

Vereinbarung einer medikamentösen Therapiepause im Rahmen einer Behandlungsvereinbarung in der Psychiatrie?

Online publiziert: 11. Juli 2016
© Springer-Verlag Berlin Heidelberg 2016

Der 46-jährige Patient wurde aufgrund einer seit über 13 Jahren bestehenden Angst-Glücks-Psychose (Zykloide Psychose nach Leonhard) insgesamt ca. zehn Mal stationär behandelt. Kennzeichnend für die bisherigen Aufenthalte war eine ausgeprägte Angstsymptomatik auf der Basis eines unterschiedlich stark systematisierten paranoiden Wahnsystems, das regelhaft zu einem ausgeprägten Rückzugsverhalten führte. Der Patient zog sich typischerweise im Rahmen stationärer Aufenthalte in sein Bett zurück, dunkelte das Zimmer ab, zog die Bettdecke über den Kopf, verweigerte die verbale Kommunikation mit dem Behandlungsteam und lehnte körperliche und apparative Untersuchungen sowie Maßnahmen der Körperpflege ab. Er sammelte während der ersten Aufenthalte seinen Urin, um ihn zu trinken. In späteren stationären Aufenthalten urinierte er in seinem Zimmer auf den Fußboden, so dass eine Belegung des Zimmers mit Mitpatienten aufgrund der sehr starken Geruchsbelastung und unzumutbarer hygienischer Zustände nicht möglich war. Nach den letzten drei stationären Aufenthalten war jeweils eine Grundsanierung des Zimmers, zuletzt sogar ein Austausch des Fußbodens erforderlich. Die Behandlungen erfolgten zu Beginn der Erkrankung meist auf der Basis von Unterbringungen nach Betreuungsrecht. Während eines Aufenthaltes im Vorjahr hatte die Vernachlässigung der Körperpflege unter anderem dazu geführt, dass die Augen des Patienten so stark verklebt waren, dass eine Augenöffnung spontan nicht mehr möglich war. Aufgrund der Verweigerung der medizinischen Untersuchungen sowie der Behandlung bestanden immer wieder Unsicherheiten bezüglich des Vorliegens einer Eigengefährdung sowie der Notwendigkeit einer Zwangsmedikation.

Nachdem sich der Zustand des Patienten nach insgesamt zwölfwöchiger stationärer Behandlung und nach Etablierung einer antipsychotischen Medikation gebessert hatte, wurde empfohlen, nach Entlassung mit dem Behandlungsteam der Station für psychotische Störungen (u. a. Oberärztin, Pflegekraft, Mitarbeiterin des sozialpädagogischen Fachdienstes sowie dem Patienten und einer Begleitperson) eine Behandlungsvereinbarung in selbstbestimmungsfähigem Zustand abzuschließen, in der Absprachen bezüglich zukünftiger stationärer Behandlungen getroffen werden sollten.

Der Patient wünschte, in Zukunft nicht auf die Schwerpunktstation für Psychosen, sondern auf die Schwerpunktstation für Depressionen aufgenommen zu werden, da es dort „ruhiger“ sei. Da der Patient in früheren stationären Aufenthalten über mehrere Wochen die körperliche Untersuchung, Laborkontrollen sowie Unterstützung bei der Körperpflege verweigert hatte, wurde in der Behandlungsvereinbarung akzeptiert und vereinbart, dass auch während des nächsten stationären Aufenthaltes auf die Routineuntersuchungen in der Aufnahmesituation aus nicht konkretisierten Ängsten verzichtet wird. Er war sich der möglichen Risiken bewusst, eine alternative Vorgehensweise war für ihn nicht akzeptabel. Er äußerte auch den Wunsch, dass nicht unter die Bettdecke geschaut werde. Nach einer Woche würde er der Gabe von niedermolekularem Heparin subcutan zur Thromboseprophylaxe zustimmen, nach 14 Tagen würde er einer Blutentnahme zustimmen und wenn nötig auch der Gabe von Infusionen. Im Gegenzug wolle er die Toilette besuchen, statt in das Patientenzimmer zu urinieren. Darüber hinaus vereinbarte der Patient eine sechswöchige Phase ohne Erhöhung der antipsychotischen Medikation. Sollte er ohne Medikation aufgenommen werden, wolle er bis zu sechs Wochen ohne psychopharmakologische Medikation auf der Station bleiben.

Die nächste Aufnahme erfolgte aufgrund psychotischer Ängste sowie lebensmüder Gedanken. Im Vorfeld hatte der Patient seine antipsychotische Medikation nicht mehr eingenommen. Im Aufnahmegespräch verwies der Patient auf seine Behandlungsvereinbarung, sodass eine Aufnahme auf die Schwerpunktstation für Depressionen unter anderer oberärztlicher Leitung erfolgte. Der Patient zeigte das aus den Voraufenthalten bekannte Verhalten. Im Behandlungsteam, das an der Abfassung der Behandlungsvereinbarung nicht beteiligt war, bestand Unmut bezüglich der Behandlungsvereinbarung. Die Oberärztin war skeptisch, ob die stationäre Behandlung gegenüber dem Medizinischen Dienst der Krankenkassen zu rechtfertigen sei, da explizit eine medikamentöse Therapiepause vereinbart worden war. Die verweigernde Diagnostik führte im Team zu haftungsrechtlichen Diskussionen. Aufgrund der starken Geruchsbelastung sowie der unzumutbaren hygienischen Zustände für Mitpatienten musste der Patient erneut alleine in einem Zweibettzimmer untergebracht werden. Gleichzeitig bestand zu dem Zeitpunkt auf der Station eine Überbelegung, sodass die Sperrung des Zimmers zu Nachteilen der Mitpatienten führte. Das Pflegepersonal war durch die schwierige Gesamtsituation stark belastet und viele Mitarbeiter des Behandlungsteams äußerten ein starkes Unbehagen, die aus früheren Aufenthalten bekannte krankheitsbedingte „Verwahrlosung“ im stationären Rahmen zu tolerieren.

Kommentar I zum Fall: „Vereinbarung einer medikamentösen Therapiepause im Rahmen einer Behandlungsvereinbarung in der Psychiatrie?“

Tanja Müller · Susanne Markwort

Online publiziert: 18. Juli 2016
© Springer-Verlag Berlin Heidelberg 2016

Im Gegensatz zu einseitigen Willensbekundungen im Rahmen von Patientenverfügungen beinhalten Behandlungsvereinbarungen Absprachen zwischen dem Patienten einerseits und Vertretern der Klinik andererseits. Diese Vereinbarungen sind das Ergebnis eines Austauschs sowie einer gemeinsamen Prüfung der Umsetzbarkeit der getroffenen Absprachen. Das Ziel von Behandlungsvereinbarungen ist unter anderem, das gegenseitige Vertrauen zu stärken, Zwangsmaßnahmen zu vermeiden und den selbstbestimmten Willen des Patienten zu berücksichtigen, insbesondere, wenn im Verlauf der Erkrankung bei einem Rezidiv die autonome Willensbildung eingeschränkt ist. Daher ist eine wichtige Voraussetzung einer Behandlungsvereinbarung die Aufklärung und Prüfung der Selbstbestimmungsfähigkeit bei Abfassung. In der vorliegenden Behandlungsvereinbarung wurde in selbstbestimmungsfähigem Zustand die Unterlassung diagnostischer Maßnahmen bei Aufnahme sowie eine sechswöchige medikamentöse Therapiepause vereinbart. Das heißt, der Patient hat nicht wie in Voraufenthalt in nicht selbstbestimmungsfähigem Zustand diagnostische Maßnahmen sowie antipsychotische Medikation abgelehnt, sondern in einer gesunden Phase seiner Erkrankung die Entscheidung getroffen, in den ersten sechs Wochen keine antipsychotische Medikation einnehmen zu wollen. Der Patient wurde bei Abfassung der Behandlungsvereinbarung über mögliche Risiken und Folgen einer ausbleibenden Diagnostik und Therapie bei Aufnahme aufgeklärt und war bereit, diese Risiken zu tragen. Das ethische Prinzip der Autonomie wird respektiert, indem die getroffenen Absprachen von Seiten der Klinik eingehalten werden.

Dr. phil. T. Müller (✉) · Dr. med. S. Markwort
Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie Schlüchtern, Kurfürstenstr. 17, 36381 Schlüchtern,
Deutschland
E-Mail: tanja.mueller@em.uni-frankfurt.de

Dr. phil. T. Müller
Frankfurter Forum für interdisziplinäre Alternsforschung (FFIA), Goethe-Universität Frankfurt am
Main, Theodor-W.-Adorno-Platz 6, 60323 Frankfurt am Main, Deutschland

Die Berücksichtigung des selbstbestimmten Willens des Patienten und die Umsetzung der Behandlungsvereinbarung warf jedoch während des nächsten stationären Aufenthaltes im Behandlungsteam Fragen auf, die nachfolgend diskutiert werden sollen. Die Unterlassung indizierter medizinischer und pflegerischer Maßnahmen entspricht aus psychiatrischer sowie pflegerischer Sicht nicht dem Prinzip der Fürsorge, da die Etablierung einer antipsychotischen Medikation so früh wie möglich die Aussicht auf zeitnahe Rückbildung der Symptomatik erhöhen würde und sich positiv auf den Verlauf der Erkrankung auswirken könnte. Der Patient hat sich aber bewusst für eine eventuell längere Aufrechterhaltung der akuten Erkrankungsphase entschieden, möglicherweise in der Hoffnung, dass eine spontane Remission der Erkrankung erfolgen würde. Der Fürsorgeaspekt steht somit im Konflikt zum selbstbestimmten Willen des Patienten. Es drängt sich dabei die Frage auf, welches Ausmaß an ungenügender medizinischer Versorgung, unzureichender Körperhygiene und Geruchsbelästigung in einem klinischen Setting begründbar und tragbar ist. Die Auswirkungen der Behandlungsvereinbarung sind für das Personal der Klinik sowie für Mitpatienten erheblich. Bezogen auf die Mitpatienten ist zu berücksichtigen, dass die Überbelegung sowie möglicherweise auch verzögerte Aufnahmen von weiteren Patienten für diese konkrete Nachteile bedeutet, was das medizinethische Prinzip der Gerechtigkeit tangiert.

Ob die Vereinbarung einer medikamentösen Therapiepause und einer damit vermutlich verbundenen längeren Verweildauer einschließlich höherer Kosten gegenüber den Kostenträgern gerechtfertigt werden kann, wird davon abhängen, inwieweit die erbrachten Leistungen im Rahmen der stationären Behandlung nicht gleichermaßen im ambulanten Setting oder einer anderen Einrichtung hätten erbracht werden können.

Um Behandlungsvereinbarungen als vertrauensbildende Maßnahme nutzen zu können, sollte darauf geachtet werden, dass die Absprachen mit der tatsächlich aufnehmenden Station getroffen werden, um die Akzeptanz der Vereinbarung zu erhöhen. Es ist auch zu hinterfragen, inwieweit der Patient tatsächlich in der Lage war, sich in einwilligungsfähigem Zustand in die akute Krankheitsphase hineinzuversetzen und für diese Phase verbindliche Absprachen zu treffen. Hier zeigt sich, warum eine eingehende Beratung bei der Abfassung nötig ist. Klinisch tätige Psychiater sollten den Patienten eingehend bezüglich der Konsequenzen der getroffenen Absprachen beraten. Dies betrifft auch die Vereinbarung der medikamentösen Therapiepause, da die Wahrscheinlichkeit einer Spontanremission in den ersten sechs Wochen aufgrund der Vorgeschichte (eher) unwahrscheinlich zu sein scheint. In Fällen, in denen mit dem Klinikvertreter kein Konsens bezüglich eines Vorgehens getroffen werden kann, sollten Patienten über die Möglichkeit, eine Patientenverfügung zu erstellen, informiert werden. Eine Kompromissbildung ist insbesondere erschwert, wenn die Absprachen dem fachpsychiatrischen Vorgehen widersprechen, eine Gefahr für die Gesundheit des Patienten beinhalten oder eindeutig negative Auswirkungen für Mitarbeiter und Mitpatienten entstehen können. Klinisch tätige Psychiater sollten daher bei der Abfassung einer Behandlungsvereinbarung reflektieren, wie weit sie sich auf Kompromisse im Sinne der Ablehnung indizierter Maßnahmen oder der Vereinbarung einer Therapiepause einlassen können und an welcher Stelle sie begründet eine Behandlungsvereinbarung nicht unterschreiben.

Kommentar II zum Fall: „Vereinbarung einer medikamentösen Therapiepause im Rahmen einer Behandlungsvereinbarung in der Psychiatrie?“

Orsolya Friedrich

Online publiziert: 18. Juli 2016
© Springer-Verlag Berlin Heidelberg 2016

Bei dem Patienten ist eine Situation entstanden, in der medizinisch offenbar indizierte Maßnahmen gar nicht oder erst mit einer Zeitverzögerung durchgeführt werden können. Die daraus resultierenden Belastungen für das Behandlungsteam und für die anderen Patient*innen sind gravierend.

Behandlungsvereinbarungen stellen neben den gesetzlich verankerten Patientenverfügungen eine Sonderform von Vorausverfügungen dar, bei der die Betroffenen nicht nur einseitig Behandlungswünsche für die Zukunft festhalten, sondern diese nach Gesprächsprozessen mit einer anderen Partei beidseitig verpflichtend schriftlich vereinbaren. Die Verbindlichkeit der Behandlungsvereinbarung setzt voraus, dass der Patient zum Zeitpunkt des Verfassens über Einwilligungsfähigkeit verfügt und damit in der Lage ist, die ärztlich vermittelten Informationen zu verstehen und in einer Weise zu verarbeiten, dass er Handlungsoptionen und deren Konsequenzen für sein Leben einordnen, abwägen, bewerten und zu einer darauf basierenden Entscheidung gelangen kann. In der folgenden Diskussion gehe ich davon aus, dass diese Fähigkeit beim Aufsetzen der Vereinbarung *lege artis* überprüft wurde und er über alle relevanten Konsequenzen einer Therapiepause ausreichend informiert wurde, so auch über die Möglichkeit eines längeren Klinikaufenthalts und einer potenziell zunehmenden Chronifizierung seiner Erkrankung. Aus juristischer Sicht und der ethischen Verpflichtung folgend, die Selbstbestimmung des Patienten zu respektieren, wären demnach die Inhalte der Behandlungsvereinbarung umzusetzen. Dies entspräche in diesem Fall auch seinem „natürlichen Willen“ (ich nehme an, er war bei der Wiederaufnahme nicht einwilligungsfähig). Bei einer Umsetzung der Behandlungsvereinbarung müsste der Patient jedoch auch zum Toilettengang bereit sein, was er aktuell nicht ist. Hier wird ein Kernproblem offenbar: Es wurde nicht

Dr. med. Dr. phil. O. Friedrich (✉)
Institut für EGT der Medizin, LMU München, Lessingstr. 2, 80336 München, Deutschland
E-Mail: orsolya.friedrich@lrz.uni-muenchen.de

festgehalten, wie in diesem Fall zu verfahren sei. Es wäre theoretisch denkbar gewesen, sich für so einen Fall in der Vereinbarung etwa auf die Benutzung eines Katheters zu einigen.

Es bedürfte aus ethischer Perspektive sehr gewichtiger, am Wohlergehen des Patienten orientierter Gründe, um sich über die vereinbarten Patientenwünsche hinwegzusetzen. Eine sofortige medikamentöse Therapie entspräche an sich aus medizinischer Sicht am ehesten der Verpflichtung, das Wohl des Patienten zu fördern und eine Remission zu begünstigen. Er könnte mit einem schnelleren Behandlungsbeginn womöglich auch die Klinik früher verlassen. Andererseits dürfte ein sechswöchiger Aufschub der Medikation sein langfristiges Wohlergehen bei einer seit über 13 Jahren bestehenden Erkrankung nicht erheblich verschlechtern, solange akute Selbstgefährdung auch anders abzuwenden ist. Eine Zwangstherapie könnte ihm zudem psychisch weiteren Schaden zufügen und die langfristige therapeutische Beziehung belasten. Da der Patient bei vorherigen Klinikaufenthalten bereits mehrfach diagnostisch untersucht wurde, relativiert sich auch die Dringlichkeit, diagnostische Maßnahmen durchzuführen. Wegen der im Fall angedeuteten Selbstgefährdungsmöglichkeit scheint eine stationäre Aufnahme hinsichtlich der Wahrung seines Wohls jedoch auf jeden Fall geboten, selbst wenn zunächst keine weitere medikamentöse Behandlung möglich ist.

Bei der Betrachtung der ethischen Verpflichtungen Dritten gegenüber kann man hingegen durchaus die kritische Frage stellen, ob es angebracht ist, Patient*innen stationär aufzunehmen, die zunächst keine weiteren medizinischen Maßnahmen wünschen und gleichzeitig das Wohl anderer Patient*innen, aber auch des Teams in vielerlei Hinsicht beeinträchtigen. Unterstützt wird dies durch das Argument, dass ein stationärer Aufenthalt aus finanziellen Erwägungen heraus medizinischen Maßnahmen vorbehalten sein sollte. Angesichts eines Mangels anderer Institutionen, die eine potenzielle Selbstgefährdung in diesem Fall professionell auffangen könnten, liefern die beschriebenen Verpflichtungen dem Patienten gegenüber jedoch gute Gründe, letztere Argumente zwar gesellschaftspolitisch ernst zu nehmen, aber bei der Abwägung für diesen Einzelfall nicht in den Vordergrund zu stellen.

Eine Umsetzung der Behandlungsvereinbarung scheint nach den vorgenommenen Abwägungen aus ethischer und aus juristischer Sicht geboten. Unklar bleiben an dieser Stelle die Zielsetzung der Behandlungsvereinbarung seitens des Behandlungsteams und der hier erreichte Mehrwert im Vergleich zu einer einseitigen Patientenverfügung. Ein Mehrwert, der hier nicht erreicht wurde, hätte sein können: Erhöhung der Compliance und des Vertrauens; Reduktion der Behandlungsdauer und der Belastungen für die behandelnde Station. Daraus resultiert die Frage: Kann die Ablehnung medizinisch indizierter Maßnahmen aus ethischer Perspektive ein sinnvoller Inhalt einer psychiatrischen Behandlungsvereinbarung sein?