

Psychiatrische Vorausverfügungen

Krisenbehandlung und partizipative Vorausplanung

F. Al Hamdan

Einleitung

Psychiatrische Fachklinik, wir schreiben das Jahr 2035, späte Abendstunden, Zimmer der diensthabenden Ärztin. Der Rettungsdienst meldet sich telefonisch aus der Wohnung eines hoch psychotischen Patienten. In der elektronischen Patientenakte (ePA) kann die Ärztin eine automatisierte Zusammenfassung der Vorbefunde lesen. Ein individueller Krisenplan des Patienten ist angefügt. Dort ist zu lesen, dass der angekündigte Patient im Falle einer eingetretenen Psychose im Rahmen seiner vorbekannten Schizophrenie, eine Aufnahme und zunächst akute Behandlung im Ruheraum der Station wünscht. Diesen Plan hatte der Patient gemeinsam mit dem multiprofessionellen Stationsteam in einer individuellen Behandlungskonferenz nach dem letzten akuten stationären Aufenthalt vereinbart. Die psychiatrische Dienstärztin nimmt den Patienten an. Noch während sie auf die Ankunft des Patienten wartet, werden KI-gestützt verschiedene, personalisierte Behandlungsoptionen ermittelt, welche auf in Echtzeit ermittelten Daten und analysierten Vorbefunden basieren. Dank einer Vorausverfügung sind vergleichsweise geringe Dosen eines Antipsychotikums zur Behandlung des agitierten Syndroms des Patienten möglich. Zwangsmaßnahmen sind zu keinem Zeitpunkt notwendig.

So oder so ähnlich könnte eine stationäre Aufnahmesituation eines psychiatrisch akut erkrankten Patienten in zehn Jahren aussehen.

Sowohl die reguläre, störungsfreie Nutzung der ePA als auch die KI-gestützte Auswertung von Vorbefunden scheinen aus gegenwärtiger Perspektive noch in der Zukunft zu liegen (siehe „Ärzteblatt Sachsen“-Themenheft „KI in der Medizin“, Heft 11/2024).

Präventive, personalisierte Ansätze wie Stress reduzierende Rückzugsräume und psychiatrische Patientenverfügungen sind weniger futuristisch. Letztere werden bereits jetzt in der Behandlung von Menschen mit psychiatrischen Erkrankungen angewendet, wenn auch nicht flächendeckend. Zudem existiert eine Vielzahl verschiedener Vorausverfügungen.

Inwiefern unterscheiden sich psychiatrische Verfügungen von den allgemein bekannten Patientenverfügungen in anderen medizinischen Fachdisziplinen? Welche Vor- sowie Nachteile werden diskutiert? Der folgende Text nähert sich diesen Fragen und versucht einen Anstoß zur Auseinandersetzung mit dem Thema zu geben.

Vorsorgevollmacht und Betreuungsverfügung

Vorausverfügungen sind im medizinischen Alltag zunächst einmal nichts Außergewöhnliches. Sie werden von einer großen Patientenzahl genutzt. Als Behandelnde gehen wir tagtäglich mit ihnen um. Dabei kennen wir fächerübergreifend Vorsorgevollmachten, in welchen Betroffene eine oder mehrere Vertrauenspersonen bestimmen, die für sie Entscheidungen und Angelegenheiten treffen können, wenn sie selber krankheitsbedingt nicht mehr in der Lage dazu sein sollten.

Auch Betreuungsverfügungen sind geläufige Dokumente, in welchen im Fall der Notwendigkeit eine Vertrauensperson festgelegt wird, welche gerichtlich als gesetzliche Betreuer eingesetzt werden soll. Im Regelfall wird die in der Betreuungsverfügung bestimmte Person zum gesetzlichen Betreuer eingesetzt und bekommt vom Gericht die notwendigen Aufgabenkreise übertragen.

Ein weiteres zentrales Instrument der schriftlichen, gesetzlich verbindlichen Willenserklärung ist die Patientenverfügung, welche über das Bürgerliche Gesetzbuch unter § 1901a geregelt ist. Diese ist eine einseitige Erklärung, bei der therapeutische Maßnahmen gewünscht und auch abgelehnt werden können, sollte der Patient nicht zu einer Einwilligung fähig sein [1] (siehe hierzu: www.slaek.de → Patienten → Patientenberatung und -rechte).

Wie die Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN) in ihrer Praxisempfehlung 2023 schreibt, ist es „[...] wesentlich für die Gültigkeit einer Patientenverfügung, dass sie in einwilligungsfähigem Zustand erstellt wurde, dass die Maßnahmen, die für diese Situation abgelehnt oder gewollt werden, ausreichend bestimmt benannt wurden und schließlich, dass die in ihr enthaltenen Festlegungen zum Zeitpunkt der Umsetzung tatsächlich auf die aktuelle Lebens- und Behandlungssituation des Patienten zutreffen.“ [2]

Advanced Care Planning

In der psychiatrischen Praxis wurden, neben den oben beschriebenen, weitere schriftliche Instrumente entwi-

Tab. 1: Übersicht der möglichen Dokumente zur Vorausverfügung

	Psychiatrische Patientenverfügung	Behandlungsvereinbarung	Krisenpass	Psychiatrisches Testament
Inhalt	schriftliche Willensverfügung, evtl. nach Beratung	Vertragsähnlich zw. Arzt/Patient	kompakt relevante Informationen	Ablehnung jeglicher Zwangsmaßnahmen
Stärke	Möglichkeit zur ausführlichen Darlegung	dia-/trialogisch erstellt	übersichtlich, niedrigschwellig	
Schwäche	kein Aushandlungsprozess	bei Gefährdungsaspekten ggf. nicht bindend	wenig detailliert	einseitig verfasst, bei Fremdgefährdung nicht wirksam

ckelt, um die Selbstbestimmung des Patienten zu unterstützen, wenn dieser krankheitsbedingt nicht mehr in der Lage ist, selbstbestimmt Entscheidungen über medizinische Maßnahmen zu treffen. Einige der Verfügungen können unilateral, das heißt alleinig durch die betroffene Person, als auch bilateral, zwischen Patient und Behandlungsteam, vereinbart werden. Krisenpass, Behandlungsvereinbarung und Odysseus-Verfügung sind einige von ihnen (siehe Tabelle). Sie entsprechen dem (medizinethischen) Ansatz des „Advanced Care Planning“. Hierbei handelt es sich um ein Konzept der gesundheitlichen Vorausplanung [3]. Patienten werden bei der Erstellung proaktiv aufgesucht und unterstützend beraten. In den Fachbereichen der Onkologie oder Palliativmedizin ist „Advanced Care Planning“ gut etabliert. Im Unterschied zu Menschen mit psychiatrischen Erkrankungen spielen hierbei oftmals infauste Prognosen eine Rolle, während psychiatrischen Erkrankungen hingegen episodenhafte Krankheitsverläufe aufweisen können, welche mit vorübergehenden Einschränkung der Einwilligungsfähigkeit einhergehen können, etwa bei der bipolaren affektiven Erkrankung, der paranoiden Schizophrenie oder der rezidivierend depressiven Erkrankung [1].

Behandlungsvereinbarungen

Im folgenden Text wird der Fokus auf eine vergleichsweise neue, häufig noch unbekannt Form der psychiatrischen Vorausverfügung gelegt. Erstmals wur-

den Vorläufer der Behandlungsvereinbarungen Anfang der 1980er in den USA eingesetzt, wo sie als „Joined-Crisis-Plans“, „Advanced Directives“ bezeichnet werden. In Deutschland wurden 1994 erstmalig in Bielefeld zwischen Klinikvertretern der Bethel-Klinik und Psychiatrie-Erfahrenen eine Behandlungsvereinbarung (BV) entwickelt. Dort blickt man mittlerweile auf über mehrere hunderte solcher abgeschlossenen Behandlungsvereinbarung zurück. Ein wesentliches Ziel von Behandlungsvereinbarungen ist es, die Umstände eventueller künftiger psychiatrischer Behandlungen, aus Sicht der Patienten transparent und für alle Beteiligten berechenbar zu machen [5].

Die Behandlungsvereinbarungen wurden auch in anderen deutschen Kliniken auf dem Boden von Eigeninitiativen routiniert umgesetzt. So finden sich langjährige Erfahrungen und teilweise wissenschaftliche Begleitforschung in Göttingen, Stuttgart und Köln. Eine flächendeckende Etablierung von Behandlungsvereinbarungen zeigte sich in einer bundesweiten Befragung bis 2009 nicht, mit einer jährlichen durchschnittlichen Abschlussquote von 2,7 Behandlungsvereinbarungen pro Klinik [4]. Auch eine neuere Studie aus 2022, welche die Abschlüsse eines großen Klinikverbundes in Nordrhein-Westfalen untersuchte, stellte fest, dass gerade einmal ein Drittel aller berücksichtigten Kliniken Behandlungsvereinbarungen anboten. In diesen schlossen von den in einem Vier-Jahres-Zeitraum

über 117.000 untersuchten Patienten gerade einmal 0,4 Prozent eine Behandlungsvereinbarung ab [3].

Ein Grund für diese geringe Verbreitung könnte in der zunächst einmal organisationsaufwändig erscheinenden Erstellung liegen. Im Gegensatz zu Patientenverfügungen werden Behandlungsvereinbarungen von Patienten und dem multiprofessionellen Behandlungsteam, zum Beispiel Ärzte, Pflegekräfte, Sozialarbeiter, Psychologen, gemeinsam konzipiert und festgelegt, sodass der notwendige Zeitaufwand hoch ist und zum Ende einer stationären Behandlung beziehungsweise psychiatrischen Krise oder zu einem poststationären Termin erfolgen.

Typische Inhalte von Behandlungsvereinbarungen betreffen etwa die Wiederaufnahme auf einer bestimmten Station, die Festlegung von Medikamenten, die Informationsweitergabe an nahestehende Personen oder den adäquaten Einsatz von Zwangsmaßnahmen (zum Beispiel Unterbringung auf einer geschützten Station, Fixierungen, medikamentöse Therapie, Ausgangsbeschränkungen ohne Einwilligung des Patienten), falls solche erforderlich werden sollten. Beschrieben werden können hilfreiche oder erschwerende Umstände für einen Behandlungserfolg. Ziele einer Behandlungsvereinbarung sind Reflexion über eine vom Patienten erlebte, potenziell belastende Behandlungssituation, Vertrauensaufbau zwischen Patient und Behandlungsteam, die Verbesserung der Behand-

lung in künftigen stationären Aufnahmen beziehungsweise Vermeidung von Zwangsmaßnahmen und die Stärkung der Patientenautonomie.

Leitlinie

Was sagen die Leitlinien der psychiatrischen Fachgesellschaft DGPPN zum Thema Behandlungsvereinbarungen?

Die S3-Leitlinie „Verhinderung von Zwang“ beschreibt Behandlungsvereinbarungen wie folgt:

„Genau wie bei der Patientenverfügung handelt es sich dann um eine rechtswirksame Willenserklärung, insbesondere auch, wenn bestimmte Behandlungen abgelehnt werden. Ob diese Teile der Behandlungsvereinbarung in ihrer Rechtswirksamkeit der Patientenverfügung gleichzustellen sind, ist allerdings nicht unumstritten. Der Unterschied bei der Behandlungsvereinbarung besteht in der Beteiligung einer zweiten Partei (Behandler, Vertreter einer Institution) und im gemeinsamen Aushandlungsprozess. Dass die Willenserklärung im einwilligungsfähigen Zustand erstellt wurde, wird so durch die gleichzeitige Unterzeichnung durch einen Facharzt für Psychiatrie bestätigt.“

Die Leitlinie empfiehlt weiterhin die Anwendung von Behandlungsvereinbarungen, oder deren Varianten wie Krisenkarten, mit einem Evidenzgrad von Empfehlungsgrad A, Evidenzgrad 2, (trotz inkonsistenter Ergebnisse), da diese geeignet seien, eine „vertrauensvolle Zusammenarbeit zwischen Behandelnden und psychisch erkrankten Menschen zu verbessern. Zwangsmaßnahmen im Kontext von Wiederaufnahmen können dadurch möglicherweise verhindert, verkürzt oder erträglicher gestaltet werden. Der Abschluss einer Behandlungsvereinbarung soll psychisch erkrankten Menschen mit Zwangsmaßnahmen in der Vorgeschichte aktiv angeboten werden.“

Ein Expertenkonsens bestand bezüglich der zu verschriftlichenden Inhalte einer solchen Behandlungsvereinbarung. Es sollten Absprachen zu folgenden Gesichtspunkten sein: Einschaltung einer externen Vertrauensperson, Informationsweitergabe, zuständige Station und dort bekannte Vertrauenspersonen, hilfreiche/nicht gewünschte Medikamente, Deeskalationsmaßnahmen vor Zwangsmaßnahmen, gegebenenfalls Festlegung der subjektiv am wenigsten belastenden Form von Zwangsmaßnahmen, Regelung familiärer und sozialer Angelegenheiten [14]. Auch die S3-Leitlinie Schizophrenie empfiehlt die Anwendung von Behandlungsvereinbarungen.

Studienlage

Die Leitlinienempfehlungen stützen sich auf wenige Studien mit heterogener Ergebnislage. Studien aus dem deutschsprachigen Raum gibt es kaum. Viele Arbeiten stammen aus dem angloamerikanischen Raum. Bezüglich der Zwangseinweisungen und Zwangsmaßnahmen konnte in mehreren Arbeiten gezeigt werden, dass der Abschluss einer Behandlungsvereinbarung zu einer signifikanten Reduktion von Zwang führte [7; 8]. Andere Studien, unter anderem auch die in Großbritannien durchgeführte größte randomisierte, kontrollierte Studie in diesem Bereich, konnten keine Reduktion verzeichnen. Ebenso gibt es diverse Ergebnisse bezüglich der stationären Behandlungsdauer [9]. Übereinstimmende positive Befunde gibt es beim Zusammenhang aus Behandlungsvereinbarung und Behandlungszufriedenheit und subjektiv erlebter Selbstwirksamkeit der Patienten [10–13].

Rechtliches

Spätestens mit der Novellierung des Sächsischen Psychisch-Kranken-Hilfegesetzes (SächsPsychKHG) im August 2024 sind Kliniken mit dem Angebot

und der Umsetzung beauftragt. Der Gesetzgeber beschreibt in § 28: „Die Patientin oder der Patient ist vor der Entlassung in verständlicher Weise auf die Möglichkeit des Abschlusses einer Behandlungsvereinbarung mit dem Krankenhaus hinzuweisen. Die Behandlungsvereinbarung hat auch die Wünsche der Patientin oder des Patienten bei Behandlungen gegen den natürlichen Willen und Sicherungsmaßnahmen zu enthalten, wenn die Patientin oder der Patient die Aufnahme wünscht.“ Auch andere Bundesländer haben diese Regelung bereits mit aufgenommen.

Bedenken und Limitationen

Zunächst ist die Verbreitung in den Kliniken noch nicht so weit fortgeschritten, wie man es bei der Bedeutung für die therapeutische Zusammenarbeit und die Selbstwirksamkeit und Selbstbestimmtheit der Menschen mit psychischen Erkrankungen annehmen könnte. Gleichzeitig macht es aber auch deutlich, wie komplex die Erarbeitung und Implementierung von Behandlungsvereinbarungen sind. Sollen Behandlungsvereinbarungen vermehrt und effektiv zur Anwendung kommen, ist eine Schulung aller am Patienten tätigen Mitarbeiter elementar, um die geeigneten Zielgruppen zu identifizieren, eine gemeinsame Erarbeitung anzubieten, und letztlich im Falle einer erneuten Aufnahme, den Zugriff auf das Dokument sicher zu gewährleisten (Ablageort, elektronischer Zugriff etc.) [15].

Nicht unberechtigte Bedenken bei einer regulären Etablierung von Behandlungsvereinbarungen bestehen darin, dass das Verhandeln in einem ruhigen Rahmen mit möglichst vielen Beteiligten Zeit und personelle Kapazitäten kosten könnte – während des regulären, laufenden Klinikbetriebs für viele in der psychiatrischen Klinik Tätige schwer vorstellbar [3, 6]. Es ist jedoch zu erwarten, dass diese investierte Zeit

einen hohen Mehrwert für die therapeutische Beziehung, die Verantwortungsübernahme und Selbstbestimmung der Patienten und die Behandlungsqualität zur Folge haben wird. Therapeutisches Vertrauen und individualisierte Behandlungsstrategien sind eine wertvolle Währung in der Behandlung chronisch psychiatrisch erkrankter Menschen und es ist wissenschaftlich nachgewiesen, dass dadurch akute stationäre Aufnahmen und Zwangsmaßnahmen reduziert sowie Behandlungszeiten verkürzt werden können.

Große Transparenz und Offenheit gegenüber Patienten und deren Angehörigen ist bei der Erstellung der Behandlungsvereinbarungen notwendig im Hinblick auf die Tatsache, dass Zwangsmaßnahmen oder Unterbringungen nicht immer sicher durch die Vereinbarung verhindert werden können – so eine mögliche Fehlannahme von Betroffenen. Bei Eigen- oder Fremdgefährdung greifen die Vereinbarungen gegebenenfalls nicht, wenn weniger belastende Maßnahmen zum Schutze von Patienten oder auch dem Behandlungsteam in einer Krisensituation nicht ausreichen und umsetzbar sind, wie zum Beispiel impulshafte und daher unvorhersehbare Selbst- und Fremdgefährdung bei schwerer Psychose und erkrankungsbedingte Unerreichbarkeit des Betroffenen.

Krisenpass

Der Krisenpass, auch als Krisenkarte bezeichnet, ist wie die Behandlungsvereinbarung ein noch relativ unbekanntes Instrument für psychiatrisch erkrankte Menschen. Er hat einen informativen Charakter. Darin können für Krisenfälle wie zum Beispiel psychotische Zustände in kurzer Form wesentliche Informationen für Helfer, Ärzte und Polizei festgehalten werden. Die Informationen umfassen die aktuelle Medikation, Kontaktdaten von Menschen, die im Krisenfall zu benach-



Eine Behandlungsvereinbarung kann die therapeutische Beziehung stärken.

richtigen sind, Angaben zu einer bestehenden Behandlungsvereinbarung und in welcher Einrichtung diese vorliegt und gegebenenfalls hilfreiche oder weniger hilfreiche Medikation für einen Krisenfall. Auch der Krisenpass wird in der S3-Leitlinie „Verhinderung von Zwang“ mit Empfehlungsgrad A empfohlen. Eine kürzlich im Deutschen Ärzteblatt publizierte Studie verglich die Effekte von Krisenpässen mit denen von Behandlungsvereinbarungen. Eine Überlegenheit der Behandlungsvereinbarung gegenüber dem Krisenpass konnte in Bezug auf die kumulative Behandlungsdauer insgesamt beziehungsweise auf die Behandlungsdauer mit Unterbringungsbeschluss und in Bezug auf Zwangsmaßnahmen nicht nachgewiesen werden. Jedoch zeigten sich positive Auswirkungen bei der Bewertung der Behandlungsvereinbarung vor allem in der Vertrauensbildung und der partizipativen Behandlungsgestaltung [10]. Der zusätzliche Aufwand erschien den Autoren somit durchaus gerechtfertigt.

Zusammenfassung

Behandlungsvereinbarungen und Krisenpässe sind spezielle Formen der gesundheitlichen Vorausverfügung, um bei Patienten mit chronisch-rezidivierenden Erkrankungen die Selbstbestimmung zu stärken und wichtige

Informationen bei Aufnahmen zur Verfügung zu haben. Sie werden gemeinschaftlich zwischen Patienten, Behandlern und gegebenenfalls weiteren dritten Vertrauenspersonen geschlossen. Die Nutzung bilateraler Vereinbarungen stärkt nachweislich die therapeutische Beziehung sowie Selbstwirksamkeit der Patienten und ist insbesondere bei Patienten mit wiederholten stationären Behandlungen angebracht. Nach Durchsicht der zur Verfügung stehenden Literatur scheint eine kombinierte Erstellung aus Krisenpass und einer individuellen Behandlungsvereinbarung hilfreich und wird empfohlen. Es bedarf weiterer Untersuchungen zur aktuellen Umsetzung und Wirksamkeit.

Welche Erfahrungen haben Sie in Ihrer Klinik mit (psychiatrischen) Patientenverfügungen gemacht? Gibt es ein standardisiertes Vorgehen? Wie könnte man die Verbreitung in Sachsen unterstützen? Schreiben Sie uns gern! ■

Literatur unter www.slaek.de → Über Uns → Presse → Ärzteblatt

Dr. med. Feras Al Hamdan
 Arzt in Weiterbildung
 Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie
 Mitglied Klinisches Ethik-Komitee,
 Universitätsklinikum Carl Gustav Carus Dresden
 Ethikberater im Gesundheitswesen (zert. AEM)
 Mitglied Arbeitskreis Ethik in der Medizin,
 Sächsische Landesärztekammer
 E-Mail feras.alhamdan@ukdd.de