

Präventionsziele klären – Akzeptanz schaffen!

Angehörigenfragen zu den Behandlungsvereinbarungen

Vortrag LMU München am 25.10.2013

1. Einleitung : Hintergrund der Beschäftigung mit den BV

Wäre es zur heutigen Veranstaltung gekommen, ohne die Urteile des BGH und ohne die Beratungen, und am Ende die Beschlüsse zur Neufassung des BGB § 1906 im Rahmen der Zwangsbehandlungen? Ich bin mir da nicht sicher.

Seit nahezu zwei Jahrzehnten liegen zahlreiche Stellungnahmen und Entwürfe zu BV und auch praktische Erfahrungen mit der Anwendung von BV vor – wenn auch ohne Breitenwirkung, ohne wirkliche Akzeptanz bei den Psychiatern, und ohne nachweisbare zwingende Forderung zum Abschluss von Behandlungsvereinbarungen seitens PE; bei ihnen überwiegt die Skepsis, häufig als Folge negativ motivierender Behandlungserfahrungen, bzw. mangelnder Krankheitseinsicht.

Ist also die neuerliche, von mir und den Angehörigen allgemein sehr begrüßte Wiederaufnahme der Diskussion - die sei vorausgeschickt - nur das Ergebnisses des „Zwanges“, den die Neureglung des BGB 1906 auf die Behandler - in der Situation der Zwangshandlung – ausübt? Dort wird ja nun unzweideutig verlangt, dass vor einer möglichen Zwangsbehandlung nachdrücklich versucht worden sein

muss, den Patienten von der Behandlungsnotwendigkeit zu überzeugen.

Wird die neuerliche Beschäftigung mit der BV also im Wesentlichen nur instrumental einzuordnen sein, wonach eben die BV, oder die Patientenverfügung, ein geeignetes Instrument sein könnte, schwierige Situationen wie sie sich in der Entscheidung zur Zwangsbehandlung ergeben, durch zuvor getroffene Verabredungen zu erleichtern?

Oder setzen darüber hinaus die verstärkt andere Überlegungen z.B. zu den Patientenrechten, die Diskussion um das Instrument der Behandlungsvereinbarung auch in den Fällen in Gang, wo es nicht um Zwangsbehandlung geht? Das spielt sicher auch mit.

Aus meiner Sicht kommentiere ich das so: Wären es nur diese beiden Gründe, dann wäre das nicht schlecht, deutlich besser als nichts – aber nicht gut genug!

Denn die Sicht auf die Behandlung erfordernde Situationen (aus Sicht des Psychiaters) denen man mittels Abschluss einer BV wenigstens versuchsweise näher kommen möchte, hat sich dabei m.E. nicht geändert; die Sicht auf den Patienten und die Gründe, warum er so oft Behandlung (pharmakologische) ablehnt, bleiben unverändert. Es gibt nicht eine wirkliche Erweiterung der Perspektive, oder gar einen Wechsel der Perspektive. Ich habe das als Aussage formuliert, weil ich befürchte, diese unveränderte Sichtweise besteht fort – ich betone als Frage, weil ich hoffe, es ist doch anders.

Worum geht es? Die Frage muss lauten:

2. Ist die BV ein Mittel präventiver Psychiatrie?

a. Zunächst : Die derzeitige Bedeutung der BV

Die Frage des Einsatzes von BV in der stationären Psychiatrie stellt sich frühestens nach einem stationären Erstaufenthalt; häufig

jedoch, nach Rückfällen die zu Wiederaufnahmen und mehrfacher klinischer Nachbehandlung führen.

Soweit es heute schon zum Angebot des Abschlusses einer BV kommt (das sind ja bislang deutschlandweit eher Ausnahmen) steht dieses im Zusammenhang mit dem bevorstehenden Ende eines stationären Aufenthaltes.

Was geschieht dann?

- Es soll versucht werden für einen kommenden, rückfallbedingten Aufenthalt, Regelungen zu treffen. Der Patient soll für den Fall der erneuten Einlieferung in die Klinik - in einer Verfassung, die es ihm nur schwer oder nicht ermöglicht behandlungsorientiert zu entscheiden – vorab schon bestimmten Behandlungsabfolgen zugestimmt haben. Sinn der Vereinbarung ist, dass zu einem späteren Zeitpunkt so behandelt werden kann, wie es zum Zeitpunkt des vorausgehenden Aufenthaltes entweder den behandelnden Ärzten (dann handelt es sich eher um Überredung, nicht um Überzeugung) , oder diesen und den Patienten gemeinsam (dann liegt Überzeugung vor) , sinnvoll und richtig erschienen war.

Die Zahl der tatsächlichen Vereinbarungen ist bislang offenbar gering, und die Zahl derjenigen, die beim Folgeaufenthalt nicht widerrufen wurden, noch kleiner.

- Die Motive, die beide teilnehmende Seiten beim Abschluss einer BV im Auge haben, können sehr unterschiedlich sein, und geben möglicherweise einen Hinweis darauf, warum das Instrument so schwer zu handhaben und nur begrenzt erfolgreich war.

Für die Mediziner ist die BV - von einigen so gesehen - ein Instrument der Arbeitsvereinfachung. Darin liegt nichts Kritikwürdiges. Das ist legitim, auch sinnvoll – aber, wie ich meine, unzureichend.

Ist es auch ein Instrument der Patientenbetreuung und Qualitätssicherung der therapeutischen Arbeit? Das schwingt sicher mit, steht aber wohl nicht im Vordergrund.

Ich folgere dies, weil ich eine besondere Initiative der Mediziner BV abzuschließen, in der Vergangenheit kaum beobachten konnte. Hohes Lob jenen Ärzten, die es dennoch versuchten.

Für den Patienten ist die BV ein Instrument, sich zunächst der – öfters als solche empfundenen - Bevormundung bzw. Fremdbestimmung durch eine nicht oder nur eingeschränkt akzeptierte Behandlung zu entziehen; man kann ja widerrufen.

In selteneren Fällen ist die BV ein auf dem eigenen Willen beruhendes Planungsinstrument für einen – vielleicht als unvermeidbar angesehenen - stationären Wiederholungsaufenthalt.

Nur in diesem letzteren Fall sind sich beide Seiten bei Abschluss der BV wirklich einig – was ihr den Wert verleiht, den man mit ihr verbindet. Aber es sagt ja leider noch nichts darüber aus, ob dieses Einvernehmen bei Beginn der Rückfallbehandlung noch besteht.

b. Künftig : Die erforderliche Bedeutungserweiterung der BV

So wie der Stellenwert der BV bis heute überwiegend im Behandlungsprozess verstanden wird, kann er nicht ausreichend sein.

Soll eine BV höhere Chancen haben, zum erforderlichen Zeitpunkt als Ergebnis einer präventiven Behandlungsorientierung genutzt werden zu können, muss

sie eben auch als Mittel der Prävention erkannt und eingesetzt werden.

Dafür müssen eigene Weg beschritten werden. Heute wird die BV am Ende einer Behandlungsphase ins Gespräch gebracht. **Präventionsorient, müsste dies vor der Behandlung geschehen.** Dem Patienten sollte vor Beginn der Behandlung, gleich ob er im Sinne der medizinischen Klassifikation behandlungseinsichtig ist oder nicht, ein Behandlungsplan und/oder Behandlungsalternativen aufgezeigt werden. Selbst dann wenn der Patient krankheitsuneinsichtig ist, und Behandlung ablehnt, nimmt er wahr, was man ihm vorschlägt (Ausnahmen lasse ich beiseite).

Ein präventionsorientierter Behandlungsplan sollte über die Phase des stationären Aufenthaltes hinaus eine Perspektive für den Patienten eröffnen. In der somatischen Medizin wird das so gehandhabt! Bei schweren Erkrankungen werden Reha-Pläne und Verhaltensanforderungen für die nachstationäre Phase vor Beginn der Behandlung besprochen.

Das ist m.E auch bei psychiatrischen Patienten möglich. Bei jenen ohnehin, die krankheitseinsichtig und bereit sind, Behandlung zu akzeptieren. Dann geht es um die Modalitäten der Behandlung – und eine Behandlungsvereinbarung wird zum integralen Bestandteil eines Behandlungsplanes.

Liegt der nicht seltene Fall der Uneinsichtigkeit vor, muss man unterscheiden, ob es zu einer Zwangsbehandlung kommt oder nicht. Im Falle der Zwangsbehandlung – heute ja wohl eher seltenere Fälle – wird es zur Akzeptanz eines Behandlungsplanes und dem Abschluss einer BV nicht kommen können. Dann ist mit diesen Patienten zu diesem Zeitpunkt eine Verständigung auf einen Behandlungsplan und eine BV nicht möglich. Gleichwohl kann das erfolgte Angebot aber für eine mögliche spätere Akzeptanz einer Behandlung wichtig werden.

Anders ist dies dann, wenn es zu Behandlungswiderstand oder Behandlungsverweigerung, nicht aber zu Zwangsbehandlung kommt. Dann ist die Erarbeitung eines alternativen präventiven Behandlungsplanes besonders sinnvoll und notwendig. Dann muss man mit dem Patienten Szenarien an- und durchsprechen, Bedingungen absprechen und zu vereinbaren suchen, die sich dann entsprechend in einer BV wiederfinden können.

Als eine zu optimistische Sicht der Dinge kann man dies leicht abtun.

Aber : Nicht nur, dass der Versuch eine verbesserte Situation zu erreichen immer sinnvoll ist – es wird mit dem Versuch, mit einem Patienten einen Behandlungsplan und eine BV zu besprechen und abzuschließend, auch dann nichts verkehrt gemacht, wenn es nicht dazu kommt. (Natürlich ist der Aufwand an Zeit und Ressourcen des Klinikpersonals im Auge zu behalten). Aber vertrauensbildend ist das allemal – und damit längerfristig wichtig. Ein Stück Prävention!

3. Und noch ein wichtiges Thema : Akzeptanz schaffen

Generell gilt : was nicht akzeptiert wird, kann auch nicht wirken. Ich meine, dies ist ein universelles psychologisches Gesetz menschlichen Verhaltes. Partner akzeptieren sich, die Einhaltung von Verträgen hat die Akzeptanz des jeweiligen Gegenübers zur Voraussetzung.

Akzeptanz ist Voraussetzung von Beziehungen unter Menschen. Akzeptanz bedeutet einverstanden zu sein. Einverstanden auch mit einer Behandlung.

In der psychiatrischen Theorie und Praxis hat die Bedeutung der Akzeptanz von Behandlungen durch die Patienten nicht den Stellenwert den sie haben müsste. Es wird therapeutisch danach gesucht, was die beste Wirkung der Behandlung verspricht, nicht

nachdem, was der Patient am ehesten akzeptieren kann. Da klafft in der Praxis sicher oft eine – mitunter große - Lücke.

Ist aber nicht die zweitbeste Behandlung besser als gar keine? Bietet nicht eine akzeptierte - weniger wirksame, vielleicht längere Zeit beanspruchende Behandlung - mehr Aussicht auf Erfolg?

Wird eine Behandlung, die mit dem inneren Einverständnis erfolgt nicht mehr Chancen haben, weil der Patient mitgeht und die Behandlung mit eigenen Erwartungen stützt? Ist nicht so erst der Aufbau einer belastbaren Patientenbeziehung möglich? Ohne eine solche kommt man in der Psychiatrie nicht aus. Beim Zahnarzt kommt es nicht so darauf an.

Durch die Entwicklung der Rechtsprechung, die klarstellt, dass nur in ganz eng definierten Ausnahmesituationen ohne Zustimmung des Patienten behandelt werden darf, rückt die Akzeptanz von Behandlung in den Vordergrund; sie wird zentral.

Durch die in jüngster Zeit zunehmenden Möglichkeiten EX-IN geschulte Psychiatrie-Erfahrene gerade für solche schwierigen Abreden und Präventionsplanungen einzusetzen, ergeben sich neue Optionen gegenüber dem Patienten.

Ein letzter Punkt. Nicht nur für den Patienten muss eine Behandlung akzeptierbar sein.

Psychiater müssen m.E ebenso akzeptieren, dass sie es mit Patienten zu tun haben, die ihnen nur teilweise folgen.

Zugegebenermaßen ist das eine Herausforderung! Aber: Patienten „fremdbestimmen“ heißt, Akzeptanz nicht erlangen zu können. Der aus ärztlicher Sicht so „ unvollkommene“ Patient ist ein Faktum in der Psychiatrie. Der unvollkommene Patient wird vom Arzt nur in Grenzen erreicht und beschneidet de facto dessen Möglichkeiten, seine medizinische Kompetenz zur vollen Anwendung zu bringen.

So aber ist die Welt der Psychiatrie.

Dies anzuerkennen bedeutet eine erhebliche Akzeptanzerwartung an Psychiater und ihre Helfer. Auch dieser Aspekt gehört zu Lösung des Problems mit den BV.

Wenn Psychiater akzeptieren könnten, dass ihre Patienten nur im Rahmen dessen was **sie** als Behandlung zu akzeptieren in der Lage sind, überhaupt mit Aussicht auf nachhaltige Wirkung behandelt werden können – dann werden die Voraussetzungen für eine Wirksamkeit von Behandlungsvereinbarungen vermutlich deutlich zu verbessern sein.

4. Noch ein Wort zu den Angehörigen

Angehörige kamen in meinem Referat nicht vor. Sie spielen im Zusammenhang mit dem Abschluss von BV dennoch eine Rolle – wenn dies von den Patienten gewollt wird. Sicher ein seltener Fall. Sie dann aber einzubeziehen und in gleicher Weise zu informieren wie die übrigen Beteiligten bietet eine hohe Chance, dass im Falle des Aufkommens einer neuen Krise, Angehörige frühzeitig daran mitwirken können, dass der Patient sich in Behandlung begibt. Unter Umständen kann neben einer Behandlungsvereinbarung auch noch eine Betreuungsvollmacht für diesen Fall vereinbart werden.

Darauf hinzuwirken wäre eine Chance.

Gibt es eine solche Betreuungsverfügung nicht, wäre es für Angehörige dennoch wichtig zu wissen, ob eine BV vereinbart wurde,

Angehörige bitten – damit komme ich zum Schluss – abzuwägen, sie ebenso bei der Diskussion über den Abschluss einer BV zuzuziehen – wenn der Patient zustimmt - wie dies generell sinnvoll ist, wenn der Übergang von der stationären zur nachstationären Zeit geplant wird.

K. Gross (ApK München e.V.)

5.10.13

