den Behandlungsplan einfließen sowie Zielsetzungen und Erfahrungen aus dem Behandlungsplan am Ende eines Aufenthaltes dazu verwendet werden, um eine bedürfnisorientierte PPV auszuformulieren.

Des Weiteren wird seitens der Expert*innen bezüglich der Arbeit mit der PPV als relevant erachtet, dass bei Bedarf und Unsicherheiten in der Beratung Schulungsangebote von Fachstellen wahrgenommen werden können und sollten.

Interdisziplinarität und Haltungen: Die Expert*innen beschrieben persönliche Erfahrungen bezüglich der Relevanz der Interdisziplinarität in den Behandlungsteams in den Kliniken sowie ausserhalb der Psychiatrien, was die Nachsorgeinstitutionen sowie die Fachpersonen der ambulanten Behandlungen betrifft. Die Expert*innen stimmten insofern miteinander überein, dass die Entwicklung einer gemeinsamen Haltung in den Institutionen bezüglich der PPV zentral sei. Des Weiteren wurde beschrieben, dass oftmals die persönlichen Wertehaltungen der Fachpersonen eine entscheidende Rolle spielen sowie mit der Grundausrichtung der Kliniken in Zusammenhang stehen können. Allerdings, unabhängig von den jeweiligen Haltungen, wurde seitens der Expert*innen eingeschätzt, dass generell auf der Führungsebene die Verantwortung dafür übernommen werden muss, worauf in der jeweiligen Institution der Fokus gelegt werden soll. Zudem sollte diese Relevanz schlussendlich von Seiten der Leitung auch betont und gelebt werden, um eine Veränderung erwirken zu können.

Verbesserungen und Empfehlungen

Die Expert*innen äusserten einige Wünsche und Verbesserungsvorschläge bezüglich des Umfangs, der Ausgestaltung sowie der Komplexität der bestehenden Vorlagen, wie obenstehend ersichtlich ist. Bezugnehmend auf die Empfehlungen wurde erneut benannt, dass die Möglichkeiten und Vorteile, welche eine interdisziplinäre Arbeitsweise bietet, möglichst genutzt werden sollten. Zudem wurden diverse Empfehlungen ausgesprochen hinsichtlich der Umsetzung der Beratung über die PPV, sprich «wann» und «wie» sinnvollerweise die Beratung ausgestaltet wird oder welche Aspekte diesbezüglich besser vermieden werden sollten.

Des Weiteren schilderten die Expert*innen, dass ihrer Ansicht nach Massnahmen zur Sensibilisierung der Fachpersonen bezüglich der PPV ergriffen werden sollten sowie regelmässig hinsichtlich der Vorsorgeinstrumente informiert und aufgeklärt wird.

Ebenfalls erachten die Expert*innen als relevant, dass Angebote zur Information und Aufklärung auch für betroffene Personen, ihre Angehörigen sowie interessierte Personen installiert werden und die nahestehenden Personen, wann immer möglich, in den Prozess der Behandlung miteinbezogen werden.

7. Interpretation der Ergebnisse sowie Schlussfolgerungen bezüglich der Beratung über die PPV

Zu Beginn erfolgt eine Ausführung über die erhobenen Ergebnisse, welche interpretiert und mit den zuvor erörterten Theorien in Zusammenhang gestellt werden.

Anschliessend werden Schlussfolgerungen aus Sicht der Sozialen Arbeit und für die Beratung über die PPV gezogen.

7.1 Interpretation der Ergebnisse

Anfangs werden die Interpretationen, welche hinsichtlich der Grundsätze der Selbstbestimmung sowie der Ermächtigung gemacht wurden, dargelegt:

Die Grundsätze der Selbstbestimmung und Ermächtigung

Wie in der Darstellung der Ergebnisse aufgezeigt, erachten es die Expert*innen als höchst relevant die Selbstbestimmung der Patient*innen zu fördern und zu stärken, wann immer dies möglich ist. Diesbezüglich eignen sich die Instrumente zur Vorsorge, wie beispielsweise die Patientenverfügung oder auch Vereinbarungen, welche die psychiatrischen Kliniken teilweise selbst erstellt haben. Der Grundstein hierfür wurde durch die Revision des Erwachsenenschutzrechtes 2013 gelegt, mit der Zielsetzung, das individuelle Selbstbestimmungsrecht von Individuen zu fördern (Suter, 2019, S. 3). Aufgrund dieser Rechtsgrundlage haben betroffene Personen nun die Möglichkeit, mithilfe einer Patientenverfügung auch für den Fall ihrer Urteilsunfähigkeit zu gewährleisten, dass ihre Wünsche und Bedürfnisse gehört werden sowie das Recht auf ihre eigene Selbstbestimmung wahrnehmen zu können (Suter, 2019, S. 3).

Avenir Social (2010) bestimmte, dass aus Sicht der Sozialen Arbeit bezüglich der Selbstbestimmung «das Anrecht des Menschen in Hinblick auf ihr Wohlbefinden ihre eigene Wahl und Entscheidung zu treffen, höchste Achtung genießt» (S. 8). Diese Werterhaltung kann unter anderem durch die Ausformulierung einer PPV unterstützt und gelebt werden.

Insbesondere wird in einer PPV auf die individuelle Wahl- und Entscheidungsfreiheit hinsichtlich der Behandlungsmethoden viel Wert gelegt. Des Weiteren werden Patient*innen zudem zur Wahrnehmung ihrer eigenen Rechte befähigt und ermächtigt, wobei der Berufskodex der Sozialen Arbeit diesbezüglich ebenfalls grundlegende Anhaltspunkte definiert (Avenir Social, 2010, S. 9).

Gemäss Rosch bedingt jegliche selbstbestimmte Handlung die Notwendigkeit der Anerkennung durch andere Personen, welche diese Handlung und Entscheidung sowohl anerkennen als auch respektieren. Um jedem Individuum die Chance zur Wahrnehmung der eigenen Selbstbestimmung gewähren zu können, erfordert dies auf der gesellschaftlichen Ebene die Bereitschaft sowie den Willen, um Menschen mit einem Schwächezustand eine Selbstbestimmung zu ermöglichen (Rosch, 2015, S. 218).

Eine Expertin beschrieb, dass bei Patient*innen in herausfordernden Situationen teilweise das Gefühl aufkommen kann, dass niemand sie je ernst nehmen würde in ihrer Erkrankung. Aus Sicht der Expertin kann eine PPV in ebensolchen Situationen unterstützend wirken, um diese Empfindungen zu verringern (Expertin II, 2020, Z. 258-260). Wie in der Studie aus der Fachzeitschrift «Psychiatrische Praxis» erläutert, wird dem Instrument heute, im Gegensatz zu früheren internationalen Studien, eine grössere Akzeptanz seitens der Fachpersonen entgegengebracht. Allerdings wurde gleichermassen dargelegt, dass das Instrument in der Gesellschaft seitens der Allgemeinbevölkerung nach wie vor lediglich gering genutzt wird (Hotzy et al., 2020, S. 320). Zudem erläutert Gassmann, dass es kaum vorkomme, dass eine vermeintlich gesunde Person eine PPV ausformuliert, da das Risiko eine psychische Erkrankung diagnostiziert zu erhalten verdrängt wird und psychische Krankheiten trotz ihrer grossen Verbreitung in der Gesellschaft immer noch tabuisiert werden (Gassmann, 2017, S. 263). Bezüglich der Umsetzung der Wünsche der Patient*innen kann gemäss den Expert*innen erschwerend sein, dass die Fachpersonen oftmals dennoch nur unzulänglich über die Bedürfnisse und den Unterstützungsbedarf der Patient*innen Kenntnisse haben und sie dementsprechend auch nur unzureichend zur Wahrnehmung ihrer Rechte befähigt werden können (Experte I, 2020, Z. 310-313; Expertin II, 2020, Z. 252-253).

Als weitere kritische Punkte müssen gemäss Suter (2019) benannt werden, dass die PPV's zum einen oftmals im entscheidenden Moment gar nicht oder nur schwerlich auffindbar sind und zum anderen das Dokument aufgrund vager Formulierungen oder teilweise missverständlicher Beschreibungen, unter Umständen nicht umgesetzt werden kann (S. 3-4).

Methodische Aspekte in der Beratung über die PPV

Eine Expertin benannte die Beziehungsgestaltung als das «A und O», um eine weitere konstruktive Zusammenarbeit gewährleisten zu können (Expertin II, 2020, Z. 131).

Gemäss Weber (2012) sollte der Beziehungsaufbau an erster Stelle stehen, um eine Basis für eine kooperative sowie konstruktive Arbeitsbeziehung zu gewährleisten, unabhängig von den methodischen Ansätzen, die zudem verwendet werden (S. 23).

Der erfolgsversprechende Beratungsprozess kann unter anderem an der Beziehungsgestaltung zwischen der Fachperson und der Klientel festgemacht und diese gar als wesentlicher Wirkfaktor angesehen werden (Best, 2019, S. 29).

Aufgrund der persönlichen, sensiblen Themen sowie der Vulnerabilität der betroffenen Personen ist eine stabile Beziehung die Basis für den Erarbeitungsprozess einer PPV. Ebenfalls sollte, wie von einem Experten benannt, den Patient*innen genügend Zeit gelassen werden, um sich auf die beratende Person einlassen zu können sowie mit der Thematik auseinandersetzen (Experte I, 2020, Z. 393-395).

Expert*innen beschrieben ihre bevorzugte Herangehensweise wie folgt:

Es sollte stets auf die Konzentrationsfähigkeit des Gegenübers geachtet werden und bei der Bearbeitung der verschiedenen Themen auf Grund der Verletzlichkeit der betroffenen Personen nur schrittweise vorangegangen werden (anhand einer Priorisierung) (Experte I, 2020, Z. 393-395).

Hinzukommend gilt zu beachten, ob gewisse Fragen die Patient*innen allenfalls «triggern» und Empfindungen hervorrufen könnten sowie einen Umgang damit zu finden, falls dies der Fall sein sollte (Experte V, 2020, Z. 335-340).

Gemäss Rogers steht die Entwicklung und die Veränderungsbereitschaft von Seiten der Klientel in direktem Zusammenhang damit, ob eine Fachperson als transparent, authentisch, empathisch sowie das Gegenüber bedingungslos akzeptierend wahrgenommen wird (Best, 2019, S. 29-30).

Nebst dem Beziehungsaufbau ist für die klinische Sozialarbeit ebenfalls sehr relevant, dass die bestehenden Ressourcen gestärkt sowie weitere Ressourcen aktiviert werden können (Chur, 2002; zit. in Esther Weber, 2012, S. 10). Die Expert*innen erachten dies als bedeutsam sowohl im stationären als auch im ambulanten Bereich und in der Nachsorge. Insbesondere wurde benannt, dass gemeinsam mit den Angehörigen und dem Umfeld der betroffenen Person Mehrpersonengespräche durchgeführt werden sollen (Expertin II, 2020, Z. 102-106). Dies ist gemäss Chur (2002) weiter eine Aufgabe der Sozialarbeitenden, nämlich sich mit den Kontexten sowie der Beziehung zur Umwelt auseinanderzusetzen (zit. in Esther Weber, 2012, S. 10).

Förderliche und hinderliche Aspekte in der Beratung

Bezugnehmend auf die förderlichen sowie die hinderlichen Aspekte in der Beratung, benannten die Expert*innen eine Vielzahl an Punkten, wie dies in der Darstellung der Ergebnisse ersichtlich ist.

Besonders relevant erscheint den Expert*innen, dass für die Beratung über die PPV darauf geachtet wird, dass dies zu einem passenden Zeitpunkt geschieht. Es gilt zu beachten, dass die Patient*innen stets dazu in der Lage sein müssen, die rechtlichen Anforderungen an das Verfahren sowie die Formvorschriften einzuhalten (Fountoulakis & Rosch, 2018, S. 503). Zudem kann eine PPV auszuformulieren aufgrund der belastenden Themen sowie der Vulnerabilität der Patient*innen oftmals herausfordernd sein (Experte I, 2020, Z.397-398; Z. 400-401). Dementsprechend kann es in der Beratung förderlich sein, wenn die zu bearbeitenden Themen anhand der aktuellen Situation bestimmt werden. Zudem sollte stets ein Augenmerk darauf gerichtet sein, dass teilweise die Fragen vieles auslösen und hervorholen können. Dies kann von einer schlechten Erfahrung bis hin zu schlimmen Traumata reichen (Experte V, 2020, Z. 335-340). Aufgrund dessen erscheint ein stabiler Beziehungs- und Vertrauensaufbau als essenziell für die Beratung. Als erschwerend in der Beratung wurden seitens eines Experten die oftmals generellen Aussagen in den PPV's genannt, welche viel Spielraum für Interpretationen bieten. Klare und möglichste präzise Beschreibungen wären diesbezüglich wünschenswert und förderlich (Experte I, 2020, Z. 122-124). Dies wurde ebenfalls von Suter (2019) als kritischer Punkt hinsichtlich der Auswirkungen der Patientenverfügung auf die Selbstbestimmung der Patient*innen erachtet (S. 3-4).

Handhabung auf professioneller Ebene

Bezüglich den Arbeitshilfen lässt sich feststellen, dass in den verschiedenen Institutionen jeweils auf verschiedene Methoden und Mittel zurückgegriffen wird, um die PPV in den Arbeitsalltag einzugliedern. Ebenfalls gibt es nebst der PPV weitere Instrumente zur Förderung der Selbstbestimmung, wie beispielsweise die Behandlungsvereinbarung. Des Weiteren bestehen diesbezüglich Schulungsangebote von Seiten der Fachstellen, welche auch bereits durch eine Expertin wahrgenommen wurden, um Unsicherheiten klären zu können (Expertin II, 2020, Z. 26-27). Dies kann mit der Aufgabe zur Vernetzungs- und Vermittlungstätigkeit der klinischen Sozialarbeit in Verbindung gebracht werden, sowohl für die Fachpersonen selbst als auch für die Klientel (Sommerfeld & Rügger, 2013, S. 397-398).

Des Weiteren wird von Seiten der Expert*innen die Interdisziplinarität als bedeutsam für die Beratung erachtet, wie die folgenden Ausführungen belegen:

Um Patient*innen bestmöglich begleiten und unterstützen zu können, sowohl während des stationären Aufenthaltes wie auch in der Nachsorge, ist eine konstruktive Zusammenarbeit in der Klinik zwischen den Sozialarbeitenden und den medizinischen Fachpersonen relevant (Experte I, 2020, Z. 53-54). Nebst der Wichtigkeit der klinikinternen Zusammenarbeit wurde ebenfalls die Vernetzung zu den Institutionen und Fachpersonen in der Nachsorge als wertvoll erachtet (Expertin X, 2020, Z. 186-190). Dies kann in der Konsequenz für die betroffene Person eine weitere Möglichkeit darstellen, um fehlende externe Ressourcen mithilfe einer spezifischen Fachstelle zu erschliessen (Weber, 2012, S. 31). Ebenfalls zur Stärkung der interdisziplinären Zusammenarbeit wie auch als förderlich für die Patient*innen bezüglich der Beziehungsgestaltung wird in einigen Institutionen darauf geachtet, dass bei einem erneuten Eintritt das Behandlungsteam möglichst identisch sein kann, wie beim letzten Aufenthalt (Expertin II, 2020, Z. 78-80). Zur Interdisziplinarität hinzukommend wurde seitens der Expert*innen ebenfalls die Haltungsfrage thematisiert. Einstimmig kamen die Expert*innen überein, dass eine gemeinsame Haltung in den Institutionen bezüglich der Selbstbestimmung sowie dem Instrument der PPV anzustreben ist, da sie dies als zentral erachten würden (Expertin X, 2020, Z. 274-277; Experte I, 2020, Z. 243-246; Expertin II, 2020, Z. 90-92; Experte V, 2020, Z. 41-43)

Gemäss eines Experten steht die Haltung der Fachpersonen gegenüber der PPV unmittelbar damit in Zusammenhang, wie generell in der Institution die Wichtigkeit des Instrumentes eingeschätzt und gelebt wird. Seiner Ansicht nach müsste die Bedeutsamkeit des Instrumentes von Seiten der Leitung betont werden, um eine Qualitätssteigerung sowie ein Mehr an Verbindlichkeit in der Umsetzung zu erlangen (Experte V, 2020, Z. 153-156).

Bezugnehmend auf die Studie von Hotzy et al. (2020) zeigt sich ein Abbild der erhobenen Ergebnisse hinsichtlich der Akzeptanz der PPV: Im Generellen hat sich die Akzeptanz gegenüber der PPV erhöht (S. 323), dies wurde ebenfalls durch Aussagen einiger Expert*innen untermauert, welche die PPV inzwischen als wichtiges Instrument in ihrer Beratungstätigkeit erachten, die zur

Förderung der Selbstbestimmung beiträgt (Expertin X, 2020, Z. 333- 335). Wiederum wird die psychiatrische PV im Gegensatz zur somatischen PV weniger verwendet (Hotzy et al., 2020, S. 320). Eine Erkenntnis, welche durch die Expert*innen bestätigt wird (Expertin II, 2020, Z. 15-21; Experte I, 2020, Z. 372-373). Dementsprechend empfiehlt sich gemäss der Studie von Hotzy et al. (2020), dass vermehrt über die PPV aufgeklärt werden sollte, was in der Konsequenz dazu beiträgt, dass zukünftig ein höherer Prozentsatz an Personen die Möglichkeit nutzt, um ihre Wünsche und Bedürfnisse bezüglich der psychiatrischen Medizin auszuformulieren (S. 324).

Verbesserungen und Empfehlungen

Folgende Verbesserungen und Empfehlungen liessen sich aus den Erfahrungen der Expert*innen schlussfolgern:

Zum einen wurde seitens der Expert*innen gewünscht, dass die vorhandenen Vorlagen zur PPV bezüglich ihrer Komplexität in den Fragenstellungen sowie der Verständlichkeit in der Sprache, vereinfacht werden (Expertin II, 2020, Z. 213-214; Expertin X, 2020, Z. 277-279).

Zum anderen wäre eine gekürzte Version für die Praxis einfacher zu handhaben (Experte I, 2020, Z. 347-348; Expertin X, 2020, Z. 277-279).

Nebst den obenstehenden Anmerkungen zur Verbesserung konnten folgende Empfehlungen erfasst werden: Die Expert*innen empfehlen den Prozess interdisziplinär zu gestalten, um die Patient*innen bestmöglich unterstützen zu können. Zudem sollte bei einem erneuten Eintritt, das Behandlungsteam wann immer möglich unverändert bestehen bleiben, um die Stabilität in der Beziehungsgestaltung aufrechterhalten zu können (Expertin II, 2020, Z. 75-78; Experte V, 2020, Z. 179-181).

Gemäss Gahleitner (2017) bedingt eine tragfähige Beziehungsgestaltung, dass den Patient*innen insbesondere durch eine persönliche und authentische, gleichzeitig reflexiv und fachlich geprägte Haltung begegnet wird (S. 286).

Des Weiteren sollte aus Sicht der Expert*innen bezüglich des Austrittsmanagements Folgendes beachtet werden: Einerseits sollte der Bedarf seitens der Patient*innen an einer PPV oder ähnlichen Vereinbarung ermittelt werden. Somit könnten eine Vermittlung zu einer externen Fachstelle aufgeleitet sowie wichtige Erkenntnisse des Aufenthaltes vermerkt werden (Experte V, 2020, Z. 261-265). Andererseits wird empfohlen, dass in einem Austritts- oder Überweisungsbericht vermerkt wird, ob ein solches Dokument besteht und welche Bedürfnisse diesbezüglich vorliegen (Experte I, 2020, Z. 325-326).

Überdies empfehlen die Expert*innen, dass Schritte und Mittel zur Sensibilisierung und Aufklärung sowie der Handhabung hinsichtlich der PPV umgesetzt werden, um insbesondere die Patient*innen, ihre Angehörigen sowie weitere interessierte Personen zu bestärken. Zudem sollten ebenfalls Angebote zur Schulung und Befähigung der Fachpersonen initiiert werden (Expertin II, 2020, Z. 289-291; Experte I, 2020, Z. 30-33).

Gemäss dem Konzept des Empowerments kann diesbezüglich zielgerichtet dazu beigetragen werden, um vor allem die Patient*innen sowie ihre Angehörigen zu befähigen, um eigene Ziele und Perspektiven zu erarbeiten. In der Konsequenz können die betroffenen Personen in ihren Möglichkeiten zur Selbstbestimmung bestärkt werden und an Autonomie dazugewinnen (Herriger, 2020, S. 7).

Nachfolgend werden die Rückschlüsse für die Soziale Arbeit dargestellt, welche anhand der Ergebnisse hergeleitet werden konnten.

Schliesslich wird im Fazit auf die Praxisfrage eingegangen und es erfolgt ein Ausblick.

7.2 Schlussfolgerungen

Aus den obenstehenden Ausführungen lassen sich die folgenden Schlüsse ziehen:

Aufgrund dessen, dass sich im Laufe der Jahre zeitgemässe medizinethische Prinzipien etablieren konnten (wie jene nach Beauchamp und Childress), kommt der Autonomie der Patient*innen heute eine grössere Bedeutung zu.

In der Konsequenz davon wird auch in der psychiatrischen sowie der somatischen Medizin dem Recht der Patient*innen auf Selbstbestimmung ein höherer Stellenwert beigemessen als dies früher der Fall war.

Zur Förderung und Verwirklichung der Selbstbestimmung besteht insbesondere das Instrument der psychiatrischen Patientenverfügung, um individuelle Wünsche und Bedürfnisse hinsichtlich der Behandlungen, welche im Falle einer Urteilsunfähigkeit angezeigt sind, ausformulieren zu können. Bezugnehmend auf die Soziale Arbeit bestehen bedeutsame Grundsätze sowie Handlungsprinzipien, an welchen die Sozialarbeitenden sich in ihren Werthaltungen sowie in ihren Verhaltensweisen orientieren sollten. Hinsichtlich der Selbstbestimmung sowie Autonomie von Patient*innen sind Sozialarbeitende dazu aufgefordert, die betroffenen Personen darin zu unterstützen, zu befähigen, d.h. letztlich zu ermächtigen, ihr eigenes Recht auf Selbstbestimmung wahrnehmen zu können.

Um Patient*innen in spezifischen Beratungssituationen bestmöglich ermächtigen zu können, werden von Seiten der Sozialarbeitenden theoretische Ansätze und Methoden angewandt. Hinsichtlich der Beratung über die PPV liegt der Fokus diesbezüglich insbesondere auf der förderlichen Beziehungsgestaltung sowie der ressourcenorientierten Arbeit.

Dem Aufbau sowie der Gestaltung einer tragfähigen Beziehung wird für die spätere kooperative sowie konstruktive Zusammenarbeit eine hohe Relevanz zugesprochen.

Von Seiten der Fachpersonen erfordert dies ein authentisches und respektvolles Auftreten sowie den Patient*innen mit Vertrauen, Wertschätzung, Akzeptanz und Empathie zu begegnen.

Des Weiteren wird als zentrale Aufgabe der klinischen Sozialarbeit die Erschliessung von Ressourcen betrachtet. Diesbezüglich sollen die Patient*innen sowohl in der Aktivierung ihrer

internen Ressourcen wie auch in der Erschliessung und Vermittlung von externen Ressourcen unterstützt werden.

Zudem benannten die Expert*innen als ihrer Ansicht nach förderlich in der Beratung, wenn die nahestehenden Personen frühzeitig in den Behandlungsprozess einbezogen werden, um die Wünsche und Anliegen der Patient*innen differenziert bearbeiten zu können.

Ausserdem bietet es sich an, dass gemeinsam mit den Angehörigen und nahestehenden Personen Mehrpersonengespräche durchgeführt werden, um über die aktuelle Situation aufzuklären sowie die weiteren Schritte zu planen.

Generell wird der gemeinsame Austausch als bedeutsam erachtet, dies gilt sowohl für die Mehrpersonengespräche als auch bezüglich der Zusammenarbeit von Fachpersonen aus unterschiedlichen Disziplinen.

Eine interdisziplinäre Arbeitsweise kann zur Förderung eines tiefen und breiten Fachwissens beitragen. Zudem können Patient*innen ein Gefühl von Sicherheit erfahren, wenn im Behandlungsteam eine Diversität an verschiedenen Disziplinen besteht und demnach die Qualität der Beratung sowie der Unterstützungsleistungen steigt.

Nebst der Bedeutsamkeit der Interdisziplinarität für den Beratungsprozess über die PPV stellt sich auch die Frage nach den Haltungen, sowohl von Seiten der Institutionen wie auch seitens der Fachpersonen. Damit die Verbindlichkeit sowie die Qualität in der Umsetzung gesteigert werden kann, bedingt dies von Seite der Führungsebene, dass die Relevanz des Instrumentes betont wird.

Des Weiteren liessen sich aus den Interviews mit den Expert*innen verschiedene Möglichkeiten zur Verbesserung sowie Empfehlungen ableiten:

Um eine Beratung über die PPV erfolgreich gestalten zu können, sollte der Prozess schrittweise erfolgen. Dies, weil die Ausformulierung einer PPV damit einhergeht, dass die Patient*innen sich mit persönlichen und oftmals belastenden Themen auseinandersetzen müssen.

Diesbezüglich ist förderlich, wenn die Fachperson die Vulnerabilität sowie die Konzentrationsfähigkeit der Patient*innen berücksichtigt sowie allfällige Traumata in Betracht zieht. Zudem gilt es den passenden Zeitpunkt für die Beratung zu finden.

Bezüglich eines allfälligen erneuten Eintritts der Patient*innen in die Klinik (beispielsweise bei Personen, welche unter chronischen psychiatrischen Erkrankungen leiden) kann die Konstanz und Stabilität im Behandlungsteam dazu beitragen, dass an bereits bestehende, vertrauensvolle Beziehungen angeknüpft werden kann.

Grundsätzlich sollte der Fokus der Sozialarbeitenden auf der Information sowie der Aufklärung bezüglich des Instrumentes der PPV liegen. Einerseits betrifft dies die Fachpersonen, welche die Möglichkeit erhalten sollten, allfällige offene Fragen und Unsicherheiten bezüglich der PPV zu thematisieren sowie Schulungsangebote wahrnehmen zu können. Andererseits sollten niederschwellige und bedarfsgerechte Angebote für Patient*innen, ihre Angehörigen sowie weitere interessierte Personen zur Verfügung gestellt werden.

Im nachfolgenden Kapitel werden die Schlussfolgerungen aufgegriffen, ein Fazit gezogen und es erfolgt ein Ausblick. Des Weiteren kommen zum Abschluss die Expert*innen zu Wort. In diesem Schlusswort sollen die Erläuterungen der Expert*innen hinsichtlich der Frage, was ihnen bezüglich der Thematik besonders am Herzen liegt, wiedergegeben werden. Den Autorinnen erscheint es wichtig dies darzustellen und für sich selbst sprechen zu lassen.

8. Fazit und Ausblick

Im nachfolgenden Fazit erfolgt eine Stellungnahme bezüglich der Praxisrelevanz.

8.1 Fazit bezüglich der Praxisrelevanz

- Welche Empfehlungen lassen sich aus den förderlichen Aspekten für die Beratung ableiten und wie lassen sich die hinderlichen Aspekte beeinflussen? Welche Elemente können aus Sicht der Fachpersonen der klinischen Sozialarbeit dazu beitragen, dass die Information und Aufklärung über die PPV (in der Beratung) gefördert wird?

Die folgenden Empfehlungen wurden anhand der verwendeten Fachliteratur und den erhobenen Erkenntnissen hergeleitet:

Es empfiehlt sich in der Beratung über die PPV dem Beziehungsaufbau sowie der Gestaltung der Beziehung eine hohe Gewichtung zukommen zu lassen.

Die vertrauensvolle Arbeitsbeziehung wird als bedeutsame Grundlage für die weitere konstruktive sowie kooperative Zusammenarbeit erachtet. Des Weiteren sollte im Beratungsprozess Wert daraufgelegt werden, dass die Patient*innen in der Aktivierung der persönlichen, internen Ressourcen bestärkt werden können. Damit einhergehend gilt es, auch externe Ressourcen zu bestimmen und zu erschliessen, um hinsichtlich der Zeit nach dem stationären Aufenthalt stützende Schritte und Mittel initiieren zu können. Zudem ist ratsam, den passenden Zeitpunkt zur Beratung anhand der Bedürfnisse der Patient*innen zu eruieren. Überdies sollten die Chancen hinsichtlich der Steigerung der Qualität sowie der Erweiterung der Kompetenzen, welche die interdisziplinäre Zusammenarbeit bietet, möglichst ergriffen werden.

Des Weiteren können die Herausforderungen sowie die allfälligen hinderlichen Aspekte in der Beratung über die PPV wie folgt beeinflusst werden:

Die Fachpersonen sind diesbezüglich gefordert, die akuten situativen Begebenheiten sowie die individuellen Möglichkeiten der Patient*innen zu berücksichtigen. Zudem sollte vermieden werden, dass die Ausformulierung der PPV zu einer Überforderung der betroffenen Person führt.

Es ist angezeigt, rücksichtsvoll mit der Konzentrationsfähigkeit sowie der Vulnerabilität der Patient*innen umzugehen und die Beratungen etappenweise durchzuführen.

Die Fachpersonen erachten es als bedeutsam, die Aufklärung und den Austausch über die PPV fördern zu können, in dem Sinne, dass verschiedene Gefässe und Möglichkeiten wie beispielsweise Informationsveranstaltungen sowie Gruppengespräche und Schulungsangebote installiert werden. Zum einen sollen die Fachpersonen sowie die freiwilligen Mitarbeitenden hinsichtlich ihrer Beratungstätigkeit sowie der Peer-Arbeit bezüglich der PPV unterstützt sowie befähigt werden. Zum anderen empfiehlt es sich, niederschwellige und bedürfnisorientierte Angebote für betroffene Personen, ihre Angehörigen sowie weitere interessierte Personen zu etablieren, um sowohl der diesbezüglichen Nachfrage zu begegnen wie auch in der Konsequenz davon das Wissen sowie die Akzeptanz in der Gesellschaft bezüglich der PPV zu begünstigen. Im Folgenden Abschnitt wird zum einen ein Ausblick gemacht und zum anderen werden offene Fragen für den weiteren Diskurs hinsichtlich der Thematik aufgeführt.

8.2 Ausblick

Die Autorinnen wünschen sich, dass die vorliegende Arbeit von Fachpersonen aus den Arbeitsfeldern der Sozialen Arbeit, der Medizin sowie der Psychiatrie als Informationsquelle genutzt werden kann, um einen Überblick zu erhalten, welche Aspekte in der Beratung über die psychiatrische Patientenverfügung förderlich oder hinderlich sein können.

Zudem können aufgrund der erörterten Empfehlungen seitens der Expert*innen allenfalls gewisse Vorgehensweisen und Arbeitsschritte initiiert oder angepasst werden.

Bei der psychiatrischen Patientenverfügung handelt es sich um ein noch «junges» Instrument. Die vorliegende Arbeit soll zur Sensibilisierung hinsichtlich der Chancen und Möglichkeiten sowie auch der kritischen Punkte dienen, welche mit der PPV in Verbindung gebracht werden.

Die Autorinnen sowie auch die befragten Expert*innen erachten die PPV als gutes und wichtiges Instrument zur Stärkung der Selbstbestimmung sowie zur Ermächtigung von Patient*innen in der psychiatrischen Medizin. Anhand des Erfahrungswissens der Expert*innen lässt sich schlussfolgern, dass Patient*innen sich aufgrund der Tatsache, wonach Instrumente wie die PPV bestehen, eher «gehört» sowie «ernstgenommen» fühlen können. Diesbezüglich ist es wünschenswert, dass auch die zukünftigen Entwicklungen in der psychiatrischen Medizin von einer Verminderung der Zwangsmassnahmen hin zu einer Stärkung der Selbstbestimmung und Ermächtigung beitragen. Um das Wissen über die PPV sowie die Akzeptanz in der Gesellschaft fördern zu können, sind insbesondere die Fachpersonen der obengenannten Disziplinen aufgefordert, diesbezügliche Möglichkeiten zu ergreifen sowie entsprechende Angebote zu initiieren.

Angebote zur Aufklärung und zur Schulung von Fachpersonen sowie von betroffenen und interessierten Personen können allenfalls dazu beitragen, dass das Instrument der PPV zukünftig einen höheren Stellenwert innehat und von Seiten der Gesellschaft mehr Akzeptanz erfährt.

Die Autorinnen erachten diesbezügliche Bemühungen zudem als Chance zur weiteren Enttabuisierung und gleichzeitigen Wahrnehmung von psychischen Erkrankungen in der Gesellschaft. Bezugnehmend auf mögliche weitere Arbeiten empfehlen die Autorinnen, dass folgende Forschungen durchgeführt werden:

Eine schweizweite Datenerhebung bezüglich der Frage nach der Anzahl an bereits vorhandenen psychiatrischen Patientenverfügungen wird als relevant erachtet. Aufgrund dessen könnte eruiert werden, inwieweit in der Allgemeinbevölkerung Kenntnisse hinsichtlich dieses Instrumentes vorliegen. Parallel dazu sollten bei Patient*innen persönliche Einflussfaktoren in Erfahrung gebracht werden, wie beispielsweise das Alter, das Krankheitsbild und das Gender sowie die individuellen Bedürfnisse, welche hinsichtlich eines solchen Instrumentes bestehen.

Des Weiteren würde sich aus Sicht der Autorinnen anbieten, im Rahmen einer Befragung oder Diskussion unter Fachpersonen zu erheben, welche Wünsche und Möglichkeiten zur Optimierung des Instrumentes von Seiten der Fachpersonen und Institutionen bestehen. In der Konsequenz könnte eine Vereinheitlichung der bestehenden Angebote und Instrumente hinsichtlich der Selbstbestimmung und Autonomie von Patient*innen in der psychiatrischen Medizin angestrebt werden. Seitens der Autorinnen wird dies als sinnvoll und relevant betrachtet, um die bestehenden Verfahrensweisen zu vereinfachen und effizienter gestalten zu können. Damit könnte zur Etablierung eines Instrumentes beigetragen werden, welches von einer Mehrzahl der Institutionen und Fachpersonen bevorzugt verwendet wird.

Aus Sicht der Sozialen Arbeit ist empfehlenswert, dass zukünftig auch die sozialen Aspekte in einem solchen Instrument eine höhere Gewichtung erfahren. Diesbezüglich wird eine biopsychosoziale Herangehensweise als konstruktiv erachtet.

Zum Abschluss dieser Arbeit möchten die Autorinnen gerne den Expert*innen «das letzte Wort» geben.

8.3 Statements der Expert*innen

Die Expert*innen haben jeweils ein Statement rund um die Thematik der psychiatrischen Patientenverfügung abgegeben und beschrieben, was sie persönlich diesbezüglich als besonders bedeutsam erachten:

*«(...) , was für mich wichtig ist, das habe ich bereits mehrmals erwähnt, und zwar, dass die PPV wirklich ein gutes Instrument ist zur Förderung der Selbstbestimmung und auch wichtig ist für das Recht der Patient*innen» (Expertin X, 2020, Z. 333-335).*

Anstelle eines Statements beschrieb der Experte I (2020) seine Ansicht anhand eines sinnbildlichen Beispiels:

«Ich kann mich an eine depressive Patientin erinnern, die jeweils am Morgen kaum aufstehen konnte. Irgendeinmal, noch während des Klinikaufenthaltes, es ging ihr jedoch bereits besser, sagte sie, dass wenn sie jemals wieder in einem solchen «Loch» sei, dann will sie aus dem Bett geholt werden. Man soll ihre Beine nehmen und neben dem Bett auf den Boden stellen, auch wenn sie sich dagegen sträuben würde, dann solle man es machen und dranbleiben. Und so, das ist perfekt, dass muss in den Behandlungsplan miteinbezogen werden. Damit dies drinsteht für ein nächstes Mal. Heute würde ich dies in eine PPV reinschreiben» (Z. 425-432).

Das folgende Statement gab der Experte V (2020) den Autorinnen mit auf den Weg:

«Ich finde es wichtig sich für einen spezifischen Bereich zuständig zu sehen, das heisst jetzt bei uns beispielsweise die sozialen Aspekte, aber dennoch auch den Weitblick auf die Thematik zu behalten. Und um eventuell in anderen Bereichen positive Anstösse geben zu können, welche inspirierend wirken, ohne das eigene Feld zu verlassen und die Grenzen zu sehen und sich auf die eigenen Bereiche zu konzentrieren. (...) obwohl ich davon ausgehe, dass es wohl immer ein Instrument bleiben wird, welches nur bedingt für die Sozialarbeit geeignet ist, aber dass auch die Berechtigung besteht, dass das Instrument in der Sozialarbeit genutzt werden kann, da hier ein Weitblick auf die Thematik besteht» (Z. 405-412).

Schlussendlich wird das Statement der Expertin II (2020) abgebildet:

«(...), dass in diesen Institutionen, wo mit der PPV begonnen werden soll, den Mitarbeitenden die Ängste vor dem grossen Dokument und den vielen Papieren genommen wird. Ich glaube, das ist die grösste Hürde und das war auch meine grösste Hürde, als ich damit in die Teams gegangen bin. Ich musste mich anfangs wirklich zuerst selbst intensiv damit auseinandersetzen und mich fragen, wie so etwas mit Leben gefüllt werden kann und wie es dann auch so funktionieren kann, dass es nicht irgendwo in der Versenkung verschwindet, weil ja auch sehr viel Arbeit darin steckt. Und das (...) bedeutet, dass auch die Teams gut gebrieft werden müssen und dass es auch genügend Möglichkeiten gibt, um sich in diesen Bereich einzuarbeiten» (Z. 283-290).

Literaturverzeichnis

- Aebi – Müller, Regina (2014, 22. September). *Der urteilsunfähige Patient – eine zivilrechtliche Auslegung*. Jusletter. Gefunden unter https://www.unilu.ch/fileadmin/fakultaeten/rf/aebi/dok/Jusletter_Urteilsunfaehiger_Patient.pdf
- Avenir Social (2010). *Berufskodex Soziale Arbeit Schweiz. Ein Argumentarium für die Praxis der Professionellen*. Bern: Avenir Social.
- Best, Laura (2020). *Nähe und Distanz in der Beratung. Das Erleben der Beziehungsgestaltung aus der Perspektive der Adressaten*. Wiesbaden: Springer Verlag.
- Bundesverfassung der Schweizerischen Eidgenossenschaft vom 18. April 1999 (SR 101).
- Dubno, Benjamin & Rosch, Daniel (2018). Die Fürsorgerische Unterbringung. In Daniel Rosch, Christiana Fountoulakis & Christoph Heck (Hrsg.), *Handbuch Kindes-
Erwachsenenschutzrecht. Recht und Methodik für Fachleute* (2., überarb. Aufl., S. 597 - 621). Bern: Haupt.
- Dröge, Kai (2020). *Qualitative Interviews am Telefon oder online durchführen Information für Studierende*. Unveröffentlichtes Unterrichtsskript. Hochschule Luzern – Soziale Arbeit.
- Fountoulakis, Christina & Rosch, Daniel (2018). Elemente des Erwachsenenschutzes. In Daniel Rosch, Christiana Fountoulakis & Christoph Heck (Hrsg.), *Handbuch Kindes-
Erwachsenenschutzrecht. Recht und Methodik für Fachleute* (2., überarb. Aufl., S. 494 – 520). Bern: Haupt.
- Gahleitner, Silke Brigitta (2012). *Soziale Arbeit als Beziehungsprofession – Bindung und Einbettung professionell ermöglichen*. Weinheim: Beltz Juventa Verlag.
- Gassmann, Jürg (2017). Die psychiatrische Patientenverfügung, Chancen für die Patientenautonomie – Grenzen ihrer Wirksamkeit. In Roland Fankhauser, Ruth E. Reusser & Ivo Schwander (Hrsg.), *Brennpunkt Familienrecht, Festschrift für Thomas Geiser zum 65. Geburtstag* (S. 257 – 270). Zürich/ St. Gallen: Dike Verlag AG.
- Herriger, Norbert (2020). *Empowerment in der Sozialen Arbeit. Eine Einführung* (6. erweiterte überarb. Aufl.). Stuttgart: Verlag W. Kohlhammer.

- Hoff, Paul (2013). Ethik in der Sozialpsychiatrie. In Wulf Rössler & Wolfram Kawohl (Hrsg.), *Soziale Psychiatrie. Das Handbuch für die psychosoziale Praxis* (1. Band, S. 395-413). Stuttgart: W. Kohlhammer Verlag
- Hotzy, Florian, Cattapan, Katja, Orosz, Ariane, Dietrich, Bianca, Steinegger, Brigitt et al. (Hrsg.). (2020). *Akzeptanz von psychiatrischen und somatischen Patientenverfügungen: ein Vergleich unter psychiatrischen Patienten und Fachpersonen*. Stuttgart – New York. Georg Thieme Verlag KG. DOI <https://doi.org/10.1055/a-1132-0811>
- Kaiser, Robert (2014). *Qualitative Experteninterviews. Konzeptionelle Grundlagen und praktische Durchführung*. Wiesbaden: Springer Verlag.
- Kammer – Spohn, Michael (2015). Patientenverfügung in der Psychiatrie – Chance oder Ärgernis?. *Schweizerische Ärztezeitung*, 96 (6), 196 - 199.
- Kanton Bern (ohne Datum). *Direktion für Inneres und Justiz. Fürsorgerische Unterbringung / Zwangsmassnahmen*. Gefunden unter https://www.jgk.be.ch/jgk/de/index/kindes_erwachsenenschutz/erwachsenenschutz/fuersorgerische_unterbringung.html
- Konvention zum Schutze der Menschenrechte und Grundfreiheiten (EMRK) vom 4. November 1950 (0.101)
- Luzerner Psychiatrie (ohne Datum). *Behandlungsvereinbarung*. Gefunden unter https://www.lups.ch/fileadmin/files/pdfs/Erwachsenenpsychiatrie/Behandlungsvereinbarung_WEB.pdf
- Maranta, Luca (2018). Die Beistandschaft. In Daniel Rosch, Christiana Fountoulakis & Christoph Heck (Hrsg.), *Handbuch Kindes- Erwachsenenenschutzrecht. Recht und Methodik für Fachleute* (2., überarb. Aufl., S. 521 - 543). Bern: Haupt.
- Mayer, Horst Otto (2004). *Interview und schriftliche Befragung* (2. überarb. Aufl.). München: Oldenbourg.

- Meuser, Michael & Nagel, Ulrike (2009). Experteninterview und der Wandel der Wissensproduktion. In Alexander Bogner, Beate Littig, & Wolfgang Menz (Hrsg.), *Experteninterviews. Theorien, Methoden, Anwendungsfelder* (3. grundlegend überarb. Aufl., S. 35-60). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Metzger, Marius (2009). *Sampling: Wie kommt man zur Stichprobe?*. Unveröffentlichtes Unterrichtsskript. Hochschule Luzern – Soziale Arbeit.
- Möbius, Thomas (2010). Ressourcenorientierung in der Sozialen Arbeit. In Thomas Möbius & Sibylle Friedrich (Hrsg.), *Ressourcenorientiert Arbeiten. Anleitung zu einem gelingenden Praxistransfer im Sozialbereich*. (S. 13 – 30). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Mühlefeld, Claus, Windolf, Paul, Lampert, Norbert und Krüger Heidi (1981). Auswertung offener Interviews. *Soziale Welt*, 32 (3), 325-352.
- Obsan (2020). *Fürsorgerische Unterbringungen in Schweizer Psychiatrien*. Gefunden unter <https://www.obsan.admin.ch/de/indikatoren/fuersorgerische-unterbringung-schweizer-psychiatrien>
- Pauls, Helmut (2011). *Klinische Sozialarbeit. Grundlagen und Methoden psycho-sozialer Behandlung* (2. überarb. Aufl.). Weinheim und München: Juventa Verlag.
- Rogers, Carl R. (2012). *Der neue Mensch* (Stein Brigitte, Übers.). Stuttgart: Klett- Cotta (engl. *A Way of Being*, Boston 1980).
- Rosch, Daniel (2015). Die Selbstbestimmung im revidierten Erwachsenenschutzrecht. *Zeitschrift für Kindes- und Erwachsenenschutz*, (3), 215 – 225.
- Rosch, Daniel (2011). Die fürsorgerische Unterbringung im revidierten Kindes – und Erwachsenenschutzrecht. *Aktuelle Juristische Praxis*, (4), 505 – 516.
- Rössler, Wulf & Lauber, Christoph (2013). Empowerment. In Wulf Rössler & Wolfram Kawohl (Hrsg.), *Soziale Psychiatrie. Das Handbuch für die psychosoziale Praxis* (2. Band, S.352-362). Stuttgart: W. Kohlhammer Verlag

Schulz von Thun, Friedemann (2018). *Miteinander Reden: 1. Störungen und Klärungen.*

Allgemeine Psychologie der Kommunikation (55. Aufl.). Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag.

Schweizerisches Zivilgesetzbuch vom 10. Dezember 1907 (SR 210).

Sommerfeld, Peter & Rügger, Cornelia (2013). Soziale Arbeit in der Sozialen Psychiatrie. In

Wulf Rössler & Wolfram Kawohl (Hrsg.), *Soziale Psychiatrie. Das Handbuch für die psychosoziale Praxis* (2. Band, S. 396- 405). Stuttgart: W. Kohlhammer Verlag.

Steinke, Hubert (2016, 30. November). «Der Hippokratische Eid: ein schwieriges Erbe».

Schweizerischen Ärztezeitung. Gefunden unter <https://saez.ch/article/doi/saez.2016.05162>

Stiftung pro mente sana (2015). *Das Erwachsenenschutzrecht. Informationen für Fachpersonen.*

Gefunden unter

https://www.promentesana.ch/fileadmin/user_upload/Wissen/Rechtliche_Themen/Pro_Mente_Sana_Erwachsenenschutzrecht_2015_Webversion.pdf

Suter, Céline (2019). *Advance Care Planning und Vertreterverfügung. Die gesundheitliche*

Vorausplanung bei urteilsunfähigen Personen. In: Jusletter 28. Januar 2019.

Weber, Esther (2012). *Beratungsmethodik in der Sozialen Arbeit. Das Unterrichtskonzept der*

Beratungsmethodik (3. überarb. Aufl.). Luzern: Interact Verlag.

Weinberger, Sabine (2004). Klientenzentrierte Gesprächsführung, Lern- und Praxisanleitung für

Personen in psychosozialen Berufen (9. Aufl.). Weinheim: Juventa- Verlag.

Widmer Blum, Carmen Ladina (2010). *Urteilsunfähigkeit, Vertretung und Selbstbestimmung -*

insbesondere: Patientenverfügung und Vorsorgeauftrag (48. Band). Zürich: Schulthess Verlag.

Anhang

A. Interviewleitfaden psychiatrische Klinik für Expertinnen und Experten:

Angaben der Person, welche interviewt wird

Name: _____ Seit wann tätig: _____
Stellenprozent: _____ Funktion: _____

Einstieg

- Als wie relevant erachten Sie die psychiatrische Patientenverfügung (PPV) in der Beratung der klinischen Sozialarbeit?
- Wie oft beraten Sie Klientel über die PPV?

Allgemeines zur PPV

- Seit wann beraten Sie in Ihrer Abteilung über die PPV? Und ist eine einzelne Person für dieses Ressort zuständig?
- Erachten Sie es (in der Beratung) als herausfordernd, dass die PPV gegenüber der «somatischen» PV gemäss der rechtlichen Verankerung lediglich «berücksichtigt» werden muss?
- Werden aus Ihrer Sicht die Grundsätze der Selbstbestimmung und Ermächtigung durch die PPV gestärkt?

Klinische SA / Beratungsmethodik

- Gibt es aus Ihrer Sicht eine Methode oder eine förderliche Herangehensweise in der Beratung rund um die PPV? Oder was sollte dabei vermieden werden?
- Ist der Beziehungsaufbau ein zentraler Faktor in der Beratung über die PPV?
- Wie stark fliesst die Interdisziplinarität in den Beratungsprozess mit ein? (Bsp.: Wann und weshalb müssen beispielsweise ÄrztInnen, PsychiaterInnen oder JuristInnen hinzugezogen werden?)

Förderliche und hinderliche Aspekte in der Beratung über die PPV

- Welcher Zeitpunkt scheint aus Ihrer Sicht der richtige zu sein, um eine PPV zu verfassen? (In Bezug auf die psychische Verfassung der betroffenen Person? Gibt es auch einen falschen Zeitpunkt? Woran machen Sie dies fest)?
- Falls sich herausstellen würde, dass die betroffene Person zum Zeitpunkt als die PPV verfasst wurde urteilsunfähig war (oder schwankender Zustand), wie würde dies in der Praxis gehandhabt werden? Und wie ist die Handhabung in Bezug auf die rechtliche Verbindlichkeit?
- Welche Aspekte in der Beratung haben sich bewährt? Welche Aspekte haben sich als eher hinderlich herausgestellt? Wie lassen sich diese beeinflussen (sowohl förderliche als auch hinderliche Aspekte)?

Erfahrungen

- Wird aus Ihrer Sicht die Beratung über die PPV durch die Verwendung der Vorlage / Behandlungsvereinbarung vereinfacht?
- Welche Veränderungen sind seit der Einführung der Vorlage sichtbar (positive, wie auch negative)?
- Sehen Sie Verbesserungspotential in Bezug auf die Vorlage?
- Stellen Sie seit der Einführung der Vorlage eine Zunahme an abgeschlossenen PPV fest?

Niederschwelligkeit / Zugang der betroffenen Personen zu einer PPV

- Ist es aus Ihrer Sicht für betroffene Personen oftmals schwierig/herausfordernd die PPV zu verstehen? Welcher Unterstützungsbedarf besteht dabei?
- Wie gehen Sie in der Beratung mit der Vulnerabilität der betroffenen Personen um (z.B. mit Krankheitsbildern/Diagnosen/kognitiven Fähigkeiten usw.)?
- Wir gehen davon aus, dass es für die betroffenen Personen aufgrund der differenzierten Auseinandersetzung mit der eigenen Biografie und Gesundheit eine Belastung sein kann eine PPV zu erstellen. Wie erleben Sie dies in der Beratung?

Empfehlungen / Abschluss

- Was braucht es aus Ihrer Sicht damit die PPV in der Gesellschaft etabliert wird?
- Würden Sie die PPV-Vorlage als Hilfsmittel für die Beratung auch an andere Institutionen der klinischen SA weiterempfehlen?
- Wenn sie an Situationen denken, als betroffene urteilsunfähige Personen (mit einer vorhandenen PPV) in ihre Klinik zugewiesen wurden – wie schätzen Sie dies ein - ob in der Behandlung, die in der PPV erfasste Willensäußerung der betroffenen Personen vollständig berücksichtigt und umgesetzt werden konnte?

Die in der PPV erfasste Willensäußerung konnte während der gesamten Behandlungszeit berücksichtigt und entsprechend umgesetzt werden

Von der in der PPV erfassten Willensäußerung musste (begründet durch die Umstände) teilweise abgewichen werden

Die in der PPV erfasste Willensäußerung konnte (begründet durch die Umstände) nicht berücksichtigt und umgesetzt werden

Die folgende persönliche Frage muss nicht zwingend beantwortet werden:

- *Würden Sie einer Ihnen nahestehenden Person (aus ihrem Umfeld) raten eine PPV zu verfassen?*

B. Interviewleitfadenpsychiatrische Klinik für Studentinnen:

Angaben zur Interviewten Person:

Name: Seit wann tätig:

Stellenprozent: Funktion:

->Tätigkeitsfelder/Arbeitsbereiche:

Einstieg

- Als wie relevant erachten Sie die psychiatrische Patientenverfügung (PPV) in der Beratung der klinischen Sozialarbeit?
→ *Skalierungsfrage: Zwischen 1-10 (10 steht für sehr relevant / 1 für wenig relevant)*
- Wie oft beraten Sie Klientel über die PPV?
→ *Konkrete Zahl? (einmal pro Woche / mehrmals pro Woche /) / Sprechstunden?*

Allgemeines zur PPV

- *Können Sie dies präzisieren.../ haben Sie ein Beispiel dafür?/ Könnten Sie das noch etwas näher ausführen?/ ...im Vergleich zu?/*
- Seit wann beraten Sie in Ihrer Abteilung über die PPV? Und ist eine einzelne Person für dieses Ressort zuständig?
- Erachten Sie es (in der Beratung) als herausfordernd, dass die PPV gegenüber der «somatischen» PV gemäss der rechtlichen Verankerung lediglich «berücksichtigt» werden muss?
- Werden aus Ihrer Sicht die Grundsätze der Selbstbestimmung und Ermächtigung durch die PPV gestärkt? (*Patientenautonomie / «living will» / freier Wille /...*)

Klinische SA / Beratungsmethodik

- Gibt es aus Ihrer Sicht eine Methode oder eine förderliche Herangehensweise in der Beratung rund um die PPV? *Oder was sollte dabei vermieden werden?*
→ *Sonstige Methodik nachfragen? Konkretisieren (evtl. betr. Ressourcenorientiert nachfragen?)*
- Ist der Beziehungsaufbau ein zentraler Faktor in der Beratung über die PPV?
- Wie stark fließt die Interdisziplinarität in den Beratungsprozess mit ein? (Bsp.: Wann und weshalb müssen beispielsweise ÄrztInnen, PsychiaterInnen oder JuristInnen hinzugezogen werden?)

- *Wie werden Unstimmigkeiten / Meinungsverschiedenheiten usw. gehandhabt?
Wer hat «das letzte Wort» im Fall der Fälle?*

Förderliche und hinderliche Aspekte in der Beratung über die PPV

- Welcher Zeitpunkt scheint aus Ihrer Sicht der richtige zu sein, um eine PPV zu verfassen? (In Bezug auf die psychische Verfassung der betroffenen Person? Gibt es auch einen falschen Zeitpunkt? Woran machen Sie dies fest)?
- Falls sich herausstellen würde, dass die betroffene Person zum Zeitpunkt als die PPV verfasst wurde urteilsunfähig war (oder schwankender Zustand), wie würde dies in der Praxis gehandhabt werden? Und wie ist die Handhabung in Bezug auf die rechtliche Verbindlichkeit? -> *höchstpersönliche Rechte usw.?*
- Welche Aspekte in der Beratung haben sich bewährt? Welche Aspekte haben sich als eher hinderlich herausgestellt? Wie lassen sich diese beeinflussen (sowohl förderliche als auch hinderliche Aspekte)?

Erfahrungen

- Wird aus Ihrer Sicht die Beratung über die PPV durch die Verwendung der Vorlage / *Behandlungsvereinbarung* vereinfacht?
→ *Gründe? Punkte aufzählen*
- Welche Veränderungen sind seit der Einführung der Vorlage sichtbar (positive, wie auch negative)?
- Sehen Sie Verbesserungspotential in Bezug auf die Vorlage?
- Stellen Sie seit der Einführung der Vorlage eine Zunahme an abgeschlossenen PPV fest?

Niederschwelligkeit / Zugang der betroffenen Personen zu einer PPV

- Ist es aus Ihrer Sicht für betroffene Personen oftmals schwierig/herausfordernd die PPV zu verstehen? Welcher Unterstützungsbedarf besteht dabei?
- Wie gehen Sie in der Beratung mit der Vulnerabilität der betroffenen Personen um (z.B. mit Krankheitsbildern/Diagnosen/kognitiven Fähigkeiten usw.)?
- Wir gehen davon aus, dass es für die betroffenen Personen aufgrund der differenzierten Auseinandersetzung mit der eigenen Biografie und Gesundheit eine Belastung sein kann eine PPV zu erstellen. Wie erleben Sie dies in der Beratung?

Empfehlungen / Abschluss

- Was braucht es aus Ihrer Sicht damit die PPV in der Gesellschaft etabliert wird?
- Würden Sie die PPV-Vorlage als Hilfsmittel für die Beratung auch an andere Institutionen der klinischen SA weiterempfehlen?
- Wenn sie an Situationen denken, als betroffene urteilsunfähige Personen (mit einer vorhandenen PPV) in ihre Klinik zugewiesen wurden – wie schätzen Sie dies ein - ob in der Behandlung, die in der PPV erfasste Willensäußerung der betroffenen Personen vollständig berücksichtigt und umgesetzt werden konnte?

Die in der PPV erfasste Willensäußerung konnte während der gesamten Behandlungszeit berücksichtigt und entsprechend umgesetzt werden

Von der in der PPV erfassten Willensäußerung musste (begründet durch die Umstände) teilweise abgewichen werden

Die in der PPV erfasste Willensäußerung konnte (begründet durch die Umstände) nicht berücksichtigt und umgesetzt werden

Schlusswort: «Was wollen Sie uns mitgeben?»

Die folgende persönliche Frage muss nicht zwingend beantwortet werden:

- *Würden Sie einer Ihnen nahestehenden Person (aus ihrem Umfeld) raten eine PPV zu verfassen?*
➔ *Frage nach Anpassungen des Fragebogens*

C. Interviewleitfaden Fachstelle für Expertinnen und Experten:

Angaben zur Interviewten Person

Name: Seit wann tätig:

Stellenprozent: Funktion:

Einstieg

- Welchen Stellenwert hat die psychiatrische Patientenverfügung (PPV) aus Ihrer Sicht in der Beratung Ihrer Fachstelle?
- Wie oft beraten Sie Klientel über die PPV?

Allgemeines zur PPV

- Seit wann beraten Sie über die PPV? Und ist eine einzelne Person für dieses Ressort zuständig?
- Welchen Stellenwert hat die PPV gegenüber dem Behandlungsplan im Falle der Urteilsunfähigkeit einer Person?
- Erachten Sie es (in der Beratung) als herausfordernd, dass die PPV gegenüber der «somatischen» PV gemäss der rechtlichen Verankerung lediglich «berücksichtigt» werden muss?
- Werden aus Ihrer Sicht die Grundsätze der Selbstbestimmung und Ermächtigung durch die PPV gestärkt?

Beratungsmethodik

- Gibt es aus Ihrer Sicht eine Methode oder eine förderliche Herangehensweise in der Beratung rund um die PPV? Oder was sollte dabei vermieden werden?
- Ist der Beziehungsaufbau ein zentraler Faktor in der Beratung über die PPV?
- Wie stark fliesst die Interdisziplinarität in den Beratungsprozess mit ein? (Bsp.: Wann und weshalb müssen beispielsweise externe ÄrztInnen, PsychiaterInnen oder JuristInnen hinzugezogen werden?)

Förderliche und hinderliche Aspekte in der Beratung über die PPV

- Welcher Zeitpunkt scheint aus Ihrer Sicht der richtige zu sein, um eine PPV zu verfassen? (In Bezug auf die psychische Verfassung der betroffenen Person? Gibt es auch einen falschen Zeitpunkt? Woran machen Sie dies fest)?
- Falls sich herausstellen würde, dass die betroffene Person zum Zeitpunkt als die PPV verfasst wurde urteilsunfähig war (oder schwankender Zustand), wie würde dies in der Praxis gehandhabt werden? Und wie ist die Handhabung in Bezug auf die rechtliche Verbindlichkeit?
- Welche Aspekte in der Beratung haben sich bewährt? Welche Aspekte haben sich als eher hinderlich herausgestellt? Wie lassen sich diese beeinflussen (sowohl förderliche als auch hinderliche Aspekte)?

Erfahrungen

- Wird aus Ihrer Sicht die Beratung über die PPV durch die Verwendung der Vorlage vereinfacht?
- Welche Veränderungen sind seit der Einführung der Vorlage sichtbar (positive, wie auch negative)?
- Sehen Sie Verbesserungspotential in Bezug auf die Vorlage?
- Stellen Sie seit der Einführung der Vorlage eine Zunahme an abgeschlossenen PPV fest?

Niederschwelligkeit / Zugang der betroffenen Personen zu einer PPV

- Ist es aus Ihrer Sicht für betroffene Personen oftmals schwierig/herausfordernd die PPV zu verstehen? Welcher Unterstützungsbedarf besteht dabei?
- Wie gehen Sie in der Beratung mit der Vulnerabilität der betroffenen Personen um (z.B. mit Krankheitsbildern/Diagnosen/kognitiven Fähigkeiten usw.)?
- Wir gehen davon aus, dass es für die betroffenen Personen aufgrund der differenzierten Auseinandersetzung mit der eigenen Biografie und Gesundheit eine Belastung sein kann eine PPV zu erstellen. Wie erleben Sie dies in der Beratung?

Empfehlungen / Abschluss

- Was braucht es aus Ihrer Sicht damit die PPV in der Gesellschaft etabliert wird?

- Würden Sie die PPV-Vorlage als Hilfsmittel für die Beratung auch an weitere Institutionen weiterempfehlen?

Die folgende persönliche Frage muss nicht zwingend beantwortet werden:

- *Würden Sie einer Ihnen nahestehenden Person (aus ihrem Umfeld) raten eine PPV zu verfassen?*

D. Interviewleitfaden Fachstelle für Studentinnen:

Angaben zur Interviewten Person

Name: Seit wann tätig:

Stellenprozent: Funktion:

→ *Tätigkeitsfelder/Arbeitsbereiche:*

Einstieg

- Welchen Stellenwert hat die psychiatrische Patientenverfügung (PPV) aus Ihrer Sicht in der Beratung Ihrer Fachstelle?
→ *Skalierungsfrage: Zwischen 1-10 (10 steht für sehr relevant / 1 für wenig relevant)*
- Wie oft beraten Sie Klientel über die PPV?
→ *Konkrete Zahl? (einmal pro Woche / mehrmals pro Woche /) / Sprechstunden?*

Allgemeines zur PPV

- *Können Sie dies präzisieren.../ haben Sie ein Beispiel dafür?/ Könnten Sie das noch etwas näher ausführen?/ ...im Vergleich zu?/*
- Seit wann beraten Sie über die PPV? Und ist eine einzelne Person für dieses Ressort zuständig?
- Welchen Stellenwert hat die PPV gegenüber dem Behandlungsplan im Falle der Urteilsunfähigkeit einer Person?
- Erachten Sie es (in der Beratung) als herausfordernd, dass die PPV gegenüber der «somatischen» PV gemäss der rechtlichen Verankerung lediglich «berücksichtigt» werden muss?
- Werden aus Ihrer Sicht die Grundsätze der Selbstbestimmung und Ermächtigung durch die PPV gestärkt? (*Patientenautonomie / «living will» / freier Wille /...*)

Beratungsmethodik

- Gibt es aus Ihrer Sicht eine Methode oder eine förderliche Herangehensweise in der Beratung rund um die PPV? *Oder was sollte dabei vermieden werden?*
- Ist der Beziehungsaufbau ein zentraler Faktor in der Beratung über die PPV?

- Wie stark fließt die Interdisziplinarität in den Beratungsprozess mit ein? (Bsp.: Wann und weshalb müssen beispielsweise externe ÄrztInnen, PsychiaterInnen oder JuristInnen hinzugezogen werden?)

Förderliche und hinderliche Aspekte in der Beratung über die PPV

- Welcher Zeitpunkt scheint aus Ihrer Sicht der richtige zu sein, um eine PPV zu verfassen? (In Bezug auf die psychische Verfassung der betroffenen Person? Gibt es auch einen falschen Zeitpunkt? Woran machen Sie dies fest?)
- Falls sich herausstellen würde, dass die betroffene Person zum Zeitpunkt als die PPV verfasst wurde urteilsunfähig war (oder schwankender Zustand), wie würde dies in der Praxis gehandhabt werden? Und wie ist die Handhabung in Bezug auf die rechtliche Verbindlichkeit? *höchstpersönliche Rechte usw.?*
- Welche Aspekte in der Beratung haben sich bewährt? Welche Aspekte haben sich als eher hinderlich herausgestellt? Wie lassen sich diese beeinflussen (sowohl förderliche als auch hinderliche Aspekte)?

Erfahrungen

- Wird aus Ihrer Sicht die Beratung über die PPV durch die Verwendung der Vorlage vereinfacht?
→ *Gründe? Punkte aufzählen, Beispiel*
- Welche Veränderungen sind seit der Einführung der Vorlage sichtbar (positive, wie auch negative)?
- Sehen Sie Verbesserungspotential in Bezug auf die Vorlage?
- Stellen Sie seit der Einführung der Vorlage eine Zunahme an abgeschlossenen PPV fest?

Niederschwelligkeit / Zugang der betroffenen Personen zu einer PPV

- Ist es aus Ihrer Sicht für betroffene Personen oftmals schwierig/herausfordernd die PPV zu verstehen? Welcher Unterstützungsbedarf besteht dabei?
- Wie gehen Sie in der Beratung mit der Vulnerabilität der betroffenen Personen um (z.B. mit Krankheitsbildern/Diagnosen/kognitiven Fähigkeiten usw.)?
- Wir gehen davon aus, dass es für die betroffenen Personen aufgrund der differenzierten Auseinandersetzung mit der eigenen Biografie und Gesundheit eine Belastung sein kann eine PPV zu erstellen. Wie erleben Sie dies in der Beratung?

Empfehlungen / Abschluss

- Was braucht es aus Ihrer Sicht damit die PPV in der Gesellschaft etablierter wird?
- Würden Sie die PPV-Vorlage als Hilfsmittel für die Beratung auch an weitere Institutionen weiterempfehlen?

Die folgende persönliche Frage muss nicht zwingend beantwortet werden:

- *Würden Sie einer Ihnen nahestehenden Person (aus ihrem Umfeld) raten eine PPV zu verfassen?*

➔ *Schlusswort: «Was wollen Sie uns mitgeben?»*

E. Codes der Experteninterviews

Methodische Aspekte in der Beratung			
Beziehungsgestaltung	Förderliche Aspekte	Hinderliche Aspekte	Interne und externe Ressourcen
1	2	3	4

Grundsätze (Berufskodex?)	
Selbstbestimmung	Ermächtigung / Empowerment
5	6

Empfehlungen	
Empfehlungen	Mögliche Verbesserungen / Kritik am Instrument
7	8

Handhabung auf professioneller Ebene		
Arbeitshilfen	Haltung	Interdisziplinarität
9	10	11