

Münchner Psychiatrie-Erfahrene (MüPE) e. V.

Gefördert vom Bezirk Oberbayern, von der LH München und der AOK Bayern

Thalkirchner Str. 10, 80337 München

☎ 089/ 260 230 25 Fax: 089/ 260 230 84

Unsere Internet-Adresse: www.muepe.org



MüPE e.V. Thalkirchner Str. 10 / 1. Stock 80337 München

Mail: muepe-selbsthilfe@t-online.de

Gottfried Wörishofer

Vorausplanung von Behandlungsentscheidungen in der Psychiatrie am 25. Oktober 2013

Patientenverfügungen und Behandlungsvereinbarungen auf dem Prüfstand
Wissenschaftliches Symposium an der Psychiatrischen Klinik der LMU

Sehr geehrte Fr. Dr. Kühlmeyer, sehr geehrter Prof. Pogarell,
verehrte Damen und Herren,

lassen Sie mich kurz beschreiben vor welchem Hintergrund ich spreche:

Die Münchner Psychiatrie-Erfahrenen – sind eine seit 20 Jahren bestehende Selbsthilfeorganisation, gegründet von Leuten, die ihre prägende Psychiatrie-Erfahrung noch in der Vor-Enquetezeit machen mussten, also in den 70er und frühen 80er-Jahren. Obwohl wir unsere Mitglieder nicht nach Diagnosen fragen oder gar aussuchen, hat sich über die Jahre hinweg der Schwerpunkt bei Menschen mit Psychosen erhalten. Z. Zt. haben wir 150 Mitglieder. Neben einigen Selbsthilfegruppen und dem gesundheitspolitischen Engagement bieten wir „niederschwellige“ Beratung im Sinne der Hilfe zur Selbsthilfe.

Bei jährlich etwa 250 Kontakten kommen – auf die Jahre gerechnet – etliche Hundert Gespräche und Begegnungen mit Psychiatrieerfahrenen zusammen. Wie jedes unserer Mitglieder bin ich selbst auch Patient; 1972 war ich erstmals, 2003 letztmalig stationär in der Psychiatrie. Seit der Gründung bin ich für MüPE tätig, seit 15 Jahren hauptamtlich.

Leider ist es nicht möglich, die Vielzahl der – z. T. höchst umfangreichen – Kontakte statistisch auszuwerten. Was sich unschwer auch ohne Statistik sagen lässt: Es geht durchweg um die (Selbst-)verbesserung des faktisch-eigenen Lebens.

Der Personenkreis um den es hier und jetzt geht, ist einzugrenzen: Mit dem Thema „Vorausverfügung“ wird sich nur jemand befassen, der mit einem Verlust seiner vernunftorientierten

Bankverbindung Kto.Nr.: 8862200 Bank für Sozialwirtschaft BLZ: 700 205 00

Selbstsorge zu rechnen hat. Laienhaft psychiatrisch gesagt: Menschen mit Psychosen aus dem schizophrenen Formenkreis, mit bipolar-/schizoaffektiven Psychosen und evtl. auch mit bestimmten Depressionsformen.

Ein Mensch kommt in die Klinik! Gehen wir davon aus, dass sowohl Arzt und Behandlungsteam auf der *einen* und Patient auf der *anderen* Seite, einander noch nie begegnet sind. Ein somatischer Patient hat ganz schlichte Wünsche: Er möchte seine Krankheit erfolgreich behandelt wissen, gutes Essen und freundliche Schwestern. Dem psychotischen Patienten fehlen in der akuten Situation – grob gesprochen –, bereits diese vitalen Wünsche. Er verfügt weder über die viel beschworene „Krankheitseinsicht“, noch über die Hoffnung, gesund zu werden, weil er ja subjektiv nicht krank ist. Arzt und Behandlungsteam –, stell´ ich mir vor –, stehen vor einem Rätsel-von-Mensch, einer Black Box. Angewiesen nur auf den phänomenalen Anhalt dessen, was als Symptom erscheint; ohne sprachliche Konsensmöglichkeit. So bleibt dem Patienten die *Ver*-handlung seiner Sache verwehrt und es kommt zwangsläufig zur *Be*-handlung nach allgemeinen Leitlinien.

Unser Motiv für Vorausverfügungen speist sich aus ein- und derselben Quelle: Es sind Versuche, sich in genau der Situation bemerkbar zu machen, wo es nicht mehr möglich ist, sich bemerkbar zu machen. Es wird dabei nicht nur verfügt, *was* ich möchte und will, es wird – was noch grundlegender ist –, verfügt, dass ich *überhaupt* die Hoffnung und den Wunsch habe, in der Klinik behandelt und gesund zu werden. Insoweit habe ich also gleichzeitig verfügt: *eigentlich* kein Uneinsichtiger zu sein, sondern auch anders zu können.

Die Uneinsichtigkeit ist, wenn man´s ernst nimmt, ja von zwei Seiten her gegeben; der Arzt ist ebenfalls un-einsichtig. Die Psychose ist quasi jene Dunkelheit, die auch dem Arzt die Ein-Sicht in die Person des *individuellen* Patienten verstellt. – Ist da nicht ein *schriftliches Dokument* das Licht im Dunkel? Das schriftliche Dokument – egal welches –, vermöchte zu zeigen *wer ich bin* und *was ich möchte*. Überspitzt gesagt, ist es die von mir unabhängige, mich vertretende „externe Festplatte“, mit der ich mich gleichsam selbst gesichert habe – nicht zuletzt auch vor dem Verlust meiner Würde. Mir ist zwar bei diesem technischen Vergleich etwas unbehaglich, er drückt aber schlüssig den Wunsch aus, durch Patientenverfügung und Behandlungsvereinbarung als *individuelle Person präsent* zu sein und gleichzeitig die *Optionen* der psychiatrischen Behandlung da und dort zu beeinflussen, damit sie passge-

nauer verlaufen, erwiesene Holzwege vermieden, und erfolgreiche Interventionen bevorzugt werden.

Fazit: Der in einer Vorausverfügung geäußerte Wunsch und Wille darf so wenig ignoriert werden, wie ein *gegenwärtig* vorgebrachter Wunsch und Wille. Würde ein Patient beispielsweise in Ihrer Anwesenheit sagen: „Ich will keine Haldol!“, würden Sie sich gewiss damit auseinandersetzen. Eine schriftliche Vorausverfügung muss u. E. mit demselben Ernst behandelt werden. Mit ihr bringt sich der Patient nämlich als *anwesender* Gesprächspartner ins Spiel; die Verfügung zu übergehen, würde letztlich bedeuten, ihn selbst zu übergehen – ohne Zweifel eine der schlimmsten Sünden in der Therapie.

Wenig Sinn würde es nun machen, ein Potpourri von Wünschen, Hoffnungen oder auch Erwartungen aufzuzählen, das ja mit einer einzelnen Person gar nicht verbunden wäre. Dabei käme zwar ein imposanter Wunschzettel ans Christkind raus, aber kaum eine reelle Erwartung an die sehr irdische Psychiatrie. So naiv sind wir nicht. Zwar hätten wir Alle den Wunsch, mit Homöopathie von einer Psychose befreit zu werden, wissen aber, dass es nicht geht – und *dennoch* kann es sinnvoll sein, wenn das Homöopathische Mittel *ein* Bestandteil der individuellen Vereinbarung wird (eine solche, auch von der Klinik gegengezeichnete, Behandlungsvereinbarung ist mir durchaus bekannt). – Wir kommen der Sache, glaube ich, ein Stück näher, wenn wir entlang der diversen Vorsorgeinstrumente vorgehen.

1. Die Patientenverfügung erfüllt am ehesten dann Wünsche und Erwartungen, wenn die Symptomatik *sicher* vorherzusagen ist: Psychiatrieerfahrene, die in der Lage sind, bei wiederkehrenden psychotischen Krisen gewisse Muster zu erkennen, oder in nüchterner Bilanz Gefahr und Struktur einer erneuten Krise voraussehen.

In der Patientenverfügung eines unserer Mitglieder ist zu lesen:

Zitat: „Wegen einer bestehenden Asthmaerkrankung will ich nicht fixiert werden, da ich in der erzwungenen Rückenlage keine Luft mehr bekomme, außerdem muss die Gabe von Haldol vermieden werden, weil ich davon Ausschlag bekomme.“

Der Patient gibt im Übrigen an, die Verfügung sei nur einmal zum Einsatz gekommen und im Großen und Ganzen eingehalten worden, daraufhin habe er Vertrauen zu der Klinik entwickelt und gehe seither frühzeitig hin, was den weiteren Einsatz der Patientenverfügung – bisher wenigstens –, erübrigte.

Aus dem Brief eines anderen Vereinsmitgliedes:

Zitat: „Ich habe eine Patientenverfügung, dass ich als Manikerin im Krisenfall auch gegen meinen Willen behandelt werden möchte, da ich natürlich in der Krise eine Behandlung ablehne, das ist nun einmal ein Symptom meiner Manie. In wie weit das im Ernstfall wirklich funktioniert, muss man abwarten – wobei ich natürlich hoffe, dass es nie mehr nötig sein wird.“

Eine verfügte Maßnahme sollte mitbedenken, ob ihre Umsetzung durch die Klinik prinzipiell möglich und zumutbar ist.

2. Die Behandlungsvereinbarung, wie wir sie immer verstanden haben, ist eine *beidseitige* Willenserklärung, die mit einer konkreten Station der Klinik ausgehandelt wird. Sie beruht auf dem Abgleich der Erwartung des Patienten einerseits und der Leistungsmöglichkeit der Station andererseits. Dabei ist es Bedingung, dass sich beide Seiten kennen. Sie wird daher meist nach einer Akutbehandlung, wenn der Patient wieder stabilisiert und verhandlungsfähig ist, in Angriff genommen; sie soll den vergangenen Klinikaufenthalt reflektieren und „Lehren“ für ein nächstes Mal ziehen. Dabei ist die Rückmeldung des Patienten von maßgeblicher Bedeutung. So kann z. B. eine Patientin – aufgrund ihrer langjährigen Erfahrung den Hinweis einbringen, dass für sie der Aufenthalt in einem Isolierzimmer weitaus verträglicher sei als die erfolgte Fixierung; ein anderer Patient gibt zu verstehen, dass in Zukunft die physische Überwältigung durch 5 männliche Pfleger nicht nötig sei. Obwohl 90 kg schwer, habe er noch nie – in keiner Psychose bisher – jemandem ein Haar gekrümmt. Auch ein erheblicher Erregungszustand lasse sich durch ein beruhigendes Gespräch in Griff kriegen.

Um dieses „Instrument“ überhaupt erst etablieren zu können, vor rund 15 Jahren in einer Bielefelder Klinik, wurde der Klageweg bei Nichteinhaltung der Vereinbarung bewusst ausgeschlossen. Mir scheint das – allseits einen „guten Willen“ vorausgesetzt –, auch heute noch richtig, wird diese Variante doch einer unübersichtlichen und wenig vorhersehbaren Lage eher gerecht. Eher jedenfalls als die strikte Verfügung, die evtl. auch daneben zielt oder einen neuen Ansatz im Vorhinein nicht wissen kann.

Im Einladungsflyer wird zutreffend festgestellt, diese Dokumente „würden in der Praxis noch wenig angewandt.“ Das deckt sich mit unserer Beobachtung. Aber wir stellen ebenso deutlich fest: Der *Wunsch* und das Bedürfnis nach einem Vorsorgeinstrument ist sehr viel häufiger.

ger zu hören, oft von Patienten die belastende Zwangsmaßnahmen oder eine drastische Medikation erlebt haben.

Aber warum kommt es dann, wenn der Bedarf doch gegeben ist, nicht zum Abschluss der Vorausverfügung oder Behandlungsvereinbarung? Ein paar Gründe:

Es gibt kein *anerkanntes* Formular für eine Psychiatrische Patientenverfügung, ähnlich dem wie für's Lebensende, das bereits in 13. Auflage vom Justizministerium herausgegeben wird. Wir hören immer wieder, dieses gelte in gleicher Weise als psychiatrische Patientenverfügung. Rein rechtlich mag das zutreffen; praktisch wird man bald entnervt aufgeben, weil durch abwegige Fragen eine heillose Verwirrung eintritt. – Eine weitere Verunsicherung besteht darin, aufgrund bisheriger Erfahrungen, nicht glauben zu können, dass sie überhaupt etwas hilft.

Deutlich besser steht es damit bei der **Behandlungsvereinbarung**. In München gibt es seit 2000 ein trialogisch erarbeitetes Formular, welches eindeutig auf die psychiatrischen Probleme zugeschnitten ist.

Bei diesem „Instrument“ ergeben sich jedoch andere, noch größere Barrieren, nicht zuletzt, weil man auf das Wohlwollen der Klinik angewiesen ist. „Haben die überhaupt Zeit für mich? Sind sie in der Klinik wirklich daran interessiert? Wollen die mir vielleicht was aufreden, das ich gar nicht will?“ – Und schon das Durchschreiten des Klinikportals löst ein Unbehagen mittlerer Güte aus, weil es die vormalige Einweisung heraufbeschwört, das Selbstwertgefühl bedroht; eine gewisse Scham könnte im Vereinbarungsgespräch aktualisiert werden. All das tut man sich nur an, wenn die Aussicht besteht, es könnte sich auch lohnen.

Noch nicht genannt wurde der vielleicht wirkmächtigste Faktor: Die lang anhaltende Verminderung der Kräfte. Antriebslosigkeit, ja sogar eine generalisierte Resignation durchstimmen nicht selten die Existenz. Allein schon der Gedanke an eine Behandlungsvereinbarung kann ihr zum Opfer fallen. Ebenso hemmend wirkt die Frage nach „Vertrauenspersonen“. Alle Vorsorgeinstrumente – ausnahmslos –, erhalten ihren vollen Wert erst durch die zu benennende Vertrauensperson. Nicht nur einmal musste ich erleben, wie Jemand die Sache wieder fallen ließ, weil er (oder sie) einfach niemanden zu benennen vermochte.

Nahezu alle der aufgezählten Barrieren vermeidet.....

3.....der Krisenpass

Er erfreut sich einer anhaltenden, ja *wachsenden* Beliebtheit – die uns selber am meisten überrascht. Im Laufe der Zeit – es gibt ihn seit 1997 – haben wir einige Tausend Exemplare verteilt und verschickt. Und das nicht bloß im Münchner Raum. Er hat Liebhaber in Kiel und Köln, Regensburg und Nürnberg usw. gefunden – im ganzen Bundesgebiet! 3 x haben wir das Copyright vergeben.

Der Krisenpass kann zusammengefaltet in der Geldbörse untergebracht werden und enthält nur die Eckdaten: Im Krisenfall zu benachrichtigende Personen/Angehörige; Hinweise auf eine evtl. vorliegende Patientenverfügung; auf andere Krankheiten, auf gute bzw. schlechte Erfahrungen mit den jeweiligen Psychopharmaka und die letzte Dosierung. Diese Angaben sollten, wenn irgend möglich, vom niedergelassenen Psychiater bestätigt werden.

Man könnte meinen, bei der Vielzahl von Krisenpässen die unterwegs sind, müssten wir über eine beträchtliche Zahl von Rückmeldungen verfügen. Dem ist leider nicht so. Wir bekommen nur sporadisch etwas zu hören, hauptsächlich aus dem Verein und dessen Umfeld. Davon eine kleine Auswahl:

Zitat: „Gebraucht hab´ ich ihn noch nie, aber es ist sehr beruhigend wenn ich ihn bei mir trage!“

Weiteres Zitat: „Mit dem Krisenpass habe ich viele Erfahrungen. In der Regel halten sich die behandelnden Ärzte in den Kliniken gut an die Eintragungen. Nur die zu informierenden Personen werden *nie* benachrichtigt. Man bekommt den Pass auch nie zurück – er wird einfach einbehalten.“

Oder, ein drittes Beispiel – fast schon kurios: Vor wenigen Tagen erhalten wir eine Mail der Deutschen Botschaft von Malaysia, in der nach dem behandelnden Arzt eines Münchners gefragt wird, der soeben in die Psychiatrische Klinik von Penang eingeliefert worden sei. Er sei aggressiv und nicht ansprechbar; aber von unserer Organisation hätte man einen *Krisenpass* bei ihm gefunden. Leider konnten wir trotzdem nicht helfen. Der 43-Jährige war uns nicht bekannt. Offensichtlich hatte er seinen Krisenpass nur unzureichend ausgefüllt. Hätte er seine Angehörigen und den behandelnden Arzt eingetragen, wäre ihm vermutlich einiges erspart geblieben.

Ende