

»Gute« Entscheidungen bei der Unterstützten Entscheidungsfindung (UEF)



In der Betreuungspraxis stehen Entscheidungen in der Zusammenarbeit mit den Klient/innen ganz oben auf der »To-do-Liste« von Berufsbetreuer/innen. Auf Seite der Klient/innen wirken sich Störungen in der internen Disposition auf die Entscheidungs- und Handlungskompetenz aus. Was auch ohne eine solche Störung schon nicht leicht ist, wird unter diesen Umständen problematisch und kann zu einem unüberwindbaren Hindernis werden. Unsere Autorin legt dar, dass »gute« Entscheidungen nicht nur ausreichend Zeit und fachlicher Kompetenzen, sondern auch des richtigen Gehirn-Modus' bedürfen.

Von Iris Peymann

Entscheidungen sollen individuellem Wohl und individuellen Wünschen entsprechen und soweit wie möglich mit den sozialen und gesellschaftlichen Anforderungen übereinstimmen. Entscheidungen werden bewertet: von einem selbst, von anderen und von der Umwelt. Doch wie kommen Entscheidungen zustande? Wenn man den bekannten Autor und Zeichner Janosch zu Rate zieht, ganz einfach. Die Frage, wie man schwere Entscheidungen treffen kann, hat er in der für ihn typischen Art illustrativ beantwortet: »Man schreibt die Alternativen tabellarisch auf einen Zettel. Anschließend legt man den Zettel nieder und wirft einen Löffel auf den Zettel. Dann geht man weg und lässt den Löffel das regeln. Sein Problem.«¹

Wie gelingen »gute Entscheidungen«? Ein Ausflug in die Hirnforschung

Unser Gehirn ruft bei der Entscheidungsfindung nicht nur Fakten ab, sondern erzeugt auch Emotionen und Körpersignale. Entscheidungen entstehen durch die Aktivität des gesamten Gehirns. Hieran ist die Großhirnrinde – also der präfrontale Cortex – beteiligt, der für das Bewusstsein sowie auch alle unter dem Cortex liegenden Gehirnteile zuständig ist. Der Gehirnforscher Gerhard Roth spricht bei Letzteren vom »emotionalen Erfahrungsgedächtnis«³. In diesem Erfahrungsgedächtnis

1 Erschienen im »Zeit Magazin« vom 20. August 2015

2 Dieses Kapitel orientiert sich an den Ausführungen von Storch 2013, S. 12 ff

3 Vgl. Roth 2001, S.231

nis wird alles gespeichert, was dem Organismus Zeit seines Lebens widerfährt. Die Gehirngebiete, die für dieses Gedächtnis zuständig sind, beginnen bereits vor der Geburt im Uterus zu arbeiten. Es ist sozusagen unser »Ahnengedächtnis«, das das Wissen in Form von Emotionen und Körperempfindungen speichert.

Die Bedeutung, die dem Erfahrungsgedächtnis und damit den unbewussten Anteilen bei der Entscheidungsfindung heute durch die Ergebnisse in den bildgebenden Verfahren der Hirnforschung zugesprochen wird, widerspricht dem Ideal der Aufklärung seit dem 18. Jahrhundert: dass der Mensch ein Wesen mit Verstand ist, das im Gegensatz zum Tier über Bewusstsein und einen freien Willen verfügt. Dass auch unbewusste Motive unsere Entscheidungen steuern und steuern müssen, galt lange als ein Affront gegen das Primat des Verstandes und der Logik. Heute weiß man, dass das Gehirn mit einem langsamen »Arbeitsspeicher« für die bewussten und genauen Verstandesprozesse und mit einem schnellen, aber eher diffusen und detailarmen »Arbeitsspeicher« für das emotionale Erfahrungsgedächtnis – z. B. für das allen bekannte »irgendwie unguete Gefühl« – ausgestattet ist. Die unbewusst arbeitenden Gehirnteile steuern alle Körperfunktionen, u. a. die Atmung und die Arbeit der Organe. Aber es sendet auch blitzschnelle Information, ob etwas »gut« oder »schlecht«, »bedrohlich« oder »wohlig« ist und ob wir eher in die Annäherung oder in die Vermeidung gehen. Kurz gesagt, es steuert die Körpersignale, die somatischen Marker, die »stop!« oder »go!« auslösen.⁴

Das Anliegen des Gehirns ist es, möglichst für Überlebensfähigkeit und Wohlbefinden zu sorgen, so scannt es neue Erfahrungen danach, ob sie diesem Ziel vor dem Hintergrund von bereits gemachten Erfahrungen eher zu- oder abträglich sind. Entsprechende Körpersignale werden gesendet. Negative somatische Marker können z. B. sein: einen Kloß im Hals haben, weiche Knie bekommen, Last/Druck auf Nacken und Schultern empfinden. Positive somatische Marker können sich als Weite in der Brust, freudiges Kribbeln im Bauch, Gefühl von Kraft und Energie etc. darstellen. Die positiven somatischen Marker sind zunehmend wichtiger als die negativen, die das körpereigene Alarmsystem in Gang setzen.⁵ Es gibt immer weniger klare verbindliche Werte und Normen in der Außenwelt, die als Entscheidungshilfe zur Verfügung stehen, stattdessen muss der Mensch in dieser Gesellschaft, die sich ständig verändert und erneuert, seine Lebensführung und -planung in die eigene Verantwortung übernehmen.

»Selbstkompetenz« (Maja Storch) bzw. in unserer Fachlichkeit »Selbstsorgekompetenz« (Angela Roder) ist das Zauberwort für das Gelingen eines Lebensentwurfs und -plans: Das bedeutet, ich habe ein verlässliches Wissen angesammelt dar-

über, was mir gut tut und was mir schadet. Mit dem Zugriff auf dieses Erfahrungswissen kann ich auch einen Lebensentwurf entwickeln und konkrete eigene Ziele formulieren. Hierzu gehört die Orientierung an den eigenen Werten und an der persönlichen Lebenserfahrung. Es gibt zwei grundlegend verschiedene Arten, wie Menschen dazu kommen, eine Entscheidung in Handlung zu überführen: im Selbstregulationsmodus oder im Selbstkontrollmodus

Selbstregulationsmodus und Selbstkontrollmodus

Menschen, die Entscheidungen im Selbstregulationsmodus treffen, beziehen ihre Körpersignale und Emotionen sowie ihren Verstand in ihre Entscheidungsfindung mit ein. Es entstehen Entscheidungen die zu 100 Prozent vom »Kopf« (bewusstes und unbewusstes Erfahrungswissen) und »Bauch« (Körpersignale) getragen sind. Diese Menschen sind dann von sich selbst und ihren Entscheidungen überzeugt. Planung ohne Gefühle bleiben intellektuelles Geplänkel, »das typischerweise nicht zum Vollzug einer Handlung führt.«⁶

Menschen im Selbstkontrollmodus nehmen ihre Körpersignale nicht wahr oder treffen ihre Entscheidungen anders als ihr emotionales Erfahrungsgedächtnis es nahelegen. Sie verharren in verstandesbasierten Entscheidungsschleifen. Diese Menschen orientieren sich stark an äußeren Normen und Werten. Die Gefahr im Selbstkontrollmodus ist auf Dauer hoch, psychisch zu erkranken. Sie »vergessen«, was sie wirklich wollen und es können sich Störungsbilder wie Zwänge, Depressionen, Essstörungen entwickeln. Psychische Gesundheit besteht weder darin, die eigenen Gefühle und Körpersignale unter Kontrolle zu halten, noch jedem kleinsten Gefühlsimpuls sofort zu folgen und das Denken hintan zu stellen.

»Klug entscheiden heißt, Inhalte aus dem emotionalen Erfahrungsgedächtnis und bewusste Verstandestätigkeit miteinander zu koordinieren.«⁷ Psychische Störungen sind nach neurowissenschaftlicher Sicht »Produkte (Gedanken und/oder Emotionen und/oder Handlungen,..., Entscheidungen,...) der wissens- und kontextgesteuerten informationsverarbeitenden Hirnprozesse, denen maladaptives Wissen zur Verfügung steht.« In dieser Sichtweise gibt es kein »krank« oder »gesund«, es gibt nur unnützes maladaptives und nützliches wohladaptives Wissen.⁸

Gute Entscheidungen – »gute« Unterstützte Entscheidungsfindung

Entscheidungen sind gut, wenn man sie für sich selbst so bewertet und sie mehr oder weniger zu dem Ziel führen, das man anstrebt. Sie müssen sich bewähren – im Alltag, für die eigene Lebensplanung, für die Ziele, Hoffnungen und Wünsche, mit denen man in seiner Welt unterwegs ist. Was ist aber gut an Entscheidungen, mit denen man sich (noch) nicht identifizieren kann? Was ist gut an Entscheidungen, die man nicht selber getroffen hat? Ich halte es für wichtig, im Auge zu haben, dass diese Fragen für beide Seiten der Arbeitsbeziehung zwischen Klient/in und Betreuer/in bedeutsam sind. Das Mandat der rechtlichen Betreuung ermächtigt jedoch zu Entscheidungen und Handlungen mit und ggf. »für« Klient/innen. Darin unterscheidet sich wesentlich die Rolle und das Selbstverständnis von Betreuer/in und Klient/in.

Psychische, seelische und geistige Erkrankung haben Folgen für die Entscheidungsfindung und Entscheidungsfähigkeit: Sie führen zu

4 Vgl. Damasio 1994, S.236

5 Die negativen somatischen Marker sind für existenzielle Situationen wichtig und notwendig. Wenn man z. B. in Gedanken vertieft durch einen Wald läuft und nur aus den Augenwinkeln etwas wahrnimmt, was wie eine Schlange aussieht, dann wird der Körper automatisch Fluchtreflexe senden. Auch wenn es sich hier um eine »Fehlwahrnehmung« handelt ist diese doch besser als auf den Verstand zu setzen, der zu lange für seine Analyse braucht, um sich dann noch vor der Schlange in Sicherheit bringen zu können. Das emotionale Erfahrungsgedächtnis trifft laufend eine Wahl, ohne dass wir dies merken. Ohne diese unbewussten Vorgänge wären wir in unserer Lebensführung erheblich behindert.

6 Vgl. Storch/Krause 2011, S.51

7 ebenda, S. 60

8 Zitiert nach Storch 2011, S. 34 ff.

Die fünf Verfahren der Unterstützten Entscheidungsfindung (UEF)

1. Entscheidungsgrundlage herstellen
2. Entscheidungen treffen und Handlungen planen
3. Handeln und Zugänge zur Versorgung sichern
4. Handlungen steuern und aufrechterhalten
5. Entscheidungen und Handlungen auswerten

Quelle: Roder

Störungen in der Wahrnehmung von Emotionen und Körpersignalen oder entstehen infolge von Einschränkungen in der Kognition. Wir nennen dies Störungen in der internen Disposition. Hieraus ergeben sich wiederum Störungen mit der Außenwelt/dem Sozialraum. Es entsteht Betreuungsbedarf, weil diese Menschen durch die Störung in der internen Disposition an einer gesellschaftlichen Teilhabe gehindert werden. »Zur Überwindung ihrer inneren Barrieren benötigen sie von der Betreuung Hilfe bei der Wiederherstellung innerer Fähigkeiten. Der Zugewinn von Entscheidungs- und Handlungsfähigkeit macht sie kompetent für die Bewältigung äußerer Barrieren und die souveräne Mitwirkung in der Gesellschaft. Auf diese Weise besorgt Betreuung Menschen mit Barrieren in der internen Disposition Selbstsorgekompetenz.«⁹

Menschen sind jedoch nicht emotional instruierbar – sie haben ein autonomes Selbst, das nicht von außen steuerbar ist. Es ist zwar mit Gewalt machbar, Menschen zu Taten zu bringen, die sie selbstbestimmt nicht begangen hätten. So kann man z. B. jemanden zwingen, auf andere Menschen zu schießen, aber man kann sie/ihn nicht zwingen, den Kommandeur hierfür zu lieben und zu achten. Man kann Menschen gegen ihren Willen behandeln, aber man kann sie nicht zwingen, zu akzeptieren und anzuerkennen, dass diese Maßnahme die einzig wirksame und »gute« gewesen sein soll.

Daher ist der Prozess, der zu einer Entscheidung geführt hat, wesentlich für die Co-Produktion von Wohlbefinden (Wohlfahrt, vgl. Wendt). Gehen wir davon aus, dass Betreuer/innen Zugang zu ihrem Erfahrungswissen, zu ihren Körpersignalen sowie zu ihrem Verstand/zu ihrer Fachlichkeit haben, so kann eine Unterstützung bei einer Entscheidung folgendermaßen ablaufen:

- Der/die Betreuer/in baut einen Kontakt auf, der auf Respekt und Wertschätzung für den bisherigen Lebensweg der Klient/innen basiert. Er/sie ist sich bewusst und kann auch wahrnehmen, dass die Klient/innen Expert/innen für ihr Leben sind.
- Der/die Betreuer/in erkennt Ressourcen und Kompetenzen in der Selbstsorge und im Selbstmanagement der Klient/innen.
- Er/sie unterstützt Klient/innen darin, eine Kopf-, Bauch- und Außenwelt-Analyse der derzeitigen Situation (Problemlage) zu entwickeln.
- Eigene Lösungsstrategien werden nach ihrer Wirksamkeit bewertet, Einschätzungen Dritter einbezogen und gemeinsam Hypothe-

sen über einen »guten Weg« entwickelt. Es geht um den Abgleich von Wünschen im Selbstregulationsmodus. Ziel ist das psychosoziale Wohlbefinden bzw. Umsetzung von Wunsch und Wohl.

- Der Unterstützungsprozess erfolgt auf der Basis der von Roder beschriebenen fünf Verfahren der Unterstützten Entscheidungsfindung (UEF).¹⁰

1. Entscheidungsgrundlage herstellen
2. Entscheidungen treffen und Handlungen planen
3. Handeln und Zugänge zur Versorgung sichern
4. Handlungen steuern und aufrechterhalten
5. Entscheidungen und Handlungen auswerten

Die Zurüstung zur Selbstregulation ist Betreuer/innen allerdings nur möglich, wenn sie, wie oben erwähnt, selbst Zugang zu ihrem bewussten/fachlichen und unbewussten Erfahrungswissen haben. Der Zugang zu diesen beiden Ressourcen, des bewussten und des unbewussten nützlichen

Erfahrungswissens, ist jedoch gefährdet unter erhöhten Anforderungen Entscheidungen, die unter Anspannung, Druck und Stress getroffen werden müssen, werden tendenziell im »Selbstkontrollmodus« getroffen. Dann rücken Anforderungen der Außenwelt plötzlich in den Fokus der Entscheidung – dies gilt sowohl für Klient/innen als auch für Betreuer/innen. Bewältigungsstrategien (maladaptives Erfahrungswissen) aus früherer Zeit »fluten« uns und führen uns in Entscheidungsverhalten, dass trotz bester Vorsätze nicht immer zum Wohlergehen führt. Dies ist umso problematischer, wenn der/

die Betreuer/in gerade nicht mehr auf wohladaptive Schätze zurückgreifen können und zugleich Entscheidungen »für« ihre Klient/innen treffen, die nicht gut angebahnt sind.¹¹ Dann entstehen Entscheidungen »über« die Klient/innen, die eher um Anpassung als um »Wohlergehen« kreisen. Der/die Betreuer/in ist in der Verantwortung, dafür zu sorgen, dass ihm/ihr der »Selbstregulationsmodus« überhaupt und unter Druck

**Regelmäßige
Selbstreflexion ist
unerlässlich**

¹⁰ Vgl. Roder 2016, S.22

¹¹ Anbahnen heißt hier: Entscheidungen mit der Klientin vorzubereiten, den Ablauf transparent zu machen, sie gegenüber Dritten zu vertreten, zu vereinbaren und sie zu einem bestimmten Zeitpunkt in Handlung zu bringen.

⁹ Vgl. Roder 2016, S. 20

und Stress zur Verfügung steht. Hierfür ist eine regelmäßige Selbstreflexion unerlässlich.

Lebenswelten und Erfahrungshorizonte – Schutz und Freiheit

Hierzu ein Fallbeispiel aus der eigenen Praxis: Eine Klientin, nennen wir sie Frau Kaufmann (59 Jahre), leidet seit ihrer Jugend unter einer Borderline-Störung sowie unter Stimmen, die sie ununterbrochen als »unfähig« und »dumm« beschimpfen. Frau Kaufmann ist latent suizidal, zudem hat sie eine Fibromyalgie, die sie zu einem extensiven Schmerzmittelmissbrauch getrieben hat. Die Betreuung wurde im Jahr 2006 eingerichtet, ich bin die zweite Betreuerin und kenne Frau Kaufmann seit sechs Jahren. Der Aufgabenkreis war umfassend, außer der Personensorge war alles dabei. Sie hat fünf Kinder, die alle erwachsen sind. Mit einer Tochter pflegt sie engen Kontakt, mit den anderen Kindern gar nicht oder sehr sporadisch. Frau Kaufmann lebte sieben Jahren in einer sozialpädagogisch betreuten Wohneinrichtung in einem Einzelappartement, das sie nach einem Wohnungsbrand in Folge einer heruntergefallenen Zigarette verlassen musste. Auf mich wirkt sie mit dem Leben in dem Appartement sehr überfordert. Ihre damals noch minderjährigen jüngsten Kinder waren oft bei ihr und »zogen« ihr das bisschen Geld aus der Tasche, das sie zur Verfügung hatte. Frau Kaufmann fühlte sich gegenüber ihren Kindern immer schuldig: »Ich war eine schlechte Mutter«, sagt sie oft.

Sie zog dann auf mein Betreiben in ein vollstationäres Wohnhaus für psychisch kranke Menschen. Ein Schritt in die »Entmündigung«, wie sie es nannte. Ich wollte sie vor ihren Kindern schützen und ihr einen sichereren Rahmen geben. Nach dem Wohnungsbrand musste zudem alles schnell gehen. Frau Kaufmann war von jetzt auf gleich obdachlos, und die Einrichtung wollte ihr auch kein anderes Appartement mehr anbieten. Die Einrichtung wollte sie »loswerden«, weil die Mitarbeiter sich von den häufig anwesenden und auch über Nacht bleibenden Kindern überfordert fühlten. Das Fachamt Eingliederungshilfe stufte Frau Kaufmann als »schweren Fall« ein – ihr wurde eine Hilfebedarfsgruppe zugeschrieben, die eigentlich nur noch eine stationäre Wohnform ermöglichte.

Ich war unter Druck. Frau Kaufmann brauchte schnell ein Dach über dem Kopf, und nicht nur sie war noch schockiert über den Brand, der sie fast das Leben gekostet hatte. Ich habe Frau Kaufmann in dieser Zeit nicht mehr als »Sparringspartnerin« sehen können, sondern nur noch als Versorgungsfall. In meinem Kopf war nur noch das Ziel, ihr »Wohl« absichern zu müssen. »Freiheit« stand da gerade nicht im Vordergrund meiner Überlegungen.

Die »objektive« Notlage, der Druck der alten Einrichtung auf Vertragskündigung, die Not, einen anderen Platz finden zu müssen, das Sozialamt, das mit den Kostenbewilligungen ewig brauchte – all das setzte sich mir auf Schultern und Nacken sowie als Klops in den Bauch. Ergo hatte ich nur noch mein maladaptives Erfahrungswissen zur Verfügung, und das wiederum sorgte dafür, erstmal nur im Modus »Alles auf Nummer sicher« agieren zu können. Frau Kaufmann hatte nicht genug Durchsetzungskraft, sich meinen Aktionen zu widersetzen. Es hätte auch andere Optionen gegeben, wie z. B. zunächst den Einzug in eine Frauenwohnunterkunft. Dann wäre Zeit gewesen, um in Ruhe weitere Entscheidungsschritte zu bedenken und zu planen. Sie fügte sich in ihr Schicksal und zog zähne-

knirschend in die vollstationäre Einrichtung. Dort lebte sie immerhin vier Jahre, bis sie mit dem Wunsch an mich herantrat, dass sie in eine eigene Wohnung umziehen möchte.

Ich musste tief durchatmen, denn ich wusste, dass sie weiterhin hoch suizidal, extrem medikamentenabhängig und mittlerweile auch körperlich angeschlagen war. Dennoch konnte sie mich überzeugen – obwohl sich bis auf ihre Tochter alle gegen dieses Experiment aussprachen.

Was hat mir geholfen? Ich hatte Zeit, mit mir und ihr diese Entscheidung zu treffen – es gab keine akute Notlage. Wir haben gut aufgeteilt, wer welche Aufgaben übernimmt. Und tatsächlich war sie eine der wenigen Glücklichen, die vom Wohnungsamt ein Angebot erhielt, für das sie auch den Zuschlag bekam. Ich blieb skeptisch, denn die Einrichtung signalisierte mir immer wieder, dass Frau Kaufmann ohne den stationären Rahmen überhaupt nicht zurechtkommen würde. Frau Kaufmann hingegen war hundertprozentig überzeugt, dass sie es schaffen würde (Kopf und Bauch!), ich brauchte noch ein paar »Rettingsanker« (auch für Kopf und Bauch). Schließlich konnte sie aber einen Pflegedienst und eine ambulante sozialpsychiatrische Betreuung zulassen, ohne sich entmündigt zu fühlen. Es hat geklappt. Frau Kaufmann hat ihr eigenes Leben in ihrer eigenen Wohnung begonnen. Leider ist sie nach nur wenigen Monaten überraschend gestorben, aber sie war noch zufrieden und »saustolz«, wie sie es ausdrückte. Fazit: Eine »gute« Unterstützte Entscheidungsfindung ist eine, die nach fachlichen Kriterien und im Selbstregulationsmodus stattfindet. ●



Iris Peymann arbeitet als Berufsbetreuerin in Hamburg und ist Vorstandsmitglied des Bundesverbandes der Berufsbetreuer/innen.

Literatur

- Damasio, Antonio (1994): Descartes' Irrtum. Fühlen, Denken und das menschliche Gehirn. München, List
- Roder, Angela (2016): Besorgung von Selbstsorgekompetenz. In: kompass 1/2016, S. 17-21
- Roder, Angela (2016): Die fünf Verfahren der Unterstützten Entscheidungsfindung. In: kompass 2/2016, S.18-23
- Roth, Gerhard (2001): Fühlen, Denken, Handeln. Wie das Gehirn unser Verhalten steuert. Frankfurt am Main, Suhrkamp
- Storch, Maja (2013): Das Geheimnis kluger Entscheidungen. München, Argon
- Storch, Maja/ Krause, Frank (2011): Selbstmanagement – ressourcenorientiert (4. Auflage). Bern, Huber