

**Franziska Hüther, Susanne Jäger, Tilman Steinert:**

**BEHANDLUNGSVERWEIGERUNG, PATIENTENAUTONOMIE UND ZWANGS-MEDIKATION**

Psychiatrie Verlag, Köln 2018. 163 S., € 30,00

ISBN 978-3-88414-679-8

Es gibt Problembereiche, die sind jedem klar - aus seiner Sicht und Position. Sollte eine Übereinkunft oder gar Lösung unvermeidlich sein, wird es schon schwieriger. Dazu gibt es zahllose Beispiele in unserer Zeit und Gesellschaft. Eine davon ist von besonderer Brisanz, selbst wenn sie sich zahlenmäßig in Grenzen hält und im Übrigen auch nur dann interessiert, wenn man indirekt oder gar direkt beteiligt ist. Gemeint ist die so genannte Patienten-Autonomie mit ihren Möglichkeiten und vor allem Grenzen zur Anwendung von Zwangshandlungen in der Psychiatrie. Hier hat der Gesetzgeber schon mehrfach versucht, eine kompromiss-nahe Lösung zu finden. Zu neuen Einzelheiten siehe die Fachliteratur. Ein entscheidendes Faktum aber gilt es zu kennen, nämlich die Neufassung des Betreuungsgesetzes 2013. Danach ist eine zwangsweise Behandlung bei einsichts-*un*fähigen Patienten nur noch nach gesonderter richterlicher Genehmigung mit hohen Verfahrens-Anforderungen genehmigungsfähig. Das hört sich fortschrittlich an, doch die verschiedenen Sichtweisen von betroffenen Patienten, ihren Angehörigen sowie Ärzten, Schwestern und Pflegern bergen neue Konfliktfelder und verlangen weitere Lösungs-Überlegungen. Und vor allem vorausgehende und wissenschaftlich möglichst fundierte Untersuchungen zu diesem heiklen Thema.

Ein hilfreicher Beitrag dazu ist eine Untersuchung an der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie I der Universität Ulm in Ravensburg-Weissenau, und zwar von Frau Dr. Franziska Hüther, unterstützt von Frau Dr. Susanne Jäger und Professor Dr. Tilman Steinert.

In einer qualitativen Studie wurden mit Patienten, die die verordnete Medikation während ihres stationären Aufenthaltes verweigert hatten, mit ihren Angehörigen sowie mit Ärzten und Pflegekräften 32 „narrative“ problem-zentrierte Leitfaden-Interviews durchgeführt. Da hier zumeist schizophrene und manisch-depressive Patienten ihre durchaus nachvollziehbaren Probleme haben, konzentrierte sich die Patienten-

Stichprobe auf diese Diagnose-Gruppen. Die Ergebnisse sind so informativ wie kompliziert, man kann es sich denken.

Die Patienten und Angehörigen betrachten die Verweigerung aus ihrer persönlichen Lebenssituation heraus. Ärzte und Pflegekräfte hingegen vertreten notgedrungen ihren professionellen Blickwinkel. Diese so genannte Perspektiven-Divergenz hat erhebliche Auswirkungen auf das gegenseitige Verständnis und Behandlungsklima. Jede Gruppe beklagt aus unterschiedlichen Gründen eine Einschränkung ihrer Handlungsfreiheit und wünscht sich tragfähige Lösungen. Dabei ist der rechtliche Rahmen natürlich Pflegepersonal und Ärzten bewusster als den Patienten selber - und prägt die entsprechenden Handlungs-Spielräume. Die Fachleute wollen eine professionell kompetente Arbeit und möglichst Verständnis für ihre heikle Aufgabe, dem Patienten zu helfen und Schaden von ihm abzuwenden, den er aufgrund seiner Krankheit vorübergehend gar nicht überblicken kann. Die Angehörigen fühlen sich vor allem ohnmächtig gegenüber einer undurchschaubaren Erkrankung, die ein nahes Familienmitglied durch unverständliche Krankheitszeichen fremd werden ließ. Da wäre eine erfolgreiche Behandlung durchaus willkommen, zumindest entlastend, aber man versteht nicht so recht, was sich hier medizinisch abspielt. Das war schon früher problematisch und wird durch die neuen rechtlichen Bedingungen nicht hilfreicher, z. B. was die Folgen einer vorzeitigen (richterlich angeordneten) Entlassung betrifft.

Bei den betroffenen Patienten wird es noch komplexer: Bringt schon eine vielschichtig belastende und vor allem selber unverständliche Krankheit jede Einsicht an ihre Grenzen, spielt insbesondere eine - ja nicht seltene - Vor-Erfahrung (siehe Rückfallgefahr) mit Behandlern, Medikamenten und Krankheitsfolgen eine zusätzlich prägende Rolle.

Was also empfiehlt sich für den Behandlungs-Alltag unter diesen Bedingungen? Es geht vor allem um eine patienten-zentrierte Therapie mit gemeinsamer Entscheidungsfindung in Form einvernehmlicher Therapie-Planung und einer Behandlungsvereinbarung für mögliche künftige Aufenthalte. Das könnte das Gefühl von Autonomie bei der Betroffenen stärken.

Konkret geht es (weiterhin) darum, dem ja verwirrten Patienten trotz allem zuzuhören und das Gefühl zu geben, ernst genommen zu werden. Die Stationen sollten weiter-

hin an Konzepten arbeiten, die sich um Gewaltfreiheit und vor allem Deeskalation bemühen, z. B. möglichst offene Türen und Integrations-Versuche durch Peer-Berater. Auch der Ausbau individuell angepasster Behandlungsstrukturen und -angebote außerhalb der Station könnte einer unfreiwilligen Hospitalisierung entgegenwirken, die durch den Verlust der Selbstbestimmung zur bekannten Verweigerungs-Haltung führen kann.

Und schließlich: Sind Zwangsmedikationen nicht zu vermeiden, sollte die Traumatisierung so gering wie möglich gehalten werden. In komplexen Fällen könnten klinische Ethik-Beratungen oder ethischen Fallberatungen Anlaufstellen sein, um individuelle Lösungen zu finden.

Das alles klingt erst einmal sehr theoretisch. Interessant und vor allem wegweisend sind deshalb die jeweiligen Interview-Beiträge und die Zusammenfassung der Ergebnisse, was Patienten, Angehörige und Klinikpersonal betrifft. Hier wird dann in Einzel-Darstellungen deutlich, wo die Probleme auf der einen und die Fehler-Möglichkeiten auf der anderen Seite drohen. Und wo nicht nur die Grenzen, sondern auch Möglichkeiten liegen, auch in Zukunft und unter durchaus nicht leichteren Bedingungen einen für den jeweiligen „Fall“ tragbaren Kompromiss zu finden (VF).