

Aus dem Institut für Ethik, Geschichte und Theorie der Medizin

Institut der Ludwig-Maximilians-Universität München

Vorstand: Prof. Dr. Georg Marckmann, MPH

Behandlungsvereinbarungen in der Akutpsychiatrie

Eine methodenplurale Studie zur Einstellung klinisch tätiger Psychiater

Dissertation

zum Erwerb des Doktorgrades der Medizin

an der Medizinischen Fakultät der

Ludwig-Maximilians-Universität zu München

vorgelegt von

Katja Schwarz, geb. Kranz

aus Bad Waldsee

2020

Mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät
der Universität München

Berichterstatter: Prof. Dr. med. Georg Marckmann, MPH

Mitberichterstatter: Prof. Dr. med. Norbert Nedopil
Prof. Dr. med. Axel Steiger

Mitbetreuung durch die
promovierte Mitarbeiterin: Dr. rer. biol. hum. Katja Kühlmeyer, Dipl. psych.

Dekan: Prof. Dr. med. dent. Reinhard Hickel

Tag der mündlichen Prüfung: 12.03.2020

Danksagung

Mein erster Dank gilt meinem Doktorvater, Herrn Prof. Dr. Georg Marckmann, der mir die Möglichkeit eröffnet hat, dieses spannende und bedeutsame Thema bearbeiten zu können. Für das in mich gesetzte Vertrauen, den konstruktiven Austausch und die hilfreichen Anregungen bin ich ihm sehr dankbar. Besonderer Dank gilt meiner Betreuerin Frau Dr. Katja Kühlmeyer für die beständige Begleitung meiner Forschungsarbeit. Die zahlreichen Diskussionen und vielfältigen Hinweise habe ich als überaus wertvoll und bereichernd für die Arbeit wahrgenommen.

Mein großer Dank gilt auch Herrn Dr. Raoul Borbé, dessen freundliches Einverständnis eine Replikation seiner Befragung aus dem Jahr 2009 ermöglichte. Durch seine Einwilligung wurde mir die Chance zuteil, die Entwicklungstendenzen auf dem Gebiet der Behandlungsvereinbarung aufzuzeigen.

In besonderer Weise bin ich den Kliniken und ihren Ärztinnen und Ärzten zu Dank verpflichtet, die sich zu einer Teilnahme an der quantitativen und der qualitativen Studie bereit erklärt haben und die diese Untersuchung ungeachtet der vielfältigen klinischen Verpflichtungen in so selbstverständlicher Art unterstützt haben. Sie haben diese Forschungsarbeit erst ermöglicht.

Den Mitgliedern der Qualitativen Werkstatt der LMU München danke ich für die gemeinsame methodische Reflexion, aus der sich hilfreiche Anregungen ergaben. Der Ludwig-Maximilians-Universität München bin ich dankbar für die Förderung meiner Forschungsarbeit, die ich im Rahmen des Projekts „Lehre@LMU“ erhalten habe. Frau Dr. Sabine Pentz half bei der finalen formalen Prüfung des Textes. Auch ihr gilt mein herzlicher Dank.

Zusammenfassung

Die Wahrung des Selbstbestimmungsrechtes in der medizinischen Versorgung ist ethisch wie auch rechtlich geboten. Daher ist die Einbeziehung von Patienten in Behandlungsentscheidungen von hoher Bedeutung. Schwierigkeiten können sich folglich in Situationen ergeben, in denen Patienten ihren Willen krankheitsbedingt nicht mehr frei äußern können. Dies trifft neben den Situationen am Lebensende insbesondere auch auf psychiatrische Erkrankungen, wie etwa im Rahmen von schizophrenen oder manischen Psychosen, zu. In psychiatrischen Krisensituationen können darüber hinaus erschwerend krankheitsbedingte Eigen- und/oder Fremdgefährdungen hinzukommen. Im Rahmen einer eingeschränkten Willensbildung kann so umgehendes ärztliches Handeln entgegen dem geäußerten natürlichen (unfreien) Willen des Patienten notwendig werden. Dabei können freiheitsentziehende Maßnahmen wie Zwangsunterbringung, Zwangsmaßnahmen (Isolierung, Fixierung) und als Ultima Ratio auch eine psychiatrische Zwangsbehandlung (Medikation) erforderlich werden. Dies wird von vielen Patienten als belastend und entwürdigend, zum Teil auch als traumatisierend wahrgenommen (1-3). Für entsprechende Situationen ist folglich aus ethischer Perspektive eine Vorausverfügung des Patienten wünschenswert. Aber auch aus rechtlicher Sicht ist die Wahrung des Selbstbestimmungsrechtes auch in Krisensituationen geboten. Im Jahr 2009 hat der Gesetzgeber die Patientenrechte im Rahmen des sogenannten Patientenverfügungsgesetzes (§ 1901a BGB) durch die Rechtsverbindlichkeit von vorausverfügten Willensbekundungen deutlich gestärkt. Da das Gesetz keiner sogenannten Reichweitenbegrenzung unterliegt, gilt es unabhängig von Art und Schwere einer Erkrankung und stärkt damit auch die Selbstbestimmungsrechte psychiatrischer Patienten in Krisensituationen. Vorausverfügungsinstrumente erhalten bei näherer Betrachtung eine geradezu besondere Bedeutung für die Psychiatrie, da einige psychiatrische Erkrankungen nicht selten chronisch rezidivierend verlaufen und mögliche erneute Krisenepisoden mit eingeschränkter Willensbildung auf Basis von gesammelten Erfahrungswerten eine gewisse Vorhersehbarkeit aufweisen.

Vor allem das psychiatriespezifische Vorausverfügungsinstrument der Behandlungsvereinbarung (BV) konnte in der internationalen Forschung durch den Abstimmungsprozess mit der Klinik besondere Vorzüge in der Qualität der Vorausverfügung und der Arzt-Patienten-Beziehung aufzeigen. So wird eine BV auf Basis eines konstitutiven bilateralen Vereinbarungsprozesses zwischen dem Patienten und Vertretern der Klinik für den Fall einer erneuten Krise abgeschlossen. Allerdings lag nach bisherigem Wissen bis um den Zeitraum des Patientenverfügungsgesetzes, ungeachtet der vielversprechenden Vorzüge, nur eine sehr geringe Abschlussrate an BVen in psychiatrischen Kliniken in Deutschland vor. Ob die Stärkung der Patientenrechte im Jahr 2009 bis heute Einfluss auf die Verbreitung und Abschlussrate von BVen genommen hat, ist nicht bekannt. Ebenso liegen aus dem deutschsprachigen Raum kaum

Kenntnisse über Erfahrungswerte, mögliche Hürden für die klinische Einführung oder aber die Einstellung der klinisch tätigen Psychiater zur BV vor.

Die vorliegende methodenplurale Studie verfolgt die Zielsetzung exemplarisch am Bundesland Bayern erstmals knapp viereinhalb Jahre nach der Stärkung der Patientenrechte Einblicke in die klinische Verbreitung und Umsetzung von BVen sowie die Einstellung von Psychiatern zur BV zu gewinnen.

Im Rahmen der vorliegenden quantitativen Fragebogenstudie wurden die 57 bayerischen psychiatrischen Kliniken mit Pflichtversorgungsauftrag und/oder der Möglichkeit der Akutaufnahme angeschrieben (Rücklaufquote 53 %). Um mögliche Veränderungen evaluieren zu können, fand die Befragung als Replikation einer deutschlandweiten Studie aus dem Jahr 2009 von Borbé und Kollegen statt. Erhoben wurden primär die Verbreitung und die Abschlussrate der BV sowie die Erfahrungswerte und die Gründe der jeweiligen Klinikleiter für eine klinische Nicht-Einführung.

Zudem wurde eine qualitative Interviewstudie an zwei psychiatrischen Kliniken, jeweils mit und ohne Angebot einer BV, mit 11 Gesprächspartnern unterschiedlicher Hierarchieebenen durchgeführt. Dabei wurde die Einstellung der befragten Psychiater zur BV hinsichtlich förderlicher (Chancen und Potentiale) und hinderlicher Faktoren (Risiken und Hindernisse) für das Vorausplanungsinstrument untersucht.

Die Fragebogenstudie zeigt exemplarisch am Bundesland Bayern auf, dass die Stärkung der Patientenrechte durch das sogenannte Patientenverfügungsgesetz (BGB § 1901a) im Jahr 2009 keine wesentlichen Auswirkungen auf die Vorausplanungspraxis in der psychiatrischen Versorgung genommen hat. So bieten weniger als die Hälfte (45 %, 13/29) der teilnehmenden Kliniken eine BV an. Kliniken mit dem Angebot einer BV weisen weiterhin eine minimale Abschlussrate von nur 1,4 BVen/Jahr im Median vor. Darüber hinaus zeigt sich im Vergleich zum Jahr 2009 eine deutlich kritische Haltung der Klinikleiter bei der Erhebung der Erfahrungswerte mit BVen. In Kliniken, die keine BV anbieten, nannten die Klinikleiter als wesentliche Gründe für eine Nicht-Einführung der BV eine mangelnde Nachfrage durch die Patienten wie auch seitens der Kliniken selbst.

Die Interviewstudie weist jedoch auf vielseitige und bedeutende Chancen und Potentiale einer BV für alle Beteiligten sowohl im Prozess des Beratungsgesprächs als auch in der konkreten Krisensituation hin. Diese lassen sich unter folgenden Themenkomplexen subsumieren: die strukturelle Verbesserung der ärztlichen Tätigkeit, die Entstigmatisierung der psychiatrischen Behandlung, die Förderung des therapeutischen Bündnisses, die verbesserte psychiatrische Versorgung und die Steigerung der Selbstbestimmung der Patienten.

Gleichzeitig deuten sich durch die genannten hinderlichen Faktoren vielfältige Hürden für die BV in der psychiatrischen Versorgung an, welche die von den Klinikleitern in der quantitativen Fragebogenstudie genannte mangelnde Nachfrage nach BVen näher begründen kann. So behindern womöglich

unterschiedliche und teils divergente Interessen und Zielsetzungen der beteiligten Parteien hinsichtlich des Instrumentes den Abschluss und die Umsetzung einer BV. Weiterhin deuten sich unzureichende Rahmenbedingungen (mangelnde Implementierung, widersprüchliche Anforderungen in der Krisensituation, mangelnde Klarheit der Rechtslage) als Hürden für die BV an. Neben den organisatorischen Rahmenbedingungen zeichnen sich ein für die ärztliche Tätigkeit tradiertes Fürsorge-Ethos und ein Paternalismus mit dem obersten Ziel der bestmöglichen Behandlung des spezifischen Krankheitsbildes ab, die möglicherweise dem Patientenwillen entgegenstehen können. Diese Hürden fördern womöglich, entgegen dem Wissen um die vielfältigen Chancen, eine teils restriktive Einstellung der befragten Psychiater gegenüber BVen, wonach das Instrument als zweifelhaft umsetzbar, fraglich nutzbringend für die Behandlung oder sogar mit möglichen schädigenden Folgen behaftet betrachtet wird.

Aus den Einblicken durch die vorliegenden Studien sowie aus den Erkenntnissen der Literatur lässt sich schlussfolgern, dass nicht weniger als ein sukzessiver Kulturwandel in der psychiatrischen Versorgung notwendig ist, um die partizipative Behandlungsgestaltung und damit das ethisch wie auch rechtlich gebotene Selbstbestimmungsrecht in der klinischen Praxis zu fördern. Ein begleitender Strukturwandel erscheint dabei unerlässlich. Die Rahmenbedingungen für eine erfolgreiche klinische Verankerung von BVen kann, nach dem Vorbild von Vorausverfügungen für Situationen am Lebensende, ein strukturiertes Advance Care Planning-Programm (ACP-Programm) bieten. Flankierend sollte das Wissen um BVen und um damit einhergehende ethische wie auch rechtliche Aspekte in der psychiatrischen Versorgung durch Weiter- und Fortbildungen gestärkt werden. Empfehlenswert ist die Implementierung eines ACP-Pilotmodells im Rahmen eines Forschungsprojektes, das durch die Psychiatrie und Medizinethik begleitet wird, um den möglichen weiteren Handlungsbedarf ableiten zu können.

Inhaltsverzeichnis

Danksagung.....	3
Zusammenfassung.....	4
Inhaltsverzeichnis.....	7
1 Einleitung.....	10
1.1 Psychische Erkrankungen und Selbstbestimmung.....	11
1.2 Rechtliche Rahmenbedingungen.....	12
1.3 Instrumente der Vorausverfügung.....	15
1.4 Die Behandlungsvereinbarung.....	15
1.5 Verbreitung und Abschlüsse von Behandlungsvereinbarungen.....	17
1.6 Zielsetzungen und Fragestellungen.....	19
1.7 Aufbau der Arbeit.....	20
2 Auswahl der Forschungsmethoden.....	21
2.1 Methodenplurales Forschungsdesign.....	21
2.2 Quantitative Studie.....	21
2.3 Qualitative Studie.....	22
3 Studie 1: Quantitative Studie.....	24
3.1 Material und Methoden.....	24
3.1.1 Grundgesamtheit und Planung der Befragung.....	24
3.1.2 Fragebogen.....	24
3.1.3 Durchführung.....	25
3.1.4 Statistische Auswertung.....	26
3.2 Ergebnisse.....	27
3.2.1 Deskriptive statistische Daten.....	27
3.2.2 Verbreitung und Umsetzung der BV.....	29
3.2.3 Rahmenbedingungen für Abschluss und Anwendung der BV.....	32
3.2.4 Erfahrungen mit der Behandlungsvereinbarung.....	35
4 Studie 2: Qualitative Studie.....	37
4.1 Material und Methoden.....	37
4.1.1 Erhebungsverfahren.....	37
4.1.2 Interviewleitfaden.....	37
4.1.3 Planung der Stichprobe.....	39
4.1.4 Durchführung.....	43
4.1.5 Datenanalyse.....	44
4.2 Ergebnisse.....	46

4.2.1	Aufbau.....	46
4.2.2	Soziodemografische Daten und sonstige Angaben aus dem Begleitfragebogen.....	47
4.2.3	Chancen und Potentiale der BV.....	49
4.2.3.1	K1: Besondere Eignung für spezifische Patientengruppen.....	50
4.2.3.2	K2: Chancen und Potentiale des Beratungsgesprächs zur BV.....	51
4.2.3.3	K3: Chancen und Potentiale der BV in der Krisensituation.....	56
4.2.4	Risiken und Hindernisse der BV.....	61
4.2.4.1	K1: Mangelnde Nachfrage.....	63
4.2.4.2	K2–3: <i>Einschränkungen durch GERINGE oder HOHE Verbindlichkeit</i>	64
4.2.4.2.1	K2: GERINGE Verbindlichkeit in praktischer Tätigkeit.....	64
4.2.4.2.2	K3: Risiko juristischer Konsequenzen aufgrund HOHER Verbindlichkeit.....	66
4.2.4.3	K4: Einschränkungen im Wirkungsradius der BV in der klinischen Versorgung.....	66
4.2.4.4	K5–6: <i>Einschränkungen durch fraglichen Nutzen oder möglichen Schaden in der klinischen Versorgung</i>	68
4.2.4.4.1	K5: Bezweiflung des Nutzens.....	68
4.2.4.4.2	K6: Vermutetes Schadenspotential.....	71
4.2.4.5	K7: Krankheitsbedingte Einschränkungen im Denken und Handeln von Patienten auch in remittierten Phasen.....	73
4.2.4.6	K8–10: <i>Inadäquate organisatorische Rahmenbedingungen</i>	75
4.2.4.6.1	K8: Fehlende Anpassung von Prozessen und Organisation für Abschluss der BV.....	75
4.2.4.6.2	K9: Fehlende Anpassung von Prozessen und Organisation für Anwendung der BV....	76
4.2.4.6.3	K10: Ökonomische Vorgaben und Ziele.....	77
4.2.4.7	K11–14: <i>Mangelndes Commitment der Beteiligten</i>	78
4.2.4.7.1	K11: Anspruch des Arztes auf Entscheidungshoheit.....	78
4.2.4.7.2	K12: Gefahr der wirkungslosen Bürokratisierung.....	79
4.2.4.7.3	K13: Interpersonelle Konflikte bei der Anwendung.....	79
4.2.4.7.4	K14: Einstellung der Führungskräfte.....	80
5	Diskussion	82
5.1	Verbreitung, Abschlüsse und Erfahrungen mit der BV.....	82
5.1.1	Verbreitung der BV.....	82
5.1.2	Abschlüsse der BV.....	84
5.1.3	Fazit zur Verbreitung und zu den Abschlüssen von BVen.....	85
5.1.4	Klinische Rahmenbedingungen der BV.....	85
5.1.5	Erfahrungen mit der BV.....	87
5.1.6	Fazit zu den Erfahrungen mit BVen.....	91
5.2	Chancen und Potentiale der BV.....	92
5.2.1	Strukturelle Verbesserungen der ärztlichen Tätigkeit.....	93
5.2.2	Förderung der Entstigmatisierung der psychiatrischen Kliniken und der Psychiater.....	96
5.2.3	Förderung des therapeutischen Bündnisses.....	97
5.2.4	Verbesserte psychiatrische Versorgung.....	99
5.2.5	Steigerung der Mit-/Selbstbestimmung.....	100
5.3	Für welche Patienten sind BVen geeignet?.....	104
5.4	Hürden für die Realisierung einer BV.....	105
5.4.1	Unterschiedliche Interessen und Zielsetzungen der Stakeholder.....	106

5.4.2	Strukturelle Hürden der BV	108
5.4.2.1	Strukturelle Rahmenbedingungen der psychiatrischen Tätigkeit	109
5.4.2.1.1	Geringe Implementierung der BV in der Klinik	109
5.4.2.1.2	Widersprüchliche Anforderungen in der Krisensituation	111
5.4.2.1.3	Geringe Klarheit der Rechtslage	117
5.4.2.2	Fürsorge und Paternalismus in der Psychiatrie	118
5.5	Fazit	119
5.6	Ausblick: Kulturwandel durch strukturellen Wandel mittels Advanced Care Planning (ACP)	121
5.7	Limitation	124
5.7.1	Quantitative Studie	124
5.7.2	Qualitative Studie	125
6	Literaturverzeichnis	127
7	Abbildungsverzeichnis	140
8	Tabellenverzeichnis	140
9	Abkürzungsverzeichnis	141
10	Anhang	143
11	Eidesstattliche Versicherung	158

1 Einleitung

Die gesundheitliche Vorausplanung von zukünftigen Behandlungsentscheidungen hat in Deutschland wie auch international im vergangenen Jahrzehnt beträchtlich an Bedeutung gewonnen. In den Fokus des allgemeinen Interesses ist dabei vorwiegend die Patientenverfügung (PV) als ein Instrument für Entscheidungen am Lebensende gerückt. Hierzu beigetragen hat in Deutschland auch das sogenannte Patientenverfügungsgesetz (§ 1901a BGB), welches am 1. September 2009 in Kraft getreten ist und seitdem vorausverfügten Behandlungswünschen von Patienten in zukünftigen Situationen der Einwilligungsunfähigkeit einen verbindlichen Charakter verleiht. Dabei werden jedoch nicht nur Vorausplanungen rechtsverbindlich gestärkt, die explizit den Namen Patientenverfügungen tragen, sondern jegliche Formen der schriftlichen Vorausverfügung, die die entsprechenden Gültigkeitserfordernisse erfüllen (4, 5). Die weit reichende Wirkung des Gesetzes und die hohe Bedeutung des Selbstbestimmungsrechts von Patienten wird durch den Gesetzgeber dadurch betont, dass keine sogenannte Reichweitenbegrenzung vorgesehen wurde, sodass alle Patienten, unabhängig von „Art und Stadium einer Erkrankung“ (§ 1901a Abs. 3 BGB) (5), von dem Gesetz profitieren können (6).

So treten entsprechende Situationen der Einwilligungsunfähigkeit nicht nur bei schweren Krankheitsverläufen am Lebensende oder in akuten Notfällen mit einhergehendem Bewusstseinsverlust, sondern verhältnismäßig häufig auch in der psychiatrischen Versorgung auf. Da von psychischen Erkrankungen Betroffene nicht selten unter rezidivierenden oder chronischen Krankheitsverläufen leiden, erscheinen Vorausverfügungen gerade in der psychiatrischen Versorgung eine besondere Relevanz zu erhalten. Daher sind zu diesem Zweck weitere spezifische Instrumente der Vorausverfügung entstanden. Heute am relevantesten sind darunter wohl der „Krisenpass“, der als handliches Faltblatt in prägnanter Form Notfallinformationen festhalten soll, sowie die „Behandlungsvereinbarung“, die als konsensorientierte Vorausverfügung einen konstitutiven dialogischen Vereinbarungsprozess zwischen dem Patienten und der Klinik vorsieht (7). Insbesondere das Instrument der „Behandlungsvereinbarung“ (BV) wird international zunehmend in der Forschungsliteratur diskutiert, da ihr im Rahmen der Versorgung psychisch Erkrankter, auch auf Grund des obligaten Vereinbarungsprozesses, besondere Vorzüge und Erfolge zugesprochen werden (8-15). So ist eine sogenannte Behandlungsvereinbarung eine schriftliche Willensbekundung für die Behandlung in zukünftigen Krisensituationen, die im gemeinsamen Einvernehmen zwischen dem Patienten und zumindest einem Vertreter der Klinik geschlossen wird (16).¹ Sie kann neben allgemeinen Präferenzen zur Aufnahmesituation, sozialen Wünschen (Kontaktaufnahmen, Regelung persönlicher Angelegenheiten etc.) und Informationen zu bisherigen klinischen Erfahrungen

¹ Im Folgenden wird aus Gründen der Lesbarkeit und Übersichtlichkeit auf Geschlechtsbezeichnungen verzichtet und die männliche Form (z. B. Vertreter der Klinik, Psychiater, Arzt, Interviewpartner, Teilnehmer etc. und in anderem Fall entsprechend Patient, Betroffener etc.) verwendet. Die männliche Form wird daher in der vorliegenden Arbeit neutral bezüglich des Geschlechts der Person gebraucht.

auch Willensbekundungen zur Behandlung festhalten, die dann – ebenso wie der Inhalt einer Patientenverfügung – einen rechtsverbindlichen Charakter haben. So können Behandlungsvereinbarungen möglicherweise in der schwierigen Situation einer akuten Krise eine Unterstützung für alle Beteiligten bei Behandlungsentscheidungen bieten und zur Deeskalation beitragen.

Ungeachtet der förderlichen rechtlichen Rahmenbedingungen und der vielfach in der Forschung diskutierten Vorzüge werden Behandlungsvereinbarungen nach bisherigem Kenntnisstand aus den Jahren 2009/2010 äußerst selten in der psychiatrischen Versorgung genutzt (7, 17). Ob sich die Nutzung von Behandlungsvereinbarungen seit diesem Zeitraum, und damit auch seit der gesetzlichen Neuregelung durch das sogenannte Patientenverfügungsgesetz (§ 1901a BGB), verändert hat, ist bisher nicht bekannt. Des Weiteren sind die vorliegenden klinikinternen Rahmenbedingungen ebenso wie förderliche und hinderliche Faktoren für das Instrument bisher wenig erforscht (8). In dieser Arbeit sollen daher aktuelle Tendenzen in der Verbreitung und den Abschlüssen des Angebots von Behandlungsvereinbarungen erfasst sowie mögliche Chancen und Hindernisse für die Verwendung des Instrumentes aus der Perspektive der klinisch tätigen Psychiater erhoben werden. Diese Forschungsarbeit möchte damit einen Beitrag dazu leisten, förderliche und hinderliche Faktoren für die Etablierung von Behandlungsvereinbarungen als Vorausplanungsinstrument in der psychiatrischen Versorgung zu identifizieren.

Um weitere Hintergründe zur vorliegenden Forschungsarbeit zu erläutern, möchte ich im Folgenden detaillierter auf die Themen psychische Erkrankung und Selbstbestimmung, rechtliche Rahmenbedingungen, Instrumente der Vorausplanung – darunter die Behandlungsvereinbarung im Speziellen – sowie auf deren Verbreitung und Abschlüsse eingehen. Anschließend werde ich die Zielsetzungen und Fragestellungen dieser Arbeit zusammenfassen.

1.1 Psychische Erkrankungen und Selbstbestimmung

Psychische Erkrankungen gewinnen weltweit durch eine steigende Prävalenz gesellschaftlich wie auch gesundheitsökonomisch zunehmend an Bedeutung. Gegenwärtig leiden so in Deutschland innerhalb eines Jahres etwa 30 % der erwachsenen Bevölkerung im erwerbsfähigen Alter an mindestens einer psychischen Erkrankung (18). Unter den diagnostizierten Betroffenen erhalten etwa 4 % eine stationäre Behandlung (19). Psychische Krisensituationen stellen für Betroffene, aber auch für Angehörige und Behandler besondere Herausforderungen dar. Denn nicht allein Gesundheit, Wohlbefinden, soziale Teilhabe und Alltagsfunktionalität der Betroffenen können beeinträchtigt sein, sondern unter Umständen auch die Fähigkeit zur Selbstbestimmung. Gerade in Fällen schwerer Verlaufsformen kann die autonome (freie) Willensbildung tiefgreifend betroffen sein (Mangel an „freiem Willen“) und folglich eine situativ eingeschränkte Selbstbestimmungsfähigkeit vorliegen (20). Nicht selten gehen psychiatrische Erkrankungen zusätzlich mit einer Eigen- und/oder Fremdgefährdung einher. In diesen Fällen

kann Zwang, als Handlung entgegen dem geäußerten unfreien, sogenannten „natürlichen Willen“, zum Wohle des Patienten als Ultima Ratio im Rahmen der stationären Versorgung geboten sein (21, 22).

Dass wir in diesem Zusammenhang keinesfalls von einer kleinen Gruppe von Patienten sprechen, bei denen Maßnahmen wie Isolierung, Fixierung (Zwangsmaßnahmen) und Zwangsmedikation angewendet werden, zeigen die folgenden Zahlen. So wird nach derzeitiger Schätzung bei etwa 10 % der stationär psychiatrisch behandelten Patienten Zwang ausgeübt (23). Wird dabei die Zahl der vollstationär psychiatrisch behandelten Patienten aus dem Jahr 2012 von 1 219 754 Patienten zu Grunde gelegt (23), so ist bildlich gesprochen jährlich etwa die Einwohnerzahl einer deutschen Großstadt (121 975 Patienten) von ausgeübtem Zwang betroffen. Viele dieser Patienten nehmen Zwang als zumindest belastend, einige als entwürdigend oder gar traumatisierend wahr (1-3). Die negative Erfahrung des angewendeten Zwangs kann so dazu führen, dass Erkrankte eine zunehmende Hemmschwelle gegenüber Hilfsangeboten des psychiatrischen Versorgungssystems entwickeln (24). Dies kann sich letztlich auch negativ auf den Behandlungserfolg auswirken.

Neben diesen Erkenntnissen aus der klinischen Praxis sprechen auch ethische Überlegungen für eine Förderung der Selbstbestimmung. Genannt sei an dieser Stelle nur die weithin anerkannte normative Orientierung an der Prinzipienethik und dem medizinethischen Prinzip des „Respekts der Autonomie“ der Patienten von Beauchamp und Childress (25). Dabei besteht weitestgehend Einigkeit darüber, dass dieses Prinzip auch für Krisensituationen gilt, in denen unter Umständen eine situativ eingeschränkte Selbstbestimmungsfähigkeit vorliegt (26). Daraus lässt sich erkennen, dass ungeachtet der positiven Entwicklungen der letzten Jahrzehnte eine weitere Stärkung der Patientenrechte wünschenswert ist.² Hieraus ergeben sich praxisrelevante Fragestellungen für die Umsetzung. So stellt sich genauer gesagt aus medizinethischer Perspektive nicht mehr die Frage, „ob die Autonomie des Patienten zu respektieren ist, sondern, wie dies in angemessener Art und Weise geschehen kann“ (26).

1.2 Rechtliche Rahmenbedingungen

In den vergangenen Jahren hat eine dynamische rechtliche Entwicklung in Bezug auf die psychiatrische Versorgung stattgefunden. Dabei wurden die folgenden drei richtungsweisenden Entscheidungen getroffen, die für die Selbstbestimmung des Patienten und folglich auch für Instrumente der Behandlungsvorausplanung, wie die Behandlungsvereinbarung (BV), förderlich sind: die Ratifizierung der UN-Behindertenrechtskonvention (UN-BRK), das sogenannte Patientenverfügungsgesetz (§ 1901a BGB) und das Gesetz zur Regelung der betreuungsrechtlichen Einwilligung in eine ärztliche Zwangsmaß-

² Dabei kann an Entwicklungen seit den 1960er Jahren angeknüpft werden, die für die Selbstbestimmung der Patienten gegenüber dem Modell des tradierten ärztlichen Paternalismus förderlich gewesen sind. Als Stichworte seien hier nur der gesellschaftliche Aufbruch und die antiautoritären Bestrebungen der 1960er Jahre, die Auswirkungen der Psychiatrie-Enquête des Deutschen Bundestages in den 1970er Jahren mit den einhergehenden Reformen zur Verbesserung der psychiatrischen Versorgung sowie die Betroffenen-Bewegungen der Psychiatrie-Erfahrenen genannt (27).

nahme (§ 1906 BGB beziehungsweise § 1906a BGB). Im Folgenden werden diese drei richtungsweisenden Entscheidungen im Hinblick auf die Stärkung der Selbstbestimmung des Patienten näher betrachtet.

Im März 2009 wurde die UN-Behindertenrechtskonvention (UN-BRK) von der Bundesrepublik Deutschland ratifiziert und damit die Gleichstellung von Menschen mit Behinderungen, einschließlich geistiger Behinderungen mit seelischen Schwierigkeiten oder psychischen Erkrankungen, als geltendes Recht bestärkt. Sie fordert die Abschaffung von Barrieren, um eine gleichberechtigte Teilnahme an der Gesellschaft sicherzustellen. Im Zusammenhang mit der BV sind vorwiegend die menschenrechtlichen Prinzipien der Achtung der „individuellen Autonomie“ (Art. 3 UN-BRK) und der „Nichtdiskriminierung“ (Art. 3 und 5 UN-BRK) mit dem einhergehenden Erfordernis „angemessener Vorkehrungen“ (Art. 2 und 5 UN-BRK) sowie auch das Recht auf „Freiheit und Sicherheit“ (Art. 14 UN-BRK) und die „Unversehrtheit der Person“ (Art. 17 UN-BRK) von hoher Bedeutung (28). Eine Konkretisierung der Konvention fordert folglich die Stärkung „assistierter Selbstbestimmung“ (29). Strukturelle Defizite der Unterstützung zur Selbstbestimmung sind demnach zu beseitigen, um die Wahrung des individuellen Rechts in der Praxis gewährleisten zu können (30).

Noch im selben Jahr wurden die Rechte psychiatrischer Patienten zusätzlich durch das 3. Gesetz zur Änderung des Betreuungsrechts, das sogenannte Patientenverfügungsgesetz (§ 1901a BGB), verbindlich gestärkt, welches am 1. September 2009 in Kraft trat (5). Auch wenn die primäre Intention darin lag, die „Patientenautonomie am Lebensende“ zu stärken und das Gesetz somit vor allem mit Blick auf Entscheidungen am Lebensende bei somatisch erkrankten Patienten erstellt wurde (31), hat der Gesetzgeber letztlich ausdrücklich keine Reichweitenbeschränkung vorgesehen (6). Daher ist die Regelung zur Beachtung schriftlicher Vorausverfügung auch für Menschen mit psychischen Erkrankungen gültig. Das Gesetz stärkt seitdem explizit die vorausverfügten Behandlungsentscheidungen aller Patienten.

Die Intention des Gesetzgebers zur Förderung der Verbreitung von Vorausverfügungen wurde durch eine Ergänzung des § 1901a BGB, welche am 22. Juli 2017 in Kraft trat, zusätzlich bekräftigt (§ 1901a Abs. 4 BGB). So wurde explizit eingefügt, dass der Betreuer „den Betreuten in geeigneten Fällen auf die Möglichkeit einer Patientenverfügung hinweisen und ihn auf dessen Wunsch bei der Errichtung einer Patientenverfügung unterstützen“ soll.

Unbeeinflusst vom Patientenverfügungsgesetz bleiben grundsätzlich „psychiatrische Befragungen und Untersuchungen“ im Vorfeld einer eventuellen Behandlung zur Feststellung der möglichen Diagnose(n), der Betreuungs- sowie der Unterbringungsbedürftigkeit. Ebenso ausgeschlossen werden die Unterbringung beziehungsweise unterbringungsähnliche Maßnahmen zur „Gefahrenabwehr“ (wie Isolierung, Fixierung) (6).

In den folgenden Jahren wurde im Hinblick auf das Recht zur Selbstbestimmung auch die Anwendung von Zwang in der Psychiatrie juristisch eingeschränkt und in der Folge neu geregelt. Ausschlaggebend

hierfür waren ein Fall im Maßregelvollzug in Rheinland-Pfalz sowie ein Fall in Baden-Württemberg. Das Bundesverfassungsgericht stellte im Jahr 2011 in diesen zwei wegweisenden Urteilen fest, dass die Zwangsbehandlung einen schweren Grundrechtseingriff (in Art. 2 Abs. 2 GG) in die körperliche Unversehrtheit und das einhergehende Selbstbestimmungsrecht darstellt und diese somit im Einzelfall nur unter strengen Anforderungen zulässig ist. Diese Voraussetzungen sah das Bundesverfassungsgericht in den jeweiligen Unterbringungsgesetzen nicht gegeben, wonach keine verfassungsmäßige Grundlage für die Zwangsbehandlung vorlag (32-35). Im Juni 2012 stellte daraufhin auch der Bundesgerichtshof den Mangel an gesetzlichen Grundlagen für eine betreuungsrechtliche Zwangsbehandlung fest (36). So entstand eine etwa zwei Jahre bestehende Situation der rechtlichen Unsicherheit, bis letztlich die Neuregelung des Betreuungsrechts durchgeführt wurde (37). Im Februar 2013 wurde schließlich das „Gesetz zur Regelung der betreuungsrechtlichen Einwilligung in eine ärztliche Zwangsmaßnahme“ vom Bundestag verabschiedet und im § 1906 des Bürgerlichen Gesetzbuches (BGB) ergänzt, in dem zuvor nur die Zwangsunterbringung geregelt war (38, 39). Damit hat der Bundesgesetzgeber eine hinreichend bestimmte Regelung für die Zwangsbehandlung vorgelegt. Geregelt ist darin jedoch auch, dass die Zwangsbehandlung auf Grund des schwerwiegenden Grundrechtseingriffs nur als Ultima Ratio in Betracht gezogen werden kann. Nachfolgend wurde am 22. Juli 2017 der § 1906a BGB eingefügt, wodurch die ärztliche Zwangsmaßnahme von der freiheitsentziehenden Unterbringung entkoppelt wurde (40). In diesem Zuge wurde darüber hinaus die ausdrückliche Voraussetzung ergänzt, dass der zu beachtende Wille des Patienten nach dem sogenannten Patientenverfügungsgesetz § 1901a BGB einer ärztlichen Zwangsmaßnahme nicht entgegenstehen darf (§ 1906a Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 BGB) (40).

Durch das erst kürzlich am 24. Juli 2018 verkündete Urteil des Bundesverfassungsgerichts zur Fixierung von Patienten haben die Themen Schutz und Selbstbestimmung von psychiatrischen Patienten über die genannten Entscheidungen hinaus erneut Beachtung erhalten. Hiernach muss die Fixierung als besondere Sicherungsmaßnahme nunmehr ebenso erhöhten Anforderungen genügen. Das Bundesverfassungsgericht entschied, dass die Fixierung als freiheitsentziehende Maßnahme gemäß dem Grundgesetz einer gesonderten richterlichen Genehmigung bedarf (in Art. 104 Abs. 2 Satz 1 GG), zumindest soweit sie nicht nur kurzfristig durchgeführt wird und damit absehbar über die Dauer von einer halben Stunde hinausgeht. Mit dem „Freiheitsgrundrecht sowie dem Verhältnismäßigkeitsgrundsatz“ begründet hält das Urteil fest, dass eine Fixierung „nur als letztes Mittel vorgesehen ist, wenn mildere Mittel nicht (mehr) in Betracht kommen“. Zur Wahrung der Grundrechte wurden zugleich besondere Anforderungen an die Durchführung dieser Sicherungsmaßnahme gestellt. Im Falle der Zwangsfixierung muss so eine „Eins-zu-eins-Betreuung“ durch qualifiziertes Personal sichergestellt werden (41, 42).

Die Rechtsprechung betont damit die Wichtigkeit der Ausschöpfung aller kooperativen Möglichkeiten und vertrauensfördernden Maßnahmen. Dies gilt im eigentlichen engeren Sinne für die akute Krisensituation und auch im weiteren Sinne für Situationen, in denen das Erstellen einer Vorausverfügung möglich ist, um zukünftig Zwang zu verhindern.

Alle genannten Entscheidungen, unmittelbar das Patientenverfügungsgesetz (§ 1901a BGB), fördern die Selbstbestimmung psychiatrischer Patienten und verlangen nach förderlichen Strukturen zu deren Umsetzung.

1.3 Instrumente der Vorausverfügung

Eine nahe liegende Möglichkeit zur Wahrung der Selbstbestimmung in Krisensituationen stellt der antizipierte Patientenwille in Form einer schriftlichen Vorausverfügung dar. Im weiteren Sinne kann der Patient selbstverständlich auch Stellvertreterverfügungen – wie eine Vorsorgevollmacht oder Betreuungsverfügung – erstellen, sodass eine dritte Person als gesetzlicher Stellvertreter beziehungsweise als vorgeschlagener Betreuer den (mutmaßlichen) Willen des Patienten vertreten kann. Eine schriftliche Willensbekundung ist jedoch auch in diesen Fällen wünschenswert. In der somatischen Medizin hat das Instrument der Patientenverfügung (PV) für Situationen am Lebensende zunehmend an Verbreitung gewonnen, ohne jedoch eine angemessene praktische Umsetzung gefunden zu haben (43-45). Auch in der psychiatrischen Versorgung sind entsprechende Modelle mit einem unilateralen Abschluss, als einseitige Erklärung des Patienten, bekannt (46). Zu den unilateralen Vorausverfügungen zählt erstens als Minimalform der „Krisenpass“ (engl.: Crisis card), zweitens das „Psychiatrische Testament“ (engl.: Psychiatric will) (7) – welches 1982 aus der Antipsychiatrie-Bewegung hervorging, heute jedoch kaum mehr angewandt wird, jedoch historisch das erste psychiatrische Vorausverfügungsinstrument darstellt (47) – und drittens entsprechend zur Patientenverfügung (PV) der somatischen Medizin (engl.: Advance directive) die „psychiatrische Patientenverfügung (PPV)“ (engl.: Psychiatric advance directive, Advance directive) (48). Die PPV wird auf Grund von positiven Erfahrungen in den USA und den Niederlanden teils auch mit einer qualifizierten Begleitung des Gesprächsprozesses durch geschultes Gesundheitsfachpersonal angeboten (sogenannte „Facilitated psychiatric advance directive“) (12, 49, 50). Neben diesen unilateralen Vorausverfügungen gibt es auch ein bilaterales konsensorientiertes und gleichzeitig psychiatriespezifisches Instrument: die „Behandlungsvereinbarung (BV)“ (engl.: Joint crisis plan, Treatment agreements).

1.4 Die Behandlungsvereinbarung

Um Verwechslungen vorzubeugen, möchte ich das Instrument der Behandlungsvereinbarung (BV) explizit gegenüber dem namentlich sehr ähnlichen „Behandlungsvertrag“ abgrenzen. Unter dem Begriff Behandlungsvertrag werden zwei unterschiedliche Verträge verstanden: Erstens ein zivilrechtlicher Vertrag zwischen dem Behandelnden und dem Patienten über eine zu leistende medizinischen Behandlung und deren Vergütung im Sinne eines besonderen Dienstvertrages (Patientenrechtegesetz) (51). Zweitens ein ebenso genannter Behandlungsvertrag, der jedoch häufig speziell in der Therapie von Suchterkrankungen oder Essstörungen zu Beginn der Behandlung abgeschlossen wird, um die individu-

ellen Therapiebedingungen und -ziele zu vereinbaren (im Falle der Essstörung beispielsweise definierte Gewichtszunahmen). Diese beiden Verträge sind ausdrücklich nicht unter der hier beschriebenen BV zu verstehen.

Die Behandlungsvereinbarung ist vielmehr ein Instrument der psychiatrischen Vorausverfügung. Wie der Name bereits vermuten lässt, ist sie jedoch nicht ausschließlich eine schriftliche Willensbekundung des Patienten für eine zukünftige Behandlung in Krisensituationen, sondern beinhaltet einen konstitutiven Vereinbarungsprozess zwischen dem Patienten und zumindest einem Vertreter der Klinik (16). Dabei stellen BVen eine komplexe vielstufige Intervention dar (8). Auf allen Stufen dieser Intervention, also von der Schaffung des Angebots durch die Klinik über den Abschluss bis hin zur Anwendung durch die Psychiater, ist eine aktive Beteiligung der klinischen Mitarbeiter wesentlich. Der Abschluss einer BV ist am Ende eines Klinikaufenthaltes oder im Anschluss daran vorgesehen. Er erfolgt damit auf Basis der bisherigen Erfahrungen für den möglichen Fall einer erneuten Krisensituation. Inhaltlich können BVen sowohl Präferenzen zur Aufnahmesituation, zu medizinischen Behandlungsmaßnahmen, zu Zwangsmaßnahmen als auch beispielsweise Wünsche zur sozialen Situation (Kontaktaufnahmen, Regelung persönlicher Angelegenheiten etc.) enthalten (52).

Der deliberative Prozess soll nach der ursprünglichen Idee des ersten deutschen BV-Angebotes aus dem Jahr 1994 aus Bielefeld der „gegenseitigen Vertrauensbildung“ dienen (53). Im Vordergrund der Entwicklung des Instrumentes in Deutschland stand der Ansatz, einen „partnerschaftlichen Umgang miteinander“ zu befördern und die Bestrebung, „die Bedingungen für Aufnahmen und Behandlungen in der Akutpsychiatrie zu verbessern“ (54). Nach dem in den vergangenen Jahrzehnten drastische Missstände in den psychiatrischen Behandlungsbedingungen anhand struktureller Neugestaltung überwunden werden konnten (55), sollte im Rahmen dieses Vereinbarungsprozesses der Fokus nunmehr auf die Stärkung des Vertrauens und die therapeutische Kooperation zwischen Professionellen und Psychiatrie-Erfahrenen, ganz nach dem Leitgedanken „Behandeln durch Verhandeln“, gerichtet werden (54). Im Rahmen eines Trialogs (zwischen Professionellen, Psychiatrie-Erfahrenen und Angehörigen) wurde so das erste schriftliche Formular als sogenannte „Behandlungsvereinbarung“ in den Jahren 1993/94 erarbeitet (56).

Erst Jahre später weitete sich dann der Diskurs vom partizipativen Vorgehen im Rahmen der BV weiter auf eine verbindliche Erarbeitung und Beachtung der Behandlungs- und Wertvorstellungen des Patienten für zukünftige Krisensituation aus (57-59). So zeichnet sich in der deutschsprachigen Literatur eine sich zumindest allmählich intensivierende Diskussion über die Wahrung der Selbstbestimmung mittels einer BV erst seit dem Jahr 2009 ab (4, 6, 7, 9, 17, 46, 60, 61). Im Gegensatz dazu wird die Zielsetzung der Selbstbestimmung mit Hilfe von BVen, namentlich als „Joint crisis plans“, in der englischsprachigen Literatur bereits seit Ende der 1990er Jahre eingehender diskutiert (62). Hierzu beigetragen haben wohl auch die sukzessiv entstandenen gesetzlichen Rahmenbedingungen, die BVen und auch andere Formen der Vorausverfügung unterstützen, wie beispielsweise der „Patient’s Self-Determination Act“

seit 1991 in den USA (63), der „Mental Health (Care and Treatment) (Scotland) Act“ von 2003 in Schottland (64) und der „Mental Capacity Act“ von 2005 in England und Wales (65) sowie schließlich auch das 3. Gesetz zur Änderung des Betreuungsrechts von 2009 in Deutschland (sogenanntes Patientenverfügungsgesetz, § 1901a BGB) (5).

In der wissenschaftlichen Diskussion über psychiatrische Vorausverfügungen werden neben der Steigerung der Selbstbestimmung (8, 66) viele weitere Vorteile dieser Instrumente genannt, unter anderem eine höhere Patientenzufriedenheit (11, 12) und therapeutische Adhärenz (9, 67). Während die Vorteile des Instrumentes wiederholt diskutiert wurden, mangelt es hingegen an empirischen Interventionsstudien zu den Auswirkungen von Vorausverfügungen. So liegt bisher nur eine geringe Zahl an Interventionsstudien vor, die zudem vorwiegend aus dem angloamerikanischen Raum stammen (68, 69). Die bisherigen Ergebnisse deuten dabei auf besondere Vorzüge eines partizipativen Vereinbarungsprozesses beziehungsweise einer qualifizierten Begleitung des Gesprächsprozesses hin (8, 69). So konnten dadurch deutlich höhere Abschlussraten, eine aus professioneller Sicht hohe Übereinstimmung der Vorausverfügung mit psychiatrischen Behandlungsstandards und eine steigende Wahrscheinlichkeit für die aus Patientenperspektive gewünschte Behandlung erreicht werden (12). Darüber hinaus wurde eine verbesserte Arzt-Patienten-Interaktion und eine Stärkung der therapeutischen Kooperation beschrieben (9, 12, 70-72).

BVen scheinen daher eine besonders geeignete Form der Vorausverfügung für psychiatrische Patienten darzustellen (59). Weiterhin wurde die BV auch als das vielversprechendste Vorausplanungsinstrument zur Vermeidung von Zwang beschrieben (73). So konnten die wenigen explizit für die BV vorliegenden Studienergebnisse mehrheitlich belegen, dass die Zahl der Zwangsunterbringungen sinkt (11, 13, 15, 74), wenn auch Ergebnisse anderer Forschungsarbeiten diesen Erfolg nicht zeigen konnten (72, 75). Sich widersprechende Studienergebnisse liegen auch zur Reduktion von Zwangsbehandlungen und -maßnahmen (9, 11, 74), zur Wiederaufnahmerate und zur kumulierten Aufenthaltsdauer vor (13-15, 75). Diese widersprüchlichen Forschungsergebnisse und die ausbleibenden unmittelbaren Effekte von BVen wurden von den Autoren auch im Rahmen von möglichen methodischen Schwächen der quantitativen Studien diskutiert. So merkten die Autoren beispielsweise an, dass klinikinterne Hindernisse für das Instrument nicht ausreichend erfasst wurden, die sich anhand einer unzureichenden Integration des Instrumentes in die Behandlung und im Sinne eines mangelnden innerklinischen Engagements andeuteten (71, 72, 75).

1.5 Verbreitung und Abschlüsse von Behandlungsvereinbarungen

Laut dem bisherigen Forschungsstand haben BVen jedoch nur einen äußerst geringen Stellenwert in der klinischen Versorgung. Erhebungen zur Häufigkeit eines klinischen Angebots einer BV (Verbreitung) in deutschen psychiatrischen Kliniken wurden im Frühjahr 2009 (7) sowie zuletzt im Herbst 2010 (17) durchgeführt. Damit erfolgten die Erhebungen noch vor sowie kurze Zeit nach In-Kraft-Treten der Ge-

setzesänderung durch das sogenannte Patientenverfügungsgesetz (§ 1901a BGB) vom 1. September 2009 (5). Laut der Umfrage aus dem Frühjahr 2009, an der knapp die Hälfte der deutschen psychiatrischen Akutkliniken teilnahm, bieten nach eigenen Angaben 68 % der Kliniken eine BV an. Tatsächlich mit Patienten umgesetzt (Abschluss einer BV), wurde jedoch eine verschwindend geringe Zahl von 2,7 BVen pro Jahr je Klinik (7). Die folgende Umfrage aus dem Jahr 2010 bestätigt das geringe Vorkommen von BVen und belegte gleichzeitig noch geringere Zahlen für psychiatrische Patientenverfügungen (PPV) (17). Ähnlich niedrige Abschlussraten liegen auch gemäß Studien aus den USA vor (76).

Die Klinikleiter deutscher Psychiatrien begründeten das Ausbleiben der Etablierung von BVen mit einer mangelnden Nachfrage von Seiten der Patienten wie auch der Klinik und mit Schwierigkeiten in der Umsetzbarkeit der individuellen BV im klinischen Alltag (7, 17). Die angegebene mangelnde Nachfrage steht jedoch in deutlichem Kontrast zu Patientenbefragungen. Im Rahmen von Studien gab so die Mehrzahl der Befragten Patienten den Wunsch an, eine Vorausverfügung abschließen zu wollen (77), insbesondere für den Fall, dass diesbezüglich Unterstützung angeboten werde (76). In der Forschungsliteratur wurden im Rahmen einer Metaanalyse zu psychiatrischen Vorausverfügungen daher mögliche andere Hindernisse diskutiert, vor allem jedoch unterschiedliche und vielfältige Erwartungshaltungen an das Vorausverfügungsinstrument (8). Darüber hinaus wurde die bisherige Vernachlässigung in der Forschung von intra- und interpersonellen Faktoren dieser komplexen vielstufigen Interaktion und deren Einfluss auf die Umsetzung der Patienteninteressen bemängelt (8). Gerade die Perspektiven von Psychiatern und deren Einstellungen zu Instrumenten der Vorausplanung erscheinen für die Implementierung und Umsetzung von partizipativen Vorausplanungen unverzichtbar. Dies erwähnen unterschiedliche Publikationen, die mögliche Hindernisse hierin erkennen lassen (60, 77-81). Eine ergebnisoffene Herangehensweise zur Untersuchung der Perspektiven von Psychiatern zu BVen, beispielsweise im Rahmen eines qualitativen Zugangs, fand im deutschsprachigen Raum jedoch allenfalls am Rande einer empirischen Studie statt (9).

Es lässt sich somit feststellen, dass BVen als Instrument zur psychiatrischen Vorausplanung laut klinik-internen Angaben durchaus als Angebot vorhanden und damit klinisch verbreitet sind, jedoch bis einschließlich des Jahres 2010 kaum Abschlüsse zu verzeichnen waren und BVen damit nach bisherigem Kenntnisstand sehr wenig genutzt werden. Es stellt sich nun die Frage, ob die neuen gesetzlichen Rahmenbedingungen zwischenzeitlich, viereinhalb Jahre nach Verabschiedung des sogenannten Patientenverfügungsgesetzes (§ 1901a BGB), Einfluss auf die Verbreitung und die Abschlüsse von BVen genommen haben. Sollte dies nicht zutreffen und damit weder das langjährige Bestehen des Instrumentes, noch die in der Literatur diskutierten vielversprechenden Vorzüge und die veränderten rechtlichen Rahmenbedingungen Einfluss genommen haben, so ist das Wissen um die Ursachen dafür von großer Bedeutung. Die bisher erhobenen Gründe für die mangelnde Etablierung stehen teils im Widerspruch zu anderen Forschungsergebnissen (7, 17, 76, 77) und sind im wesentlichen Detail des partizipativen Prozesses wenig erforscht (8).

1.6 Zielsetzungen und Fragestellungen

Ziel der vorliegenden Arbeit ist es, im Rahmen einer sozialwissenschaftlichen Studie Kenntnisse innerhalb der folgenden zwei Forschungsinteressen zu gewinnen:

Zum einen ist die aktuelle Verbreitung und Umsetzung von BVen in psychiatrischen Kliniken von Interesse, die näher untersucht werden soll. Dies geschieht erstmals mit einem mehr als vierjährigen zeitlichen Abstand nachdem die Patientenrechte rechtsverbindlich gestärkt wurden (§ 1901a BGB) und sich die Folgen dieser Neuregelung genauer abzeichnen. So stellt sich die Frage, ob BVen seit der Einführung des sogenannten Patientenverfügungsgesetzes 2009 (§ 1901a BGB) mehr genutzt werden. Dafür wurden exemplarisch psychiatrische Kliniken einer Region mittels einer quantitativen Fragebogenstudie befragt.

Zum anderen sind die Gründe für die bisher geringe Nutzung von BVen von Interesse und sollten in Erfahrung gebracht werden. Zu diesem Zweck soll die praxisnahe Perspektive von klinisch tätigen Psychiatern und deren Einstellungen zu BVen näher beleuchtet werden. Um dies zu erreichen, wurde neben einer quantitativen Fragebogenstudie auch eine qualitative Interviewstudie durchgeführt. Damit untersucht diese Studie als eine der ersten im deutschsprachigen Raum die Einstellung von Psychiatern zu BVen mithilfe eines qualitativen Zugangs. Anhand dieses qualitativen Zugangs soll ermittelt werden, welche Chancen und Potentiale sowie Risiken und Hindernisse Psychiater mit dem Instrument der Vorausplanung verbinden. Die qualitative Studie möchte so einen Beitrag dazu leisten, die Forschungslücke zu Einstellungen der Psychiater zu BVen und zu möglichen förderlichen und hinderlichen Faktoren für deren Etablierung zu schließen.

Die vorliegende Arbeit soll so Ansatzpunkte für einen Erfolg versprechenden Gebrauch von BVen prüfen und wenn vorhanden identifizieren. Darüber hinaus soll diese Arbeit eine empirische Grundlage für zukünftige Studien zur psychiatrischen Vorausplanung bieten.

Um die genannten Ziele zu erreichen, sollen in diesem Forschungsprojekt folgende hieraus entwickelte Forschungsfragen sowie deren weitere Konkretisierung anhand der Unterfragen beantwortet werden:

1. Haben die Verbreitung (klinisches Angebot) und Abschlüsse von Behandlungsvereinbarungen in bayerischen psychiatrischen Kliniken mit Pflichtversorgungsauftrag (Bezirkskliniken) und/oder der Möglichkeit der Akutaufnahme seit der Änderung der gesetzlichen Rahmenbedingungen durch das 3. Gesetz zur Änderung des Betreuungsrechts (sogenanntes Patientenverfügungsgesetz) vom 01.09.2009 (§ 1901a BGB) zugenommen?
 - Welche Gründe geben Leiter von Kliniken an, die keine Behandlungsvereinbarung anbieten?
 - Welche Erfahrungen teilen Leiter von Kliniken mit, die eine Behandlungsvereinbarung vorhalten?

-
2. Welche Einstellungen liegen bei klinisch tätigen Psychiatern zur BV vor?
 - Welche förderlichen (Chancen und Potentiale) und hinderlichen Faktoren (Risiken und Hindernisse) bestehen aus der Perspektive der klinisch tätigen Psychiater bei der Realisierung (klinisches Angebot, Abschluss, Anwendung) von Behandlungsvereinbarungen?

1.7 Aufbau der Arbeit

Zunächst erfolgt eine Begründung der Methodenauswahl für die Beantwortung der zwei Forschungsfragen.

Anschließend unterteilt sich die Arbeit in zwei Teilstudien, eine quantitative und eine qualitative Studie, die jeweils aus einem Methoden- und einem Ergebnisteil bestehen. Dabei ist jedoch zu beachten, dass die quantitative Studie (erste Teilstudie) im Wesentlichen dazu dient, die nunmehr vorliegende Verbreitung (klinisches Angebot) und Abschlusszahlen von BVen in bayerischen psychiatrischen Kliniken zu erfassen. Zur Beantwortung der ersten Forschungsfrage³ ist jedoch eine Gegenüberstellung der eigenen quantitativen Studienergebnisse (erste Teilstudie) und der Ergebnisse aus dem Jahr 2009 von Borbé et al. erforderlich. Diese Gegenüberstellung erfolgt im Diskussionsteil, auch wenn dieser Vergleich zur Beantwortung der ersten Forschungsfrage beiträgt. Die dabei gewählte Beschränkung des Ergebnisteils auf selbst erhobene Daten dient einer eindeutigen Abgrenzung zwischen den eigenen Ergebnissen einerseits und denen der Studie von Borbé et al. andererseits (7).

Der weitere Diskussionsteil beleuchtet die Ergebnisse der beiden Teilstudien und interpretiert diese vor dem Hintergrund des aktuellen Forschungsstandes.

³ „Haben die Verbreitung (klinisches Angebot) und Abschlüsse von Behandlungsvereinbarungen in bayerischen psychiatrischen Kliniken mit Pflichtversorgungsauftrag (Bezirkskliniken) und/oder der Möglichkeit der Akutaufnahme seit der Änderung der gesetzlichen Rahmenbedingungen durch das 3. Gesetz zur Änderung des Betreuungsrechts (sogenanntes Patientenverfügungsgesetz) vom 01.09.2009 (§ 1901a BGB) zugenommen?“

2 Auswahl der Forschungsmethoden

2.1 Methodenplurales Forschungsdesign

Um die zwei genannten Forschungsfragen adäquat untersuchen zu können, wurde ein methodenplurales Forschungsdesign mit der Integration von quantitativen und qualitativen Methoden gewählt (82, 83). Die quantitative Untersuchung ermöglicht es, (regional) aktuellere Daten zur Verbreitung und Umsetzung psychiatrischer BVen zu erheben. Die qualitative Untersuchung erlaubt es, vertiefend über mögliche Hintergründe Aufschluss zu geben, indem die Einstellung der klinisch tätigen Psychiater untersucht wird.

Die vorliegenden Studien wurden der Ethikkommission der medizinischen Fakultät der LMU zur Prüfung vorgelegt und als unbedenklich erklärt (Bearbeitungsnummer 074-13 vom 11.04.2013).

2.2 Quantitative Studie

Für die erste Forschungsfrage und damit die Erhebung der Verbreitung und Abschlüsse von BVen in psychiatrischen Kliniken eignet sich eine quantitative Fragebogenstudie. Um zu messen, ob die veränderten gesetzlichen Rahmenbedingungen aus dem Jahr 2009 (Patientenverfügungsgesetz BGB, § 1901a) Einfluss auf die Verbreitung und Nutzung der BV genommen haben beziehungsweise ob sich folglich Entwicklungen seit der Erhebung von Borbé et al. im Frühjahr 2009 abzeichnen (7), wurde eine regionale Wiederholung dieser vorhergehenden quantitativen Studie angestrebt. Mit freundlicher Genehmigung von Herrn Dr. med. Raoul Borbé konnte die Fragebogenstudie zur „Anwendung psychiatrischer Behandlungsvereinbarungen in Deutschland“ regional am exemplarischen Bundesland Bayern repliziert werden (7).

Dass sich Bayern in einem besonderen Maße als exemplarischer Untersuchungsgegenstand für die Verbreitungsentwicklung eignet, lässt sich aus dem aktuellen Forschungsstand ableiten: Die bisherige Forschung zeigt, dass vor der Gesetzesänderung 2009 deutliche regionale Unterschiede in der Verbreitung des BV-Angebots vorlagen, die beeinflusst von der heterogenen Entwicklung der Landesgesetzgebungen entstanden sind (7). So hat die explizite Erwähnung der BV im Landesgesetz, wie in Nordrhein-Westfalen (61),⁴ einen begünstigenden Einfluss auf die Verbreitung des Klinikangebotes an BVen ge-

⁴ Nach § 2 PsychKG-NRW (2005) ist „bei allen Hilfen und Maßnahmen auf Grund dieses Gesetzes [...] auf den Willen und die Bedürfnisse der Betroffenen besondere Rücksicht zu nehmen. Dies gilt auch für Willensäußerungen der Betroffenen vor Beginn einer Maßnahme, insbesondere für Behandlungsvereinbarungen mit Ärztinnen und Ärzten ihres Vertrauens. Für eine ausreichende Dokumentation ist Sorge zu tragen.“ PsychKG NRW (2005) Gesetz über Hilfen und Schutzmaßnahmen bei psychischen Krankheiten vom 17.12.1999, GV. NRW. S. 662; geändert durch Art. 64 des Gesetzes vom 05.04.2005 (GV NRW, S. 332), Zugriff: 04.02.2016.

zeigt. Hier gaben 2009 über 80 % der Kliniken an, eine BV vorzuhalten, wodurch im bundesweiten Vergleich eine deutliche Schwerpunktregion entstanden ist. Im Gegensatz dazu scheint sich ein Fehlen, wie im Falle Bayerns,⁵ als hinderlich für die bisherige Verbreitung erwiesen zu haben (7). So konnte Bayern im Jahr 2009 eine deutlich geringere Zahl an Kliniken mit dem Angebot einer BV (50–60 %) vorweisen als beispielsweise die westdeutschen Postleitzahlengebiete 3, 4 und 6 (80–90 %).⁶ Sollte das sogenannte Patientenverfügungsgesetz (BGB, § 1901a) durch die übergreifende Stärkung der Patientenrechte Einfluss auf die Verbreitung der BV genommen haben, so ist davon auszugehen, dass dieser Einfluss vor allem in Bayern und anderen Nachzüglerländern (ohne vorhergehende landesgesetzliche Hinweise und mit bisher vergleichsweise geringerem Angebot der BV) nachzuweisen ist. Folglich wurde das Bundesland Bayern exemplarisch ausgewählt, um die regionale Entwicklung vor und viereinhalb Jahre nach der Verabschiedung des Patientenverfügungsgesetzes zu vergleichen. Gleichzeitig ergibt sich aus diesem Vorgehen der Vorteil, dass möglichst umfangreiche regionale Daten für ein erwägenswertes anschließendes Modell-Forschungsprojekt zur Nutzung von BVen bereitgestellt werden.

2.3 Qualitative Studie

Für die zweite Forschungsfrage und damit die empirische Untersuchung der Einstellungen ist hingegen ein qualitatives Forschungsdesign mit explorativem Ansatz aus zwei Gründen besonders geeignet:

Erstens ermöglichen qualitative Studien eine größere Offenheit in Bezug auf das Ergebnis. Dies ist auf Grund des vorliegenden Forschungsinteresses von großer Bedeutung, da mit der Frage nach der Einstellung per definitionem subjektive Standpunkte der Psychiater erfasst werden sollen. Während eine quantitative, standardisierte Untersuchung vorab definierte Konzepte und Kategorien an die befragten Psychiater heranträgt, ermöglicht die qualitative Methode eine ergebnisoffenere Untersuchung der Einstellung. Damit gestattet diese Vorgehensweise die Erhebung neuartiger, unerwarteter Erkenntnisse. Nach Flick et al. hat die qualitative Forschung so „den Anspruch, Lebenswelten ‚von innen heraus‘ aus Sicht der handelnden Menschen zu beschreiben“. Qualitative Forschung möchte damit zu einem „besseren Verständnis sozialer Wirklichkeit(en) beitragen und auf Abläufe, Deutungsmuster und Strukturmerkmale aufmerksam machen“, die „den in der Selbstverständlichkeit des Alltags befangenen Akteuren selbst in der Regel nicht bewusst“ sind (84). Neben der Chance des ergebnisoffenen Erkenntnisgewinns bietet die qualitative im Gegensatz zur quantitativen Erhebung zudem den Vorteil, sozial erwünschte Antworten im Verlauf des Interviews zu verorten und das einhergehende Bias zu reduzieren.

⁵ In Bayern lag bis Juli 2018 kein eigenständiges Psychisch-Kranken-Hilfe-Gesetz (PsychKHG) vor. Das Gesetz über Hilfen und Schutzmaßnahmen bei psychischen Krankheiten war in Bayern bis dahin im Gesetz über die Unterbringung psychisch Kranker und deren Betreuung geregelt: Unterbringungsgesetz – UnterbrG Bayern in der Fassung der Bekanntmachung vom 5. April 1992.

⁶ In den Postleitzahlengebieten 8 und 9 (Bayern) gaben zwischen 50 und 60 % der an der Studie teilnehmenden psychiatrischen Kliniken an, eine BV anzubieten, während dies hingegen in den PLZ-Gebieten mit hoher Verbreitung: 3, 4 und 6 zwischen 80 und 90 % angaben (7).

Zweitens stellen BVen nach Thomas/Cahill eine komplexe soziale Intervention dar, für deren Erfassung randomisierte, kontrollierte Studien grundlegend methodisch zweifelhaft geeignet sind (85). Quantitative Fragebogenstudien vermögen demnach nicht ausreichend Aufschluss über die Wahrnehmung und Interpretation dieser komplexen Arzt-Patienten-Interaktion durch die Psychiater zu geben. Daraus lässt sich folgern, dass die Perspektive der Beteiligten auf die BV einer ergebnisoffenen, vertiefenden Analyse bedarf, welche die bisher quantitativ fokussierten Studien in Deutschland nicht bieten.

Folglich ergänzt eine explorative qualitative Untersuchung die bislang vorwiegend quantitativ erhobenen Forschungsergebnisse zu klinischen Erfahrungen deutscher Psychiater mit BVen und zu den Gründen, die einer Einführung des Angebots entgegenstehen (7, 9, 17).

3 Studie 1: Quantitative Studie

3.1 Material und Methoden

3.1.1 Grundgesamtheit und Planung der Befragung

Der hauptsächliche Anwendungsbereich für BVen konzentriert sich auf Patienten mit chronisch rezidivierenden psychiatrischen Krankheitsbildern, die bereits Erfahrungen mit Akutaufnahmen gemacht haben (7). Um die Verbreitung und Abschlusszahlen von Behandlungsvereinbarungen in bayerischen psychiatrischen Kliniken zu untersuchen, stellen daher alle bayerischen psychiatrischen Kliniken der Erwachsenenversorgung mit Pflichtversorgungsauftrag (sogenannte Bezirkskliniken nach Art. 48 Abs. 3 Nr. 1 der Bayerischen Bezirksordnung) und/oder der Möglichkeit der Akutaufnahme die Grundgesamtheit dar. Zur quantitativen Befragung dieser Kliniken wurde eine Vollerhebung mit möglichst hoher Ausschöpfungs- beziehungsweise Rücklaufquote angestrebt. Unter Zuhilfenahme einer Klinikliste des Bayerischen Staatsministerium für Gesundheit und Pflege und durch ergänzende Internetrecherche wurden 57 Kliniken (Grundgesamtheit $N = 57$) identifiziert, die die genannten Anforderungen erfüllten. Als Ansprechpartner für die Studie wurde die jeweilige Klinikleitung (Chefarzt bzw. ärztliche Leitung) ermittelt und adressiert. Für die 57 Kliniken wurden so 50 Ansprechpartner festgestellt, da sich die Zuständigkeit einiger Ansprechpartner über mehrere Kliniken erstreckte.

3.1.2 Fragebogen

Der Fragebogen enthielt Items zur Verbreitung, Umsetzung und Nachfrage der BV. Darüber hinaus wurden organisatorische Informationen (wie z. B. Vorhandensein von Vorlagen zum Abschluss, Zielgruppe/n, Art der Patienteninformation, Beteiligte am Prozess der Erstellung, Einsehbarkeit etc.) erhoben und die subjektiven Erfahrungen innerhalb der Klinik mit der BV erfragt. Kliniken, die nach eigener Auskunft keine BVen anbieten, wurden nach den hauptsächlichen Gründen gefragt.

Größtenteils wurde ein geschlossenes Frageformat vorgegeben. Die Erfahrungen mit BVen (Frage Nr. 22) wurden durch die Teilnehmer anhand von definierten Items (Aufwand, praktische Umsetzbarkeit, Verbindlichkeit, Akzeptanz durch Beschäftigte, Reduktion von Zwangseinweisungen, Reduktion von Zwangsmaßnahmen, aktive Teilnahme des Patienten, therapeutische Kooperation) mittels einer Likert-Skala bewertet („eher positive“, „gemischte“, „eher negative“).

Um die Vergleichbarkeit zu den erhobenen Daten aus dem Frühjahr 2009 zu gewährleisten, wurden letztendlich so wenig Modifikationen wie möglich am Fragebogen vorgenommen. Eventuellen Mehrdeutigkeiten des Fragebogens wurde jedoch mit einer geringfügigen Anpassung begegnet. So besteht

grundsätzlich die Möglichkeit, dass die BV gegebenenfalls im „umfassenden Sinne“ verstanden werden könnte (zum Beispiel als Therapievertrag) und nicht eindeutig im engeren Sinne als bilaterales Instrument der Willensbekundung und Vorausverfügung für zukünftige Krisensituationen (7). Um diesem Problem zu begegnen, wurde dem Fragebogen eine bisher ausstehende Definition der BV ergänzend vorangestellt, die die BV explizit als „ein Instrument der Willensbekundung des Patienten im Sinne einer Vorausverfügung für den Fall einer erneuten Erkrankungsphase“ beschreibt, das „von einem Betroffenen und einem Vertreter der Klinik gemeinsam ausgefüllt“ wird (Fragebogen Seite 1). Diese Ergänzung erfolgte in Abänderung zum ursprünglichen Fragebogen (7). Darüber hinaus wurden geringe weitere Modifikationen vorgenommen und bei wenigen Items einzelne Antwortkategorien ergänzt bzw. geringfügig angepasst:

- Frage Nr. 4: Bei der Frage nach der Erfahrung mit Instrumenten der partizipativen Behandlungsgestaltung wurden die Antwortkategorien „Patientenverfügung“ und „Therapievertrag“ zusätzlich aufgenommen.
- Fragen Nr. 19 und 20: Bei den Fragen nach den Beteiligten bei der Unterzeichnung der BV und dem notwendigen Einverständnis bei Abweichung wurden die Antwortkategorien „behandelnder Arzt/Therapeut“ ebenso wie „Facharzt/Oberarzt“ getrennt und folglich die Kategorien „behandelnder Arzt“, „behandelnder Therapeut“, „Facharzt“ und „Oberarzt“ gebildet.
- Am Ende des Fragebogens wurde zusätzlich die Möglichkeit eröffnet, Anmerkungen und Anregungen zur Befragung oder zum Thema allgemein zu machen.

Der vollständige Fragebogen ist im Anhang beigelegt (Anhang „10.2 Schriftlicher Fragebogen“).

3.1.3 Durchführung

Die Fragebogenstudie wurde im Zeitraum von November 2013 bis einschließlich Januar 2014 durchgeführt. Der postalische Versand erfolgte im November 2013. Die Sendung enthielt neben dem Fragebogen ein Anschreiben, das die Studie und deren Ziel sowie den Verwendungskontext (Dissertation) erläuterte (Anhang „10.1 Anschreiben zur schriftlichen Fragebogenstudie“). Ebenso wurde ein separates Formular beigelegt, das die freiwillige Angabe von Email-Kontakt Daten für eine eventuelle anschließende Studieninformation ermöglichte (Anhang „10.3 Formular zur Studieninformation im Rahmen der Fragebogenstudie“). Die Teilnehmer wurden darüber informiert, dass die erhobenen Daten des Fragebogens nach Eingang anonymisiert erfasst und ausgewertet werden würden. Der primäre Rücklauf nach der ersten Kontaktaufnahme per Anschreiben betrug 23 % (13 Fragebögen). An die nicht antwortenden Ansprechpartner (n = 44) erfolgte anschließend ein Erinnerungsschreiben per Email. Die Rücklaufquote konnte dadurch auf 32 % (18 Fragebögen) gesteigert werden. Anschließend wurden die verbleibenden Ansprechpartner telefonisch nachkontaktiert. Infolgedessen betrug die finale Rücklaufquote mit Ab-

schluss der Datenerhebung im Januar 2014 53 % (30 Fragebögen). Ziel der intensiven Nachkontaktierung war neben der Steigerung des Rücklaufs auch die Senkung der Selbstselektionsrate. Von den nicht-teilnehmenden Kliniken ist durch eine Internetrecherche der Klinikbezirk, der Kliniktyp sowie die Bettenzahl⁷ für die statistische Auswertung bekannt (86).

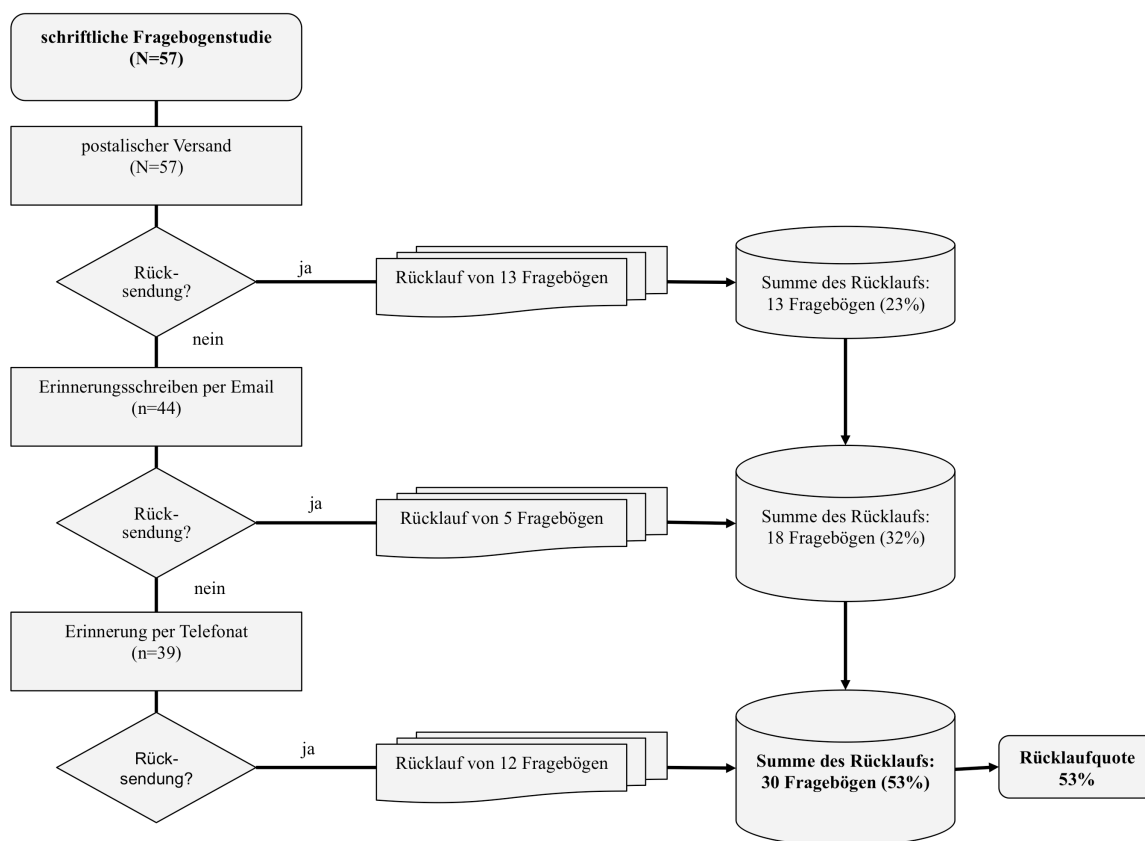


Abbildung 1: Durchführung und Rücklauf der Fragebogenstudie

3.1.4 Statistische Auswertung

Die gewonnenen Antworten aus den Fragebögen wurden softwaregestützt mit SPSS (Version 21.0) erfasst und analysiert. Vor der Datenauswertung wurden die gemachten Angaben einer Plausibilitätsprüfung unterzogen. Von 30 an der Befragung teilnehmenden Kliniken wurde ein Fragebogen von der Auswer-

⁷ Die Ermittlung der Bettenzahl erfolgte vorwiegend über die Angaben zu zugelassenen Krankenhäusern nach § 108 SGB V der Fachrichtung „Psychiatrie und Psychotherapie (PSY)“ aus dem Krankenhausplan des Freistaates Bayern, Stand: 01.01.2013 (38. Fortschreibung). War eine psychiatrische Klinik nicht im entsprechenden Krankenhausplan ausgewiesen (weder Plankrankenhaus, noch Hochschulklinik oder Vertragskrankenhaus nach § 108 SGB V), so konnte die Bettenangaben über Informationen der Homepage der Klinik ermittelt werden.

tung ausgenommen, da die extrem hohen Abschlussraten Zweifel an der Plausibilität der Angaben aufkommen ließen. In diesem Datensatz wurde die Angabe getätigt, dass in dieser Klinik bereits seit etwa dem Jahr 1980 die Möglichkeit bestehe, BVen abzuschließen, und dass seither 3.000 BVen zum Abschluss gebracht worden seien. Dies ist jedoch sehr unwahrscheinlich. Eine erstmalige Erwähnung des Angebots von BVen in deutschen psychiatrischen Kliniken findet sich 1994 in Bielefeld. Im Herbst 1993 wurde hier innerhalb einer Arbeitsgruppe in enger Zusammenarbeit zwischen der Bethel-Klinik Bielefeld und dem Bielefelder Verein Psychiatrie-Erfahrener damit begonnen, das schriftlich ausgearbeitete Formular, am 1. Juni 1995 umbenannt in „Behandlungsvereinbarung“, zu erstellen (56). Die Angaben des Studienteilnehmers lassen demnach Zweifel aufkommen, ob tatsächlich eine BV im engeren Sinn gemeint war oder ob hierbei nicht vielmehr eine Art Therapievertrag angenommen wurde. Folglich wurde dieser Datensatz aus Plausibilitätsgründen von der Analyse ausgenommen. Daher wurden letztlich 29 Datensätze (entsprechend 29 Kliniken) ausgewertet. Die Datenanalyse wurde anhand von Häufigkeitsauszählungen deskriptiv vorgenommen. Die Häufigkeiten wurden in absoluten und prozentualen Werten beschrieben. Die Prozentwerte wurden jeweils auf ganze Zahlen gerundet. Aufgrund von Rundungsdifferenzen kann die Summe bei Addition der einzelnen Prozentwerte von 100% abweichen.

3.2 Ergebnisse

3.2.1 Deskriptive statistische Daten

Von 57 angeschriebenen bayerischen Kliniken beteiligten sich 30 und sandten den ausgefüllten Fragebogen zurück (Ausschöpfungs- bzw. Rücklaufquote: 53 %). Hiervon wurde ein Fragebogen von der Ergebnisauswertung ausgenommen, da die Angabe einer extrem hohen Abschlussrate an BVen Zweifel an der Plausibilität der Angaben aufkommen ließ (Kapitel „3.1.4 Statistische Auswertung“). Daher wurden letztlich 29 Datensätze (entsprechend 29 Kliniken) weiter ausgewertet, welche im Folgenden als Stichprobe bezeichnet werden. Insgesamt deckt die Studie so ca. 3.920 (58 %) der ca. 6.750 Klinikbetten der Fachrichtung „Psychiatrie und Psychotherapie“ in Bayern ab⁸ (86).

Von allen angeschriebenen Kliniken (N = 57) ist der Klinikbezirk, der Kliniktyp sowie die Bettenzahl über vorhergehende Recherchen bekannt. Innerhalb dieser Kriterien gab es zwischen der Stichprobe (n = 29) und der Grundgesamtheit (N = 57) lediglich nennenswerte Abweichungen in der Verteilung der Klinikbezirke und der Kliniktypen „Fachkrankenhaus“ und „ausschließliche Tagesklinik“. Während

⁸ Die Ermittlung der Bettenzahl erfolgte vorwiegend über die Angaben zu zugelassenen Krankenhäuser nach § 108 SGB V der Fachrichtung „Psychiatrie und Psychotherapie (PSY)“ aus dem Krankenhausplan des Freistaates Bayern, Stand: 01.01.2013 (38. Fortschreibung). War eine psychiatrische Klinik nicht im entsprechenden Krankenhausplan ausgewiesen (weder Plankrankenhaus, noch Hochschulklinik oder Vertragskrankenhaus nach § 108 SGB V), so konnten die Bettenangaben über Informationen der Homepage der Klinik ermittelt werden. Somit weicht die Bettenzahl der Studie (gerundet 6.750 Betten) geringfügig von der Angabe des Krankenhausplans 2013 (PSY: 6.612 Betten) ab.

der Bezirk Niederbayern (0/3 Teilnehmern) unterrepräsentiert ist, ist der Bezirk Oberfranken (5/7 Teilnehmern) verhältnismäßig überrepräsentiert (Tab. 1). Gleichzeitig ist auch der Kliniktyp „Fachkrankenhaus“ innerhalb der Stichprobe mit 66 % (19/29) mit einem Plus von 8 % im Vergleich zur Grundgesamtheit (58 %, 33/57) leicht überrepräsentiert und die ausschließlichen Tageskliniken sind mit einem Minus von 7 % geringfügig unterrepräsentiert (14 % bzw. 4/29 in der Stichprobe, 21 % bzw. 12/57 in der Grundgesamtheit) (Tab. 2). Da psychiatrische Patienten in akuten Krisensituationen, für die BVen vorgesehen sind, jedoch vorwiegend in stationärem Rahmen behandelt werden, erscheint dieser Aspekt vernachlässigbar zu sein. Alle weiteren Klinikbezirke und Kliniktypen wie auch die Bettenzahlen (Tab. 3) sind im Anteilsverhältnis der Stichprobe zur Grundgesamtheit nahezu übereinstimmend. Die Kliniken der Stichprobe sind folglich relativ gut merkmalspezifisch repräsentativ für die Grundgesamtheit sowohl hinsichtlich der Klinikbezirke (Bezirk), der Kategorien der stationären Einrichtungen (Kliniktyp) als auch der Klinikgrößen (Bettenzahl). Da die Zusammensetzung der Stichprobe in nahezu allen Merkmalen der Grundgesamtheit entspricht und darüber hinaus eine hohe Rücklaufquote (53 %) vorliegt, ist folglich die Repräsentativität der Ergebnisse für die psychiatrischen Kliniken im Bundesland Bayern gegeben.

Tabelle 1: Kliniken nach Klinikbezirk

Klinikbezirk	Verteilung in der Stichprobe	Verteilung in der Grundgesamtheit
	n = 29 Kliniken	N = 57 Kliniken
Oberbayern	41% (12)	40% (23)
Niederbayern	0% (0)	5% (3)
Oberpfalz	3% (1)	5% (3)
Oberfranken	17% (5)	12% (7)
Mittelfranken	14% (4)	12% (7)
Unterfranken	10% (3)	11% (6)
Schwaben	14% (4)	14% (8)
	100% (29)	100% (57)

Tabelle 2: Kliniken nach Kliniktyp

Kliniktyp	Häufigkeit der Nennung (Mehrfachnennung möglich)	Verteilung in der Grundgesamtheit
	n = 29 Kliniken	N = 57 Kliniken
Fachkrankenhaus	66% (19)	58% (33)
Abteilung / Klinik am Allgemeinkrankenhaus	10% (3)	12% (7)
Universitätsklinik	10% (3)	9% (5)
Ausschließlich Tagesklinik	14% (4)	21% (12)

Tabelle 3: Kliniken nach Bettenzahl⁹

Bettenzahl	Verteilung in der Stichprobe (exkl. 4 Tageskliniken) n = 25 Kliniken	Verteilung in der Grundgesamtheit (exkl. 12 Tageskliniken) N = 45 Kliniken
< 50	28% (7)	20% (9)
50 – 99	8% (2)	20% (9)
100 – 199	36% (9)	33% (15)
200 – 500	24% (6)	24% (11)
> 500	4% (1)	2% (1)

Die Kliniken sind mit 43 % (12/28) größtenteils in der Trägerschaft des Bezirks und zu 72 % (21/29) Kliniken der Pflichtversorgung (Tab. 4, 5).

Tabelle 4: Kliniken nach Trägerschaft

Trägerschaft	Häufigkeit der Nennung (Mehrfachnennung möglich) n = 28 Kliniken
Land	25% (7)
Bezirk	43% (12)
Kommune	29% (8)
Privat	14% (4)
Frei-Gemeinnützig	14% (4)

Tabelle 5: Kliniken der Pflichtversorgung

Pflichtversorgung	Häufigkeit der Nennung n = 29 Kliniken
Ja	72% (21)
Nein	28% (8)

3.2.2 Verbreitung und Umsetzung der BV

Von den 29 teilnehmenden Kliniken bieten 45 % (13/29) eine BV an (Tab. 6). Die verbleibenden Kliniken ohne BV äußerten zu 38 % (6/16) Überlegungen, eine BV einzuführen, wohingegen die Mehrzahl Aktivitäten in diese Richtung verneinte (Tab. 7). Zwei der 16 Kliniken ohne Angebot befanden sich zum Zeitpunkt der Befragung bereits im Einführungsprozess (Tab. 8).

⁹ Aufgrund von Rundungsdifferenzen kann die Summe bei Addition der einzelnen Prozentwerte von 100% abweichen.

Tabelle 6: Kliniken mit der Möglichkeit zum Abschluss einer BV

Abschluss einer BV möglich	Häufigkeit der Nennung
	n = 29 Kliniken
Ja	45% (13)
Nein	55% (16)

Tabelle 7: Kliniken mit Überlegungen zur Einführung einer BV

Überlegungen zur Einführung einer BV	Häufigkeit der Nennung
	n = 16 Kliniken
Ja	38% (6)
Nein	56% (9)
Weiß nicht / ist nicht bekannt	6% (1)

Tabelle 8: Kliniken im Prozess der Einführung einer BV

Im Prozess der Einführung einer BV	Häufigkeit der Nennung
	n = 16 Kliniken
Ja	12,5% (2)
Nein	87,5% (14)
Weiß nicht / ist nicht bekannt	0% (0)

Kliniken ohne BV nannten im Rahmen des geschlossenen Frageformats als Begründung für die Nicht-einführung mehrheitlich die gleichen hinderlichen Argumente (Tab. 9). Diese bestanden laut Angaben der Klinikleitungen in der mangelnden Nachfrage sowie im Mehraufwand durch das Instrument. So berichteten 88 % (14/16) der Kliniken ohne BV von einer geringen Nachfrage seitens der Patienten und 69 % (11/16) zudem von einer nicht vorhandenen Nachfrage der (eigenen) Klinik. Diese Zahlen weisen auf einen fehlenden Bedarf an BVen aus Sicht der psychiatrischen Einrichtungen ohne ein entsprechendes Angebot hin. Aber auch den bürokratischen und organisatorischen Mehraufwand betrachten 38 % (6/16) der Kliniken ohne BV als Hindernis. Die klinische Umsetzung wird nur von zwei von 16 Kliniken als Problem angesehen. Im Freitext wurden hierzu sowohl Schwierigkeiten bei der konkreten Umsetzbarkeit der individuellen BV im klinischen Alltag sowie Widersprüche zu Zwangsmaßnahmen als auch grundlegende organisatorische Probleme wie die Einsehbarkeit beziehungsweise Verfügbarkeit der BV im Akutfall genannt.

Tabelle 9: Hindernisse für die Einführung einer BV

Hindernisse	Häufigkeit der Nennung (Mehrfachnennung möglich) n = 16 Kliniken
Mangelnde Nachfrage seitens der Patienten	88% (14)
Keine Nachfrage seitens der Klinik	69% (11)
Bürokratischer/organisatorischer Mehraufwand	38% (6)
Ärztlicher/therapeutischer Mehraufwand	31% (5)
Schwerpunkt auf anderen Instrumenten	31% (5)
Patienten können die Tragweite der BV nicht erfassen	19% (3)
Umsetzbarkeit individueller BV im klinischen Alltag	13% (2)
BVen stehen evtl. im Widerspruch zu Zwangsmaßnahmen	13% (2)
Einsehbarkeit/Verfügbarkeit der BV	13% (2)
Verbindlichkeit individueller BV für Patient	13% (2)
Verbindlichkeit individueller BV für Ärzte/Therapeuten	6% (1)
BV nicht immer vereinbar mit Therapieleitlinien	6% (1)
Sonstige Gründe	6% (1)

Kliniken mit BV berichteten überwiegend von sehr geringen Abschlussraten und damit von einer seltenen Umsetzung des Instrumentes. So wurden seit Bestehen des BV-Angebots in den Einrichtungen zumeist weniger als zehn Abschlüsse getätigt. Insgesamt weisen über zwei Drittel der befragten Kliniken nach eigenen Angaben weniger als 50 Abschlüsse auf. Hieraus errechnet sich eine Abschlussrate von 3,7 BVen pro Jahr im Mittelwert sowie von nur 1,4 BVen pro Jahr im Median (Tab. 10). Über die Hälfte der Kliniken berichtete indessen, Erfahrungen mit anderen Instrumenten zur Vorausplanung psychiatrischer Behandlungsentscheidungen zu besitzen (Tab. 11).

Tabelle 10: Anzahl der abgeschlossenen BVen seit der Einführung¹⁰

Anzahl der abgeschlossenen BVen seit der Einführung	Häufigkeit der Nennung
	n = 13 Kliniken
≤ 10	38% (5)
11 – 49	31% (4)
50 – 100	15% (2)
Nicht bekannt	15% (2)
Lageparameter und Streuung	Anzahl der abgeschlossenen BVen seit der Einführung <u>insgesamt</u>
	n = 13 Kliniken
Mittelwert	23,5
Median	15
Standardabweichung	25,9
	Anzahl der abgeschlossenen BVen seit der Einführung <u>pro Jahr</u>
	n = 11 Kliniken
Mittelwert	3,7
Median	1,4
Standardabweichung	5,5

Tabelle 11: Instrumente der Vorausplanung, mit denen Erfahrungen in der Klinik vorliegen

Instrumente der Vorausplanung, mit denen Erfahrungen vorliegen	Häufigkeit der Nennung (Mehrfachnennung möglich)
	n = 29 Kliniken
Vorsorgevollmacht	59% (17)
Patientenverfügung	59% (17)
Psychiatrisches Testament	0% (0)
Krisenpass	45% (13)
Krisenplan	38% (11)
Therapievertrag	55% (16)
Andere Instrumente	3% (1)

3.2.3 Rahmenbedingungen für Abschluss und Anwendung der BV

Drei von 13 Kliniken mit BV gaben an, dass die Nachfrage nach BVen in den letzten Jahren zugenommen habe. Über zwei Drittel verneinten dies (69 %, 9/13). Für die Umsetzung und damit den Abschluss der BV gaben 46 % (6/13) an, eine Vorlage zu verwenden. Die Mehrheit (54 %, 7/13) erarbeitet nach eigener Aussage das jeweilige Dokument ohne eine Vorlage. Bei der Ausarbeitung und Etablierung des Instrumentes waren in vier von 13 Kliniken mit einer BV Betroffenen- und/oder Angehörigengruppen unmittelbar involviert. In über zwei Drittel der Kliniken (69 %, 9/13) fand keine direkte Beteiligung dieser Gruppen an der Erstellung einer BV statt.

¹⁰ Aufgrund von Rundungsdifferenzen kann die Summe bei Addition der einzelnen Prozentwerte von 100% abweichen.

In knapp einem Drittel der Kliniken mit dem Angebot einer BV (31 %, 4/13) geht die Klinik nicht aktiv auf Patienten zu, um sie über das Angebot einer BV zu informieren. Zwei Drittel (69 %, 9/13) sprechen hingegen einzelne Patienten darauf an, die hiervon profitieren könnten. Eine Ansprache aller Patienten wird in keiner Klinik vorgenommen (Tab. 12). Die Information der Patienten über die Möglichkeit einer BV findet somit, wenn vorhanden, größten Teils (61 %, 8/13) im persönlichen Gespräch statt. 46 % (6/13) nutzen auch Gruppenangebote (beispielsweise im Rahmen der Psychoedukation), um das Instrument gegenüber den Betroffenen zu kommunizieren (Tab. 13).

Tabelle 12: Patienten, die über das Angebot einer BV informiert werden

Wer wird über BV informiert	Häufigkeit der Nennung n = 13 Kliniken
Keine direkte Ansprache der Patienten auf BV	31% (4)
Einzelne Patienten, die hiervon profitieren	69% (9)
I.d.R. alle Patienten	0% (0)

Tabelle 13: Art der Information der Patienten über das Angebot einer BV

Information der Patienten über BV durch...	Häufigkeit der Nennung (Mehrfachnennung möglich) n = 13 Kliniken
Persönliches Gespräch	61% (8)
Gruppenangebote (z.B. Psychoedukation)	46% (6)
Informationsmaterial (z.B. Homepage, Aushänge, Flugblätter)	15% (2)
Sonstiges	8% (1) → 1 Freitext: "Auf Nachfrage des Patienten"

Der geringere Teil der Kliniken mit BV legt den Abschluss auf den stationären Aufenthalt fest (5/13). Hingegen berichteten 62 % (8/13), dass sowohl Ausarbeitung als auch Abschluss variabel stationär oder ambulant stattfinden (Tab. 14). Zugleich gaben weniger als die Hälfte der Klinikleiter mit BV (5/13) an, dass eine Unterstützung beim Abschluss der BV durch die Ärzte und Therapeuten gegeben sei. Weiteren fünf Klinikleitern (5/13) ist die Vorgehensweise hierzu nicht bekannt und knapp ein Viertel (3/13) verneinte eine Unterstützung durch das Klinikpersonal (Tab. 15).

Im weiteren Prozess der Anwendung der BV im Akutfall ergeben sich bei einigen Kliniken Probleme mit der Verfügbarkeit der BV, indem die Einsehbarkeit bei einem Drittel der Kliniken (4/12) nicht zu jedem Zeitpunkt gewährleistet ist (Tab. 16). Unter den Gründen wurde in den Freitextantworten angegeben, dass „kein durchgängiges Archivierungskonzept vorhanden“ sei und dass die Daten der BV „noch nicht elektronisch gespeichert“ werden. In zwei Freitextantworten wurde bezüglich der Einsehbarkeit der BV angemerkt, dass diese „nicht organisierbar“ sei.

Tabelle 14: Zeitpunkt der Ausarbeitung und des Abschlusses einer BV

Abschluss einer BV	Häufigkeit der Nennung
	n = 13 Kliniken
Während stationärem Aufenthalt	38% (5)
Ausarbeitung während stationärem Aufenthalt, Abschluss erst nach Entlassung	0% (0)
Ausarbeitung und Abschluss außerhalb des stationären Aufenthaltes	0% (0)
Variabel	62% (8) → 1 Freitext: "I.d.R. während des stationären Aufenthalts aber auch ambulant" → 1 Freitext: "In allen Abteilungen möglich: Station, Tagklinik, Ambulanz"

Tabelle 15: Unterstützung des Abschlusses einer BV durch Ärzte bzw. Therapeuten¹¹

Unterstützung des Abschlusses durch Ärzte bzw. Therapeuten	Häufigkeit der Nennung
	n = 13 Kliniken
Ja	38% (5)
Nein	23% (3)
Weiß nicht / nicht bekannt	38% (5)

Tabelle 16: Einsehbarkeit der BV zu jedem Zeitpunkt in der Klinik gegeben

Einsehbarkeit der BV jederzeit gegeben	Häufigkeit der Nennung
	n = 12 Kliniken
Ja	67% (8)
Nein	33% (4)

Die Unterzeichnung der BV bei Abschluss erfolgt bei 85 % (11/13) der Kliniken direkt durch den behandelnden Arzt sowie immer durch den Patienten (13/13). Weiterhin wurden als unterzeichnende Personen in weniger als der Hälfte der Kliniken ein Oberarzt (5/13) und ebenso häufig eine Vertrauensperson des Patienten (5/13) angegeben. Seltener unterschreiben hingegen der behandelnde Therapeut (3/13) sowie eine Pflegekraft beziehungsweise ein Bezugspfleger (2/13) (Tab. 17).

Soll im Rahmen der Therapie gegen die BV verstoßen werden, so wird laut Angaben der Kliniken die Hierarchieebene des Arztes in zunehmendem Maße (im Vergleich zur Unterzeichnung) berücksichtigt. Bei einem Handeln entgegen der BV sei bei 50 % (6/12) das Einverständnis eines Oberarztes beziehungsweise bei einem Drittel der Kliniken (4/12) zumindest eines Facharztes erforderlich. Darüber

¹¹ Aufgrund von Rundungsdifferenzen kann die Summe bei Addition der einzelnen Prozentwerte von 100% abweichen.

hinaus gab die Hälfte der Kliniken an (6/12), dass der Patient selbst einem Handeln entgegen der BV im Akutfall zustimmen müsse (Tab. 18).

Tabelle 17: Unterzeichnende Personen beim Abschluss einer BV

Unterzeichnende Personen bei Abschluss	Häufigkeit der Nennung (Mehrfachnennung möglich) n = 13 Kliniken
Patient	100% (13)
Vertrauensperson des Patienten	38% (5)
Patientenfürsprecher	0% (0)
Pflegekraft/ Bezugspfleger	15% (2)
Behandelnder Therapeut	23% (3)
Behandelnder Arzt	85% (11)
Facharzt	23% (3)
Oberarzt	38% (5)
Chefarzt / Ärztlicher Direktor	0% (0)
Sonstige	0% (0)

Tabelle 18: Erforderliches Einverständnis von Personen bei Handeln entgegen der BV

Erforderliches Einverständnis bei Handeln entgegen BV	Häufigkeit der Nennung (Mehrfachnennung möglich) n = 12 Kliniken
Patient	50% (6)
Vertrauensperson des Patienten	0% (0)
Patientenfürsprecher	0% (0)
Pflegekraft/ Bezugspfleger	0% (0)
Behandelnder Therapeut	0% (0)
Behandelnder Arzt	25% (3)
... davon ausschließlich der behandelnde Arzt	... 8% (1)
... davon auch der behandelnde Arzt	... 17% (2)
Facharzt	33% (4)
Oberarzt	50% (6)
Chefarzt / Ärztlicher Direktor	8% (1)
Sonstige, nämlich	17% (2) → 1 Freitext: "das Vormundschaftsgericht (z.B. bei Antrag auf Zwangsbehandlung unter bestimmten Bedingungen)" → 1 Freitext: "Betreuer"

3.2.4 Erfahrungen mit der Behandlungsvereinbarung

Überwiegend berichteten die Teilnehmer mit BV von gemischten Erfahrungen. Gemischt bis eher negativ wurden in über zwei Drittel der Kliniken mit BV der zeitliche und organisatorische Aufwand, die Umsetzbarkeit im Klinikalltag und die Verbindlichkeit für Patienten beurteilt. Die Mehrzahl der Teilnehmer bewertete die BV außerdem zwiespältig bis eher nicht förderlich hinsichtlich der Reduktion von Zwangseinweisungen und -maßnahmen (Tab. 19).

Hingegen teilten etwa zwei Drittel der Kliniken mit, in den Belangen der Zusammenarbeit mit dem Patienten über positive Erfahrungen durch die BV zu verfügen. So wurden die mit Abstand besten Erfahrungen mit dem Einfluss der BV auf die aktive Teilnahme des Patienten an der Behandlung (eher positiv: 62 %, 8/13; gemischt: 38 %, 5/13) sowie auf die Kooperation zwischen Therapeut und Patient (eher positiv: 67 %, 8/12; gemischt: 33 %, 4/12) gemacht (Tab. 19).

Tabelle 19: Erfahrungen der Kliniken mit BVen¹²

Erfahrungen mit BVen	Häufigkeit der Nennung		
	eher positiv	gemischt	eher negativ
	n = 13 Kliniken		
Zeitlicher / organisatorischer Aufwand für Abschluss der BV	23% (3)	62% (8)	15% (2)
Zeitlicher / organisatorischer Aufwand für Befolgung der BV	33% (4)	50% (6)	17% (2)
Praktische Umsetzbarkeit der getroffenen BV	25% (3)	58% (7)	17% (2)
Verbindlichkeit für Beschäftigte	42% (5)	42% (5)	17% (2)
Akzeptanz durch Beschäftigte	39% (5)	46% (6)	15% (2)
Verbindlichkeit für Patienten	27% (3)	64% (7)	9% (1)
Reduktion von Zwangseinweisungen	0% (0)	55% (6)	45% (5)
Reduktion von gesetzlichen Unterbringungen	0% (0)	55% (6)	45% (5)
Reduktion von Zwangsmaßnahmen	25% (3)	50% (6)	25% (3)
Aktive Teilnahme an der Behandlung	62% (8)	38% (5)	0% (0)
Kooperation zwischen Therapeut u. Patient	67% (8)	33% (4)	0% (0)

¹² Aufgrund von Rundungsdifferenzen kann die Summe bei Addition der einzelnen Prozentwerte von 100% abweichen.

4 Studie 2: Qualitative Studie

4.1 Material und Methoden

4.1.1 Erhebungsverfahren

Zur Untersuchung der zweiten Forschungsfrage hinsichtlich der Einstellung der klinisch tätigen Psychiater zur BV wurde das Drei-Komponenten-Modell der Einstellung nach Katz und Stotland (1959) beziehungsweise nach Rosenberg und Holland (1960) zu Grunde gelegt. Einstellungen umfassen demnach die drei folgenden wesentlichen Komponenten: Kognition (Meinung, Wissen), Affektion (Bewertung, Emotion) und Verhalten (konative, behaviorale Tendenz) (87, 88). Die sich daraus ergebenden messbaren abhängigen Variablen lassen sich entsprechend einteilen in „verbale Meinungen“ sowie explizites Wissen, „verbale Bewertungen“ und „Verhaltensauskünfte“ (89).

Um diese Komponenten möglichst offen und ohne vorgegebene Ergebniskategorien zu untersuchen, wurde als Erhebungsverfahren ein qualitatives teilstrukturiertes Interview mit klinisch tätigen Psychiatern ausgewählt. Im Kapitel „2 Auswahl der Forschungsmethoden“ wurden die Vorzüge einer qualitativen Forschungsmethode zur Untersuchung der Einstellung bereits genannt. Daran anschließend soll an dieser Stelle auf die Gründe für die Auswahl eines teilstrukturierten Interviews eingegangen werden:

Erstens wird durch die teilstrukturierte Form der Anspruch der „Offenheit und Nicht-Direktivität“ mit einem hohen Maß an „Konkretion und der Erfassung detaillierter Informationen“ vereinbart (90).

Zweitens bietet das Interview die Chance, das besondere Wissen der in die soziale Interaktion der BV involvierten Psychiater zu erheben und deren Einstellungen explorativ zu erfassen (91). Dadurch können Erfahrungen und „Alltagstheorien“ (kognitiv), „Situationsdeutungen“ (affektiv) ebenso wie „Handlungsmotive“ (behavioral) der klinisch tätigen Psychiater offen erhoben werden (90). Dies grenzt die vorliegende Untersuchung von den bisher durchgeführten deutschen Studien zur BV ab, bei denen die Daten mittels einer Fragebogenumfrage unter Chefärzten/Klinikdirektoren erhoben wurden (7, 17).

Drittens ermöglicht ein qualitatives teilstrukturiertes Interview eine Interaktion mit dem Interviewpartner, die ergänzende und vertiefende Rückfragen für ein detaillierteres Verständnis zulässt (92).

4.1.2 Interviewleitfaden

Zur Durchführung der Interviews wurde ein halb-strukturierter Interviewleitfaden, bestehend aus sieben inhaltlichen Abschnitten, als Erhebungsinstrument erarbeitet. Das Vorgehen bei der Leitfadenerstellung wurde am „SPSS-Prinzip“ nach Helfferich ausgerichtet (93). Für die Erarbeitung des Leitfadens lag

generell folgendes Grundprinzip zugrunde: „So offen und flexibel – mit der Generierung monologischer Passagen – wie möglich, so strukturiert wie auf Grund des Forschungsinteresses notwendig“ (93).

Das Kürzel „SPSS-Prinzip“ steht für vier Schritte im Erstellungsprozess: „Sammeln“, „Prüfen“, „Sortieren“ und „Subsumieren“. Zunächst wurden unter Einbeziehung des aktuellen Forschungsstandes möglichst viele Fragen gesammelt, die in Zusammenhang mit dem Erkenntnisinteresse stehen. In der Prüfphase wurde diese Sammlung der Fragestellungen um beispielsweise reine Faktenfragen, Fragen die zur Überprüfung theoretischer Zusammenhänge dienten und um Fragen die implizite Erwartungshaltungen beinhalteten bereinigt, d. h. Formulierungen wurden revidiert und Fragen gänzlich eliminiert. Anschließend wurden die verbleibenden Fragen im Rahmen des Sortierprozesses einer dimensionalen Analyse nach inhaltlichen Aspekten und nach zeitlichem Verlauf unterzogen. Im letzten Schritt des „Subsumierens“ wurde zu jedem sortierten Fragenbündel eine Erzählaufforderung generiert (93).

Durch diese Vorgehensweise wurden elf Erzählaufforderungen, sogenannte *Leitfragen*, erarbeitet, die sich sieben inhaltlichen Abschnitten in Bezug auf die BV zuordnen lassen:

- Teil 1: Erfahrungen
 - „*Welche Erfahrungen haben Sie bei der Behandlung psychisch Erkrankter mit der BV gemacht?*“
- Teil 2: Beweggründe für den Abschluss, Chancen und Risiken, Hürden und Grenzen
 - „*Welche Gründe hätten SIE mit IHREN Patienten eine BV abzuschließen?*“
 - „*Welche Chancen und Risiken sehen Sie durch die BV?*“
 - „*Gibt es aus Ihrer Sicht Hürden bzw. Grenzen für den Einsatz einer BV?*“
- Teil 3: Haltung
 - „*Wie ist Ihre Haltung zur BV?*“
- Teil 4: Bedeutung für die psychiatrische Tätigkeit und für das Fachgebiet der Psychiatrie
 - „*Verändert sich die ärztliche Tätigkeit durch Instrumente wie die BV? Falls ja, inwiefern beziehungsweise falls nein, wieso nicht?*“
 - „*Welche Bedeutung hat die BV für IHRE ärztliche Tätigkeit?*“
 - „*Wie beurteilen Sie die Bedeutung der BV für das Fachgebiet der Psychiatrie?*“
- Teil 5: Annahmen über die rechtlichen Grundlagen
 - „*Wie verbindlich sehen Sie die BV?*“
- Teil 6: Zukunftsperspektive

- *„Was erwarten Sie für die Zukunft der Instrumente der psychiatrischen Vorausplanung, wie der BV?“*
- Teil 7: Offene Themen
- *„Gibt es noch Themen, die in diesem Zusammenhang wichtig sind, die wir noch nicht angesprochen haben?“*

Die Leitfragen dieser inhaltlichen Abschnitte zielten darauf ab, die drei Komponenten der Einstellung (Drei-Komponenten-Modell) zu erfassen und sowohl kognitive als auch affektive Äußerungen (Teile 2, 3, 4) durch die Interviewpartner hervorzurufen sowie mittels der Frage nach den Erfahrungen (Teil 1) zudem Verhaltensweisen (behaviorale Tendenz) herauszufinden. Anhand der Frage nach der Verbindlichkeit und damit den rechtlichen Grundlagen (Teil 5) sollten wissensbasierte Auskünfte erfolgen.

Dabei forcieren Leitfragen in der qualitativen Forschung möglichst umfassende Aussagen, die eine Weiterentwicklung und Fokussierung der Fragestellung im Forschungsprozess erlauben. Diese Herangehensweise ermöglichte es, die (zweite) Forschungsfrage zur Einstellung der Psychiater im Datenanalyseprozess weiter zu entwickeln und die hieraus konkretisierte Forschungsfrage zu förderlichen (Chancen und Potentiale) und hinderlichen Faktoren (Risiken und Hindernisse) für die Realisierung (klinisches Angebot, Abschluss, Anwendung) von BVen aus der Perspektive der Psychiater herauszuarbeiten, worauf sich die Datenanalyse final fokussierte.

Der Interviewleitfaden wurde nach Helfferich an einer interaktiven dynamischen Struktur ausgerichtet: Neben den Leitfragen (Erzählaufforderungen) enthielt jeder inhaltliche Abschnitt des Leitfadens auch eine sogenannte Check-Liste als Erinnerung für mögliche Nachfragen. Weiterhin wurden konkrete Fragen ergänzt, die gegebenenfalls an passender Stelle im Interview optional gestellt werden konnten. Zusätzlich hielt der Interviewleitfaden mögliche Aufrechterhaltungs- und Steuerungsfragen bereit (93). Letztendlich verliehen die Leitfragen dem Interview die inhaltlich gewünschte Struktur, während der interaktive dynamische Aufbau „Spielräume in den Frageformulierungen, Nachfragestrategien und in der Abfolge der Fragen“ ermöglichte (90). Dieses Vorgehen eröffnete schließlich den notwendigen Freiraum für den Zugang zur subjektiven Sichtweise des Interviewpartners und ermöglichte es, dessen Perspektive zu folgen, ohne das Forschungsinteresse aus dem Fokus zu verlieren. Der vollständige Interviewleitfaden ist im Anhang beigefügt (Anhang „10.6 Interviewleitfaden“).

4.1.3 Planung der Stichprobe

Die qualitative Stichprobenziehung erhebt im Gegensatz zu einer quantitativen Untersuchung nicht den Anspruch auf eine statistische Repräsentativität, hat wohl aber das Ziel der „Abbildung der Varianzen bzw. Heterogenität im Untersuchungsfeld“ (94). Um dieser Heterogenität und der damit einhergehenden Anforderung einer möglichst weiten Variation im Sampling Rechnung tragen zu können, wurde ein

„Purposeful Sampling“ ausgewählt (95), d. h. die Stichprobe „absichtsvoll“ (96), „begründet“ (97) und „kriteriengeleitet“ (94) festgelegt und mittels eines Stichprobenplans vorab definiert. Anhand von definierten Merkmalen wurde so eine möglichst weite und gleichzeitig praxisfähige Variation der Fälle vorgenommen.

Die Falleinheit (kleinste Einheit der Stichprobe) repräsentiert der Interviewpartner als Einzelperson und damit der klinisch tätige Psychiater. Folgende „Merkmale“ und „Merkmalsausprägungen“ wurden im Voraus für die Auswahl der Interviewpartner auf Grundlage theoretischer Erwägungen und mittels des Vorwissens über das Forschungsfeld definiert (94):

- Erfahrung mit der BV (ohne/mit standardisiertes/m Angebot der Klinik)
- Kliniktyp (Universitätsklinik, Bezirksklinik)
- Art der Station (offene Therapiestation, geschützte Akutstation)
- Hierarchieebene (Assistenzarzt/Stationsarzt, Oberarzt, Chefarzt)

Um den grundsätzlichen Zugang zu möglichen Interviewpartnern zu gewährleisten, war die Freiwilligkeit und Offenheit für einen Interviewtermin eine entscheidende Voraussetzung. Für die Stichprobenauswahl wurden daher bayerische psychiatrische Kliniken vorgesehen, die eine offene Grundhaltung gegenüber dem Thema BV haben. Diese wurde durch die Haltung von Schlüsselpersonen in Führungspositionen definiert, die als sogenannte „Gatekeeper“ fungierten und den Kontakt zu konkreten Interviewpartnern ermöglichten (93). Die offene Grundhaltung wurde dabei an zwei Kriterien festgemacht: Erstens an einem bei Erstkontakt geäußerten, grundsätzlichen Interesse an einer Studie zum Thema der BV in der Psychiatrie. Zweitens an der gleichzeitigen Bereitschaft, die Interviewstudie in Besprechungsrunden der Klinik zu kommunizieren, um mögliche freiwillige Interviewpartner zu gewinnen. Auf diese sogenannten Gatekeeper wird im Kapitel „4.1.4 Durchführung“ nochmals detailliert Bezug genommen.

Im ersten Schritt der Umsetzung des Samplingplans wurde versucht, die Merkmalsausprägung der Erfahrung mit der BV (ohne/mit standardisiertes/m Angebot der Klinik) sowie den Kliniktyp zu berücksichtigen. Nach aktuellen Forschungsergebnissen korrelieren mehr oder weniger gute Erfahrung mit der BV signifikant mit dem Kliniktyp (7). Um dieser Heterogenität im Untersuchungsfeld gerecht zu werden, wurden im Stichprobenplan eine Universitätsklinik sowie eine Bezirksklinik vorgesehen. Um die klinischen Stationsstrukturen abzubilden, wurden sowohl offene Therapiestationen als auch geschützte Akutstationen in die Stichprobenplanung einbezogen. Die personellen Hierarchiestufen wurden anhand der ausgeübten Funktion als Assistenzarzt/Stationsarzt, Oberarzt und Chefarzt berücksichtigt. Da bisherige Studien zu hinderlichen Faktoren für die Einführung einer BV in deutschen Psychiatrien lediglich die Klinikleitung adressierten (7, 17), war gerade bei einer Befragung auf unterschiedlichen Hierarchieebenen mit einem möglichen neuen Erkenntnisgewinn zu rechnen.

Für die Interviewdurchführung wurde folglich eine Klinik identifiziert, die zum Zeitpunkt der Studie über kein standardisiertes Angebot der BV (mittels Vorlage inkl. Mitarbeiterinformation und aktivem Angebot) verfügte und sich in Überlegungen befand, gegebenenfalls eine systematische Einführung vorzunehmen (Klinik A). Weiterhin wurde eine Klinik identifiziert, die laut Auskunft der Leitungsebene ein Angebot der BV vorhielt (Klinik B). Beide Kliniken konnten bei Erstanfrage für die Interviewstudie gewonnen werden. Im Rahmen der Studiendurchführung ergaben sich jedoch widersprüchliche Aussagen zu den Grundannahmen des BV-Angebotes. In der Klinik A variierten die Antworten der Psychiater im Begleitfragebogen zur Interviewstudie auf die Frage nach dem Angebot einer BV (Frage Nr. 3) zwischen „ja“ und „nein“. Demnach besteht eine gewisse Unklarheit der Psychiater in Bezug auf das Angebot der eigenen Klinik. Die Antworten belegen somit die Angabe, dass bisher keine systematische Einführung eines standardisierten Angebotes in der Klinik A durchgeführt wurde, im Rahmen derer auch eine Mitarbeiterinformation gegeben sein sollte. Anders verhält sich dies in der Klinik B. In der Klinik B variierten die Antwortmöglichkeiten auf die gleiche Frage nach dem Angebot (Frage Nr. 3) zwischen „ja“ und „weiß nicht“. Es ist entgegen der getroffenen Grundannahme also davon auszugehen, dass auch in Klinik B kein standardisiertes, stationsübergreifendes Angebot vorlag. Unabhängig von diesen widersprüchlichen Angaben gab es jedoch in beiden Kliniken Interviewpartner, die Erfahrungswerte mit einer BV vorweisen konnten (Tab. 22).

Die Aussagen zur angestrebten Größe einer qualitativen Stichprobe bleiben in der Forschungsliteratur vage. Dies erschließt sich aus dem grundsätzlichen Unterschied zwischen qualitativer und quantitativer Forschung. Bei der quantitativen Forschung bildet eine bestimmte Stichprobengröße die entscheidende Voraussetzung für das letztendliche Ziel der Repräsentativität der Ergebnisse. Hingegen sind die Anforderungen an eine qualitative Stichprobe primär geprägt von der „inhaltliche[n] Repräsentation“ des Forschungsinteresses (98). Diese ist angemessen erreicht, wenn sowohl die im Feld vertretenen typischen als auch abweichende Fälle berücksichtigt wurden (98). Sekundär kann eine exemplarische Übertragbarkeit der Ergebnisse auf andere Fälle und damit eine Generalisierbarkeit in diesem Sinne erfolgen (97). Voraussetzung für die Generalisierbarkeit ist folglich der primäre Schritt der Variation und Kontrastierung der Falleinheiten durch die Merkmalsausprägungen. Die letztendlich notwendige Stichprobengröße ergibt sich dann aus einer im Verlauf des Forschungsprozesses eintretenden inhaltlichen Sättigung. Diese ist erreicht, wenn keine wesentlichen neuen Ergebnisse mehr durch Erhebungen und Analysen der Daten hinzukommen und folglich keine neuen Kategorien mehr entdeckt werden (93). Die Angabe der Stichprobengröße zu Beginn der Erhebung hat folglich einen orientierenden Charakter und muss gegebenenfalls parallel zur Erhebung und Auswertung angepasst werden (99).

Es geht also darum, die relevanten Differenzen im Feld auch tatsächlich in der Stichprobenplanung abzubilden (97). Die Auswahl der einzelnen Interviewpartner nach sorgfältig gewählten Kriterien ist demnach bedeutend wichtiger als deren letztendliche Anzahl. Um dennoch eine orientierende Zahl für

die Stichprobengröße zu nennen empfiehlt Helfferich einen „mittleren Stichprobenumfang [...] zwischen 6 und 30 Interviews“ (93).

Die Stichprobenplanung der vorliegenden Studie umfasste primär zehn Interviews (Tab. 20). Bei der Größenordnung von sieben Interviews ließ sich bei der Durchführung und bei der Analyse der Daten aus den ausgewählten Kliniken in Bezug auf die Forschungsfrage eine zunehmende inhaltliche Sättigung erkennen. Um diese Annahme zu verifizieren, wurde im Anschluss an die zehn angestrebten Interviews ein weiteres elftes Interview durchgeführt (Tab. 21). Nachdem sich auch hieraus keine neuen Kategorien mehr ergaben, wurde die qualitative Studie letztlich mit elf Interviews abgeschlossen (n = 11).

Der erste der geplanten Interviewpartner lehnte das Gespräch am vereinbarten Interviewtermin aus Zeitgründen ab. Auch das Angebot für einen Alternativtermin wurde mit der Begründung eines zeitlichen Engpasses abgelehnt. Alle weiteren im Anschluss vereinbarten Interviewtermine (n = 11) kamen wie vorgesehen zustande.

Tabelle 20: Stichprobenplanung der Interviewstudie

Stichprobenplanung (n=10) (Plan)			
Klinik und Station	Chefarzt	Oberarzt/ Stationsarzt	Assistenzarzt
<u>Klinik A: ohne BV</u> (kein standardisiertes Angebot)	<u>Universitätsklinik</u>		
offene Station	1	1	1
geschützte Station	1	1	1
<u>Klinik B: mit BV</u> (mit standardisiertem Angebot)	<u>Bezirksklinik</u>		
offene Station	1	1	1
geschützte Station	1	1	1
	2	4	4
Summe der Interviews	10		

Tabelle 21: Tatsächlich durchgeführte Interviews in der Interviewstudie

Interviewdurchführung (n=11) (Ist)			
Klinik und Station	Chefarzt	Oberarzt (OA) / Stationsarzt	Assistenzarzt
Klinik A: ohne BV (kein standardisiertes Angebot)			
	<u>Universitätsklinik</u>		
offene Station	1	1 (OA)	1
geschützte Station		2 (OA, Stationsarzt)	1
Klinik B: mit BV (mit gering standardisiertem Angebot)			
	<u>Bezirksklinik</u>		
offene Station	1	1 (OA)	1
geschützte Station		1 (OA)	1
	2	5	4
Summe der Interviews	11		

4.1.4 Durchführung

Die Befragung der Interviewpartner fand im Zeitraum zwischen Juni 2013 und einschließlich Januar 2014 durch jeweils dieselbe Interviewerin (Katja Schwarz) statt.

Der Zugang zu den Interviewpartnern wurde über eine Schlüsselperson der jeweiligen Klinik, einen sogenannte „Gatekeeper“, ermöglicht (93). Die Gatekeeper dieser Studie waren ärztliche Führungspersonen, die bereits mit dem Thema der BV in Kontakt gekommen waren und im Vorfeld der Befragung persönlich für die Tätigkeit als Gatekeeper angefragt wurden. An beiden ausgewählten Kliniken stimmten die vorgesehenen Personen dem Vorhaben direkt zu und erklärten sich bereit, die Interviewstudie innerhalb der Einrichtung vorzustellen. Darüber erklärten sie sich einverstanden, den Kontakt zu etwaigen, sich freiwillig meldenden Interviewpartnern zu vermitteln.

Die erste Kontaktaufnahme zu den potentiellen Interviewpartnern erfolgte nach Erhalt der Kontaktdaten telefonisch. Im Rahmen des Telefonats wurden die Interviewstudie sowie die Person der Interviewerin vorgestellt. Ein vorhergehender persönlicher Kontakt zu den Interviewpartnern bestand in keinem der Fälle. Die potentiellen Interviewpartner wurden während des Telefonates über den Zweck der Studie und die Verwendung der zu erhebenden Daten aufgeklärt. Äußerten die Gesprächspartner weiterhin Interesse an einer freiwilligen Studienteilnahme, so erfolgte die Terminvereinbarung für das Interview. Die Wahl des Interviewortes wurde jeweils dem Teilnehmer überlassen. Es bestand die Alternative zwischen einem eigenen klinischen Büro und einem angemieteten Studienraum außerhalb der Klinik. Ein Interviewpartner präferierte einen Studienraum. Alle anderen Interviews fanden im jeweiligen Büro des Psychiaters statt. Dritte Personen waren während des Interviews in keinem Fall anwesend.

Im Anschluss an den telefonischen Erstkontakt wurde allen Teilnehmern eine Einwilligungserklärung zur Studie und ein Begleitfragebogen per Email zugesandt, jeweils mit der Bitte beides bis zum Interviewtermin auszufüllen und mitzubringen. Die Einwilligungserklärung enthielt die Zustimmung zur

Teilnahme an der Studie mit der expliziten Einwilligung in die Aufzeichnung des Gespräches (Anhang „10.4 Einwilligungserklärung zur Teilnahme an der Interviewstudie“). Der Begleitfragebogen beinhaltete sowohl Fragen zu soziodemografischen Daten als auch Fragen zur Erfahrung und Haltung in Bezug auf die BV (Anhang „10.5 Begleitfragebogen zur Interviewstudie“). Diese gesammelten Informationen gaben Auskunft über weitere Merkmalsausprägungen, die in der Stichprobenplanung aus umsetzungspraktischen Gründen nicht berücksichtigt werden konnten. Dadurch wurden weitere Einblicke ermöglicht, in wie weit die Heterogenität im Forschungsfeld bereits in der Interviewerauswahl berücksichtigt wurde. Die Ergebnisse des Begleitfragebogens sind im Ergebnisteil der qualitativen Studie im Kapitel „4.2.2 Soziodemografische Daten und sonstige Angaben aus dem Begleitfragebogen“ (Tab. 22) dargestellt.

Die Interviews wurden anhand des halb-strukturierten Interviewleitfadens (Kapitel „4.1.2 Interviewleitfaden“) geführt, dauerten zwischen 23 und 59 Minuten und waren im Durchschnitt und Median 40 Minuten lang. Wesentliche Unterbrechungen der Interviews fanden nicht statt. In einem Postskriptum wurden als Feldnotizen unmittelbar nach dem Interview Besonderheiten zum Interview, zum Verlauf und zu den Rahmenbedingungen protokolliert (100).

4.1.5 Datenanalyse

Alle Interviews wurden auf Tonband aufgezeichnet und anschließend nach reduzierten Transkriptionsregeln pseudonymisiert verschriftlicht. Die Verschriftlichungen wurden in der Mehrzahl der Interviews durch die Interviewerin (Katja Schwarz) und in fünf Fällen durch einen Transkriptionsservice nach den einheitlich definierten Transkriptionsregeln durchgeführt. Der Fokus lag dabei auf einer inhaltlich genauen Textwiedergabe. Die Sprache wurde leicht geglättet und Dialekte wurden ins Schriftdeutsche übersetzt. Für die Interpunktion wurden nach rhetorischen Gesichtspunkten vereinfachte Regeln angewandt (101, 102). Die Transkripte wurden nicht an die Interviewpartner übermittelt. In keinem Fall bestand daher die Möglichkeit, den Inhalt des Gespräches im Anschluss an das Interview zu überarbeiten oder gar zu zensieren.

Die Analyse der transkribierten Interviews folgte methodisch der qualitativen Inhaltsanalyse anhand der konkreten Analysetechnik der zusammenfassenden Inhaltsanalyse nach Mayring (103). Unter Inhaltsanalyse wird grundlegend „eine empirische Methode zur systematischen, intersubjektiv nachvollziehbaren Beschreibung“ des Inhalts von Kommunikation verstanden (104). Die zusammenfassende Inhaltsanalyse verfolgt darüber hinaus das Ziel, „das Material so zu reduzieren, dass die wesentlichen Inhalte erhalten bleiben, durch Abstraktion einen überschaubaren Corpus zu schaffen, der immer noch Abbild des Grundmaterials ist“ (103). Die Grundprinzipien der Methode nach Mayring bestehen also resümierend in der systematischen, theorie- und regelgeleiteten und somit intersubjektiv nachvollziehbaren Analyse „fixierte[r] Kommunikation“. Eine zentrale Rolle spielen dabei die Reduktion des Textmaterials und der damit einhergehende Aufbau eines Kategoriensystems (103). Dieser Vorgang erfolgt nach

folgenden expliziten Regeln, die ein „Ablaufmodell“ für die Analyse des Textmaterials definieren (103):

- „1. Schritt: Bestimmung der Analyseeinheiten
2. Schritt: Paraphrasierung der inhaltstragenden Textstellen (Z1-Regel)
3. Schritt: Bestimmung des angestrebten Abstraktionsniveaus; Generalisierung der Paraphrasen unter diesem Abstraktionsniveau (Z2-Regel)
4. Schritt: Reduktion durch Selektion, Streichen bedeutungsgleicher Paraphrasen (Z3-Regel)
5. Schritt: Reduktion durch Bündelung, Konstruktion, Integration von Paraphrasen auf dem angestrebten Abstraktionsniveau (Z4-Regel)
6. Schritt: Zusammenstellung der neuen Aussagen als Kategoriensystem
7. Schritt: Rücküberprüfung des zusammenfassenden Kategoriensystems am Ausgangsmaterial (erneutes Durchlaufen des Ablaufmodells ab Schritt 3)“

Die inhaltstragenden Textstellen wurden also primär paraphrasiert und sekundär einer sukzessiven Generalisierung, Abstraktion und einer fallinternen (interviewinternen) sowie anschließend fallübergreifenden (interviewübergreifenden) Reduktion unterzogen (103). Durch diesen kondensatorischen Analyseprozess entstanden Subkategorien, die als eine Art beschreibende Etiketten beziehungsweise als Code für die Textstellen fungieren. Die Subkategorien wurden anschließend anhand ihrer inhaltlichen Bedeutung zu übergreifenden deskriptiven Kategorien (Hauptkategorien) zusammengefasst.

Zusammenfassend wurde also primär eine induktive Kategorienbildung vorgenommen, bei der im Laufe der Analyse Subkategorien ausdifferenziert und dimensionalisiert und übergreifenden Kategorien (Hauptkategorien) erarbeitet wurden (101). Die so gebildeten Kategorien/Subkategorien dienten wiederum als Suchraster in der Analyse im Sinne einer deduktiven Kategorienanwendung, wodurch eine fortlaufende Weiterentwicklung der Kategorien und die weitere Ergänzung von Subkategorien stattfand. In diesem zirkulären Wechselspiel erweiterte sich die Informationsbasis für die Analyse und damit auch die Struktur des Kategoriensystems (91).

Durch diesen fortschreitenden Analyseprozess konnte die (zweite) Forschungsfrage („Welche Einstellungen liegen bei klinisch tätigen Psychiatern zur BV vor?“) theoriegeleitet differenziert und die daraus konkretisierte Forschungsfrage entwickelt werden („Welche förderlichen [Chancen und Potentiale] und hinderlichen Faktoren [Risiken und Hindernisse] bestehen aus der Perspektive der klinisch tätigen Psychiatern bei der Realisierung [klinisches Angebot, Abschluss und Anwendung] von Behandlungsvereinbarungen?“).

Aus der konkretisierten Forschungsfrage wurde letztlich die an die Interviewtexte herangetragene Arbeitsfragestellung abgeleitet, die eine intersubjektiven Überprüfbarkeit der Analyse gewährleistet: „Welche förderlichen (Chancen und Potentiale) und hinderlichen Faktoren (Risiken und Hindernisse) nennen die Psychiater (Interviewpartner) in Bezug auf die Realisierung (klinisches Angebot, Abschluss, Anwendung) von Behandlungsvereinbarungen in der Akutpsychiatrie?“¹³. Alle vorliegenden Interviews wurden vollständig analysiert. Die Analyse der Transkripte wurde softwaregestützt mittels MAXQDA (Version 11) durchgeführt.

Das so aus fünf Interviewtranskripten entstandene vorläufige Kategoriensystem wurde in einer qualitativen Forschungswerkstatt mit zwei weiteren qualitativ Forschenden mittels Probecodierung anhand der Arbeitsfragestellung rücküberprüft. Hierfür wurde ein Kodierleitfaden bereitgestellt, der Definitionen zu den Kategorien und Ankerbeispiele aus den Interviewtexten beinhaltet. Dieses Vorgehen ist üblich, um eine intersubjektive Nachvollziehbarkeit sicherstellen zu können (103). Hierfür wurden zwei exemplarische, inhaltlich möglichst abweichende Interviewtranskripte ausgewählt. Im Sinne des „konsensuelle[n] Codieren[s]“ wurden die Transkripte parallel und unabhängig durch die Forschenden codiert sowie die Ergebnisse verglichen und diskutiert bis ein Konsens erreicht wurde (105). Die zur Diskussion stehenden Kategorien/Subkategorien wurden entsprechend dem Konsens überarbeitet. Anschließend wurden die verbleibenden Interviews kodiert und die Endfassung des Kategoriensystems erstellt.

4.2 Ergebnisse

4.2.1 Aufbau

Zunächst soll auf die Rahmeninformationen zu den Interviewpartnern anhand der soziodemographischen Daten sowie der weiteren erhobenen Angaben aus dem Begleitfragebogen eingegangen werden. Die Struktur dieses Kapitels orientiert sich anschließend an den zwei Dimensionen (1. Chancen und Potentiale, 2. Risiken und Hindernisse) der konkretisierten zweiten Forschungsfrage¹³ (Kapitel „1.6 Zielsetzungen und Fragestellungen“).

Im ersten Schritt werden so die Chancen und Potentiale, die die Psychiater in Bezug auf die BV nennen, dargestellt. Im zweiten Schritt werden die erwähnten Risiken und Hindernisse für die Realisierung (klinisches Angebot, Abschluss, Anwendung) beschrieben. Die Ergebnisse werden anhand des jeweiligen Kategoriensystems, das mittels der zusammenfassenden Inhaltsanalyse nach Mayring erarbeitet wurde (103), erläutert und durch Textbeispiele belegt.

¹³ „Welche förderlichen (Chancen und Potentiale) und hinderlichen Faktoren (Risiken und Hindernisse) bestehen aus der Perspektive der klinisch tätigen Psychiater bei der Realisierung (klinisches Angebot, Abschluss und Anwendung) von Behandlungsvereinbarungen?“

4.2.2 Soziodemografische Daten und sonstige Angaben aus dem Begleitfragebogen

Alle Interviewteilnehmer waren Psychiater/innen in stationären Einrichtungen. Die Teilnehmer waren auf unterschiedlichen Hierarchieebenen in der Funktion als Assistenzarzt (n = 4), Stationsarzt (n = 1), Oberarzt (n = 4) oder Chefarzt (n = 2) tätig (Kapitel „4.1.3 Planung der Stichprobe“, Tab. 21). Von den elf Interviewpartnern waren vier weiblich und sieben männlich.¹⁴ Die Teilnehmer waren zum Zeitpunkt der Durchführung der Studie zwischen 28 und 55 Jahren alt, woraus sich ein Altersdurchschnitt von 40 Jahre ergab (im Median: 37 Jahre). Die durchschnittliche Berufserfahrung seit der Approbation lag bei 12 Jahren (im Median: 8 Jahre).

Neun der elf Interviewpartner hatten sich vorab bereits zum Thema BV informiert, sechs hatten selbst Patienten mit einer BV betreut und fünf der interviewten Psychiater waren bereits in den Abschluss einer BV involviert. Die Erfahrungswerte beziehen sich dabei auf maximal fünf Patienten mit BV je Interviewpartner. Zumeist waren diese Patienten mit BV wegen der Diagnose einer Schizophrenie oder einer schizotypen Störung in Behandlung. Nur ein Interviewpartner konnte zum Zeitpunkt des Interviews sicher festhalten, dass eigene Patienten (laut Auskunft zwei Patienten) aktuell eine BV besitzen. Die anderen Psychiater hatten zu diesem Zeitpunkt entweder keine Patienten mit BV oder besaßen über das Vorliegen einer BV keine Kenntnis.

Die Aussagen zum Angebot der BV in der jeweiligen Klinik waren widersprüchlich. Während in der Klinik A laut dem Gatekeeper bisher keine BV eingeführt wurde, variierten die Angaben der Interviewpartner zum Angebot der BV zwischen „ja“ (n = 4) und „nein“ (n = 2). Ebenso variierten auch die Angaben in der Klinik B, die laut Aussagen des Gatekeepers eine BV anbietet. Nur ein Interviewpartner bestätigte das Angebot, während die weiteren hierzu fehlende Kenntnis angaben. Es herrschte somit insgesamt großteils Uneinigkeit beziehungsweise Unsicherheit zum jeweiligen Angebot der Klinik. Entsprechend groß war die Varianz der Aussagen sowohl zu Vorlagen als auch zu den beim Abschluss involvierten Personengruppen.

Es muss hervorgehoben werden, dass sich die Haltung der Interviewpartner zur BV deutlich unterschied. So wurde das Verhältnis zwischen zeitlichem und organisatorischen Aufwand gegenüber dem Nutzen von „angemessen“ bis hin zu „unangemessen“ beurteilt. Ebenso wurde die Bedeutung der BV für die Psychiatrie von „sehr wichtig“ bis „eher unwichtig“ angegeben. Damit deckten die Antworten des Begleitfragebogens nahezu das gesamte Spektrum an möglichen Meinungen ab (Tab. 22).

¹⁴ Im Folgenden wird weiterhin, wie bereits in der Einleitung erwähnt, aus Gründen der Lesbarkeit und Übersichtlichkeit sowie insbesondere zum Schutz der Anonymität der InterviewpartnerInnen auf die Geschlechtsbezeichnungen verzichtet und grundsätzlich die männliche Form (z. B. Psychiater, Arzt, Interviewpartner, Teilnehmer) verwendet. Die männliche Form wird daher in der vorliegenden Arbeit neutral bezüglich des Geschlechts der interviewten Person gebraucht.

Tabelle 22: Ergebnisse des Begleitfragebogens der Interviewstudie

Begleitfragebogen der Interviewstudie (n=11 Interviewpartner)											
Fragen	Antworten der Interviewpartner (I. 1-11) [geschlossenes Antwortformat]										
	Klinik A (Universitätsklinik)						Klinik B (Bezirksklinik)				
	I. 1	I. 2	I. 3	I. 4	I. 5	I. 6	I. 7	I. 8	I. 9	I. 10	I. 11
2.a.*	ja	ja	ja	nein	ja	ja	ja	ja	ja	nein	ja
2.b.*	nein	nein	nein	ja	ja	ja	ja	nein	nein	nein	ja
2.c.*	nein	nein	nein	ja	ja	ja	ja	ja	nein	nein	ja
2.d.*	-----	-----	-----	3	5	1	2	1	-----	-----	3
2.e.*	-----	-----	-----	Sucht- erkrankung	Schizo- phrenie, schizo- type Störungen	Schizo- phrenie, schizo- type Störungen	Schizo- phrenie, schizo- type Störungen	Schizo- phrenie, schizo- type Störungen	-----	-----	k.A.
2.f.*	-----	-----	-----	Arzt	Patient, Ange- hörige	Ange- hörige	Patient, Arzt	Patient	-----	-----	k.A.
2.g.*	-----	-----	-----	2	0	0	weiß nicht	weiß nicht	-----	-----	k.A.
3.*	ja	nein	nein	ja	ja	ja	ja	weiß nicht	weiß nicht	weiß nicht	k.A.
4.*	-----	ja	ja	-----	-----	-----	-----	weiß nicht	weiß nicht	weiß nicht	k.A.
5.a.*	ja	-----	-----	nein	weiß nicht	ja	ja	-----	-----	-----	k.A.
5.b.*	Stations- arzt, Pflege, Patient	-----	-----	OA, Stations- arzt, Patient	OA, Stations- arzt, Pflege, Patient, Ange- hörige	Stations- arzt, Pflege, Patient	OA, Stations- arzt, Patient, Ange- hörige	-----	-----	-----	k.A.
6.*	ange- messen	weiß nicht	un- ange- messen	eher ange- messen	eher un- ange- messen	ange- messen	eher ange- messen	eher ange- messen	weiß nicht	ange- messen	k.A.
7.*	sehr wichtig	wichtig	eher un- wichtig	wichtig	sehr wichtig	sehr wichtig	k.A.	wichtig	sehr wichtig	sehr wichtig	k.A.

Fragen

*2.a. Haben Sie sich bereits zum Thema Behandlungsvereinbarung (BV) in der Psychiatrie informiert?

*2.b. Waren Sie schon einmal beim Abschluss einer BV involviert?

*2.c. Haben Sie bereits Patienten mit einer BV betreut?

*2.d. Wenn ja: Wie viele Patienten mit einer BV haben Sie bereits betreut? [Anzahl]

*2.e. Wegen welcher Diagnosen waren die Patienten in der stationären Behandlung?

*2.f. Wer hat die BV veranlasst?

*2.g. Wie viele Ihrer Patienten haben aktuell eine BV? [Anzahl]

*3. Werden in Ihrer Klinik BVen angeboten?

*4. Falls Sie Frage 3 mit „nein“/„weiß nicht“ beantwortet haben: Gibt es derzeit Planungen eine BV einzuführen?

*5.a. Falls Sie Frage 3 mit „ja“ beantwortet haben: Gibt es standardisierte Vorlagen für den Abschluss einer BV?

*5.b. Wer ist in Ihrer Klinik i.d.R. beim Abschluss einer BV involviert?

*6. Wie bewerten Sie das Verhältnis von zeitlichem und organisatorischem Aufwand gegenüber dem Nutzen einer BV?

*7. Welche Bedeutung messen Sie der BV für den Fachbereich der Psychiatrie zu?

4.2.3 Chancen und Potentiale der BV

Die Ergebnisse der qualitativen Inhaltsanalyse hinsichtlich der Chancen und Potentiale der BV wurden in drei übergeordnete Kategorien (K1–3) zusammengefasst. Diese übergeordneten deskriptiven Kategorien wurden als inhaltliche Zusammenfassung der aus der Analyse entstandenen Subkategorien erarbeitet. In diesem Sinne wird auf der einen Seite sowohl die Fülle der geschilderten Chancen und Potentiale in Subkategorien aufgeführt, als auch auf der anderen Seite eine möglichst übersichtliche Ausführung durch die übergeordneten Kategorien ermöglicht.

Die übergeordneten Kategorien (K1–3) werden im Folgenden anhand der Subkategorien inhaltlich beschrieben und mit ausgewählten Interviewtextstellen belegt (in Klammern jeweils die Nummer des Interviews I. 1–11).

Tabelle 23: Übersicht Kategoriensystem: Chancen und Potentiale

„Welche förderlichen Faktoren (Chancen und Potentiale) nennen die Psychiater (Interviewpartner) in Bezug auf die Realisierung (klinisches Angebot, Abschluss, Anwendung) von BVen in der Akutpsychiatrie?“			
Kategorie-Nr.	Kategorien	Subkategorie-Nr.	Subkategorie (Code)
K1	Besondere Eignung für spezifische Patientengruppen	K1.1 K1.2 K1.3 K1.4	- Eignung für Patienten (P.) mit schizophrenen / affektiven Psychosen - Eignung für P. mit regelmäßigen stationären Aufenthalten mit Akutzuständen ("Stammklientel") - Eignung für P. mit Mehrfachaufenthalten bei erfolgloser Kliniktherapie - Eignung für P. mit Sprachbarrieren
K2	Chancen und Potentiale des Beratungsgesprächs zur BV	K2.1 K2.2 K2.3 K2.4 K2.5 K2.6 K2.7 K2.8 K2.9 K2.10 K2.11 K2.12	- Informations-, Erfahrungsdokumentation - Kontinuierliches Behandlungskonzept durch Vorausplanung - Ärztliche Gesprächsführung kann Patient lenken - Einstellungsänderung der Ärzte hin zu partizipativer Entscheidungsfindung - Patient setzt sich kritisch mit Erkrankung auseinander und übernimmt Verantwortung - Wertschätzung des Patienten durch Mitbestimmungsrecht - Arzt-Patienten-Beziehung durch Beteiligung des Patienten verbessern - Vertrauen des Patienten durch transparentes Vorgehen befördern - Steigende Patientenzufriedenheit - Steigende Compliance/Adhärenz - BV als Ausdruck der Grundhaltung einer Patientenorientierung der Klinik - Stigma der Psychiatrie und Vorbehalte gegenüber Psychiatern abbauen
K3	Chancen und Potentiale der BV bei der Behandlung des Patienten in der akuten Krise	K3.1 K3.2 K3.3 K3.4 K3.5 K3.6 K3.7 K3.8 K3.9 K3.10 K3.11 K3.12 K3.13	- Rechtliche Absicherung - Therapeutische Sicherheit - Unterstützung ökonomischer Ziele der Klinik (Ressourcenoptimierung, PEPP-System) - Mittelfristige Aufwandsersparnis in der ärztlichen Tätigkeit - Erinnerung an gesunden/remittierten Zustand des Patienten - Intensivere Auseinandersetzung mit dem Patienten in Akutsituation - Individualisierte Behandlung - Sicherheit und Schutz des Patienten durch Wahrung des Selbstbestimmungsrechts - Präventiver Effekt durch Vorhersehbarkeit der Behandlungssituation - Schnellere Deeskalation, Therapieförderung und verkürzte Rekonvaleszenz - Verbesserte Abstimmung im Team durch gemeinsame Orientierung an BV - Ärztliche Entscheidungsmacht wird begrenzt (verhindert Willkür, Machtmissbrauch) - Zwangsunterbringungen, -maßnahmen, -behandlungen vermeiden

4.2.3.1 **K1:** Besondere Eignung für spezifische Patientengruppen

In dieser Kategorie wurden Nennungen zusammengefasst, die eine besondere Geeignetheit der BV für bestimmte Patientengruppen betonten. Eine spezifische Eignung bestimmter Patienten wurde beispielsweise häufig am Krankheitsbild sowie an der Häufigkeit der stationären Aufenthalte festgemacht. Aus Sicht der Psychiater bietet die BV gerade in Fällen bestimmter Symptome und/oder Krankheitsfrequenz besondere Vorzüge.

K1.1 Eignung für Patienten mit schizophrenen/affektiven Psychosen

Häufig beschrieben Teilnehmer, dass besonders Patienten mit psychotischen Zuständen von einer Absprache zur Behandlung profitieren könnten und sich daher in besonderem Maße für den Abschluss einer BV eignen. Vorwiegend wurden dabei die Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen genannt. Daneben wurde eine besondere Eignung für Patienten mit bipolaren Störungen erwähnt. Einzelne nannten darüber hinaus auch die Demenz als ein geeignetes Krankheitsbild. Gemeinsam ist diesen Erkrankungen, dass deren Auftreten mit Zuständen einer eingeschränkten Willensbildung einhergehen kann, was folglich in einzelnen Fällen auch zu einer Zwangsunterbringung und -behandlung führen kann. Diese Diagnosen, so ein Interviewpartner, würden auch die Mehrzahl der gesetzlichen Unterbringungen bedingen (I. 6). Für Patienten mit bekannten psychotischen Akutzuständen vertraten Teilnehmer die Haltung, dass eine BV den Ablauf der Akutsituation günstig beeinflussen könne, gerade *„wenn man wüsste [...] mit welchen Worten oder welchen Handlungen man zur Deeskalation beitragen könnte“* (I. 3). Auch wurde berichtet, dass schlechte Erfahrungen in der Akutpsychiatrie im Rahmen einer akuten Psychose, insbesondere bei der Schizophrenie, zum Abschluss einer BV führen können: *„Denn die unter einer Schizophrenie leiden, haben ja oftmals schlechte Erfahrungen, haben keine Krankheitseinsicht, möchten nicht gerne behandelt werden, werden häufig zwangseingewiesen, bekommen dann Medikamente, die sie nicht haben wollen, und da scheint dann häufig, durch Erfahrung sozusagen, dann manchmal eben doch eine Behandlungsvereinbarung zustande zu kommen.“* (I. 5)

K1.2 Eignung für Patienten mit regelmäßigen stationären Aufenthalten mit Akutzuständen UND

K1.3 Eignung für Patienten mit Mehrfachaufenthalten bei erfolgloser Kliniktherapie

Zudem wurde ein Nutzen für einzelne Patienten gesehen, die mehrmals jährlich in stationärer Behandlung sind. Diese Patientengruppe wurde von einem Interviewpartner als sogenanntes *„Stammklientel“* bezeichnet (I. 3). Weiterhin sei bei diesen Betroffenen auch das Kriterium eines mangelnden Behandlungserfolges von Bedeutung, sodass die BV ein Weg sein könne, um *„weitere Schritte“* in der Behandlung zu planen, um *„so aus diesem Kreislauf“* der stationären Klinikaufenthalte heraus zu gelangen (I. 2).

K1.4 Eignung für Patienten mit Sprachbarrieren

Außerdem wurde angeführt, dass mit Hilfe einer BV auch mögliche „*Sprachbarrieren*“ überbrückbar sein könnten, die gelegentlich bei „*Migrationshintergrund*“ des Patienten vorhanden seien (I. 5).

4.2.3.2 K2: Chancen und Potentiale des Beratungsgesprächs zur BV

Die Interviewpartner äußerten eine Vielzahl von Chancen und Potentialen der BV, die bereits dem Beratungsgespräch im Rahmen des Abschlusses der BV zuzuordnen sind. Diese erstreckten sich über die Bereiche Dokumentation, verbesserte Behandlungsplanung und -steuerung durch Kommunikation und Zusammenarbeit mit dem Patienten, Förderung der partizipativen Entscheidungsfindung bis hin zu der Chance, das Vertrauen des Patienten zu steigern, die Arzt-Patienten-Beziehung zu verbessern und eine höhere Patientenzufriedenheit erreichen zu können. Darüber hinaus könne die BV auch als ein kommunikatives Vehikel dienen, um das Selbstverständnis im Umgang mit Patienten sowohl internen als auch externen Zielgruppen klarer vernehmlich zu vermitteln und dadurch auch die Außenwahrnehmung der Psychiatrie verbessern.

K2.1 Informations-, Erfahrungsdokumentation

Nahezu alle Interviewpartner betonten die Vorteile durch die Informations- und Erfahrungsdokumentation. Die BV könne anhand dieser Retrospektive wichtige Informationen für die Akutsituation beinhalten. So wurde als besonders wertvolle Information vorwiegend die Verträglichkeit von Medikamenten genannt, weiterhin auch der Kontakt einer Vertrauensperson des Patienten oder die Einstellung zu anderen Therapieformen wie beispielsweise der Elektrokrampftherapie (EKT). So seien BVen gerade bei Patienten sinnvoll, die auf schlechte Erfahrungen zurückblicken und bei denen „*nach der Behandlung immer deutlich wird, was der Betroffene eigentlich gewollt hätte*“ (I. 7). Dadurch werde ermöglicht, dass unerwünschte Therapien gezielt ausgeschlossen und unterlassen würden. Auch im ärztlichen Vertretungsfall beziehungsweise bei Patienten, die dem diensthabenden Arzt bisher nicht bekannt sind wurde betont, dass es im Akutfall besonders hilfreich sei, wenn die „*mühsam*“ (I. 5) gesammelten Erfahrungen und „*Informationen schneller gebündelt vielleicht immer verfügbar sind*“ (I. 2). Dadurch könne man dem Patienten zudem weiterhin „*ersparen*“ bei einem erneuten Klinikaufenthalt weniger Erfolg versprechende Behandlungsschemata zu durchlaufen, bis die passende Therapie gefunden sei (I. 2). Dies gelte in einem besonderen Maße in Situationen, wenn noch nicht einmal „*alte Arztbriefe*“ zur Hand seien (I. 9). Ein Interviewpartner fasste ebendas mit den Worten zusammen: „*Also Informationsgewinn und dem Betroffenen gerecht zu werden, ist dadurch viel besser gewährleistet, als wenn ich blank dastehe und er nichts mehr sagen kann.*“ (I. 7)

K2.2 Kontinuierliches Behandlungskonzept durch Vorausplanung

Mehrere Ärzte sahen mit Hilfe der BV die Chance, im prospektiven Sinn ein längerfristiges Therapiekonzept für den Patienten zu erarbeiten oder die Vereinbarung in ein zu entwerfendes Therapiekonzept

zu integrieren. So merkte ein Psychiater kritisch an, dass die Therapieplanung bei manchen Patienten leider eher „kurzsichtig“ angelegt sei (I. 2). Dies sei gerade bei Patienten der Fall, die mehrere mitunter wenig erfolgreiche stationäre Aufenthalte hinter sich hätten. Die BV könnte somit Teil einer mit dem Patienten abgestimmten „längerfristigen Behandlungsplanung“ im Rahmen „jahrelanger Konzepte“ sein mit dem Ziel, den Fortschritt und die Qualität der Therapie zu verbessern (I. 2). Auch Änderungen des Therapiekonzeptes bedingt durch einen Wechsel des Behandlers könnten mittels einer BV vermieden werden. So beschrieb ein Interviewpartner, dass es häufig vorkomme, dass *„der eine [Arzt] das Medikament ansetzt und der andere hält es für Blödsinn und setzt es wieder ab und setzt etwas Anderes an“* und erklärte anschließend: *„die Kollegen kennen die Vorgeschichte häufig nicht und die Bedeutung der Vorgeschichte würde ja wesentlich unbedeutender, wenn man weiß, wohin es geht“* (I. 4). Die Vorausplanung durch eine BV sei hiernach förderlich für eine *„kontinuierlich gute Behandlung“* (I. 5).

K2.3 Ärztliche Gesprächsführung kann Patient lenken

Ein Interviewpartner erwähnte die Chance, im Rahmen des Abschlussprozesses der BV den Patienten durch das beratende Gespräch zu einer ärztlich erwünschten Behandlung zu begleiten. So könne auf der Basis der gemachten Erfahrungen mit Hilfe der Gesprächsführung eine aus ärztlicher Sicht hilfreiche Behandlung herbeigeführt werden: *„Und so sozusagen (lacht) kommt man dazu, dass derjenige das eigentlich sagt, was man denkt, was richtig ist. [...] Also eher so wirklich in so einem Dialog, in einem sokratischen Dialog, eigentlich letztendlich zu gucken, wie kommt man dahin, wo man glaubt, dass es jetzt hilfreich wäre.“* (I. 1)

Die gezielte ärztliche Gesprächsführung wird nicht nur für den Abschlussprozess, sondern auch für den konkreten Anwendungsfall der BV als hilfreich erachtet. Die BV biete die Chance, dass der Psychiater im Akutfall auf die Vereinbarung hinweisen und damit möglichst frühzeitig eine *„Vertrauensbasis zum Patienten aufbauen kann“* (I. 3). Dies „entlaste“ auch den Arzt: *„Weil man ja mehr Freiheitsgrade in der Handlungsmöglichkeit hat und das nicht immer nur auf Zwangsmaßnahmen auf der einen Seite [...] und Ruhigstellung mit Medikamenten auf der anderen Seite hinausläuft.“* (I. 3) So könne man die *„Spielräume [...] eleganter nutzen“* (I. 3).

K2.4 Einstellungsänderung der Ärzte hin zu partizipativer Entscheidungsfindung

Das Potential der BV sahen mehrere Interviewpartner in der Möglichkeit, den Einstellungswandel der Ärzteschaft zu Gunsten einer partizipativen Entscheidungsfindung zu befördern. Bereits die Diskussion über die BV und die Stärkung der Patientenrechte könne tradierte Denkweisen und in der Konsequenz auch Behandlungsmuster verändern: *„Also ich glaube die ganze Diskussion [...], auch die Veränderung der Unterbringungsmodalitäten [...], bin ich der festen Überzeugung, die hat der Psychiatrie gut getan. Ich habe einfach über viele Sachen nachgedacht, die wir über Jahre, wenn nicht Jahrzehnte einfach tradiert einfach so gemacht haben“* (I. 6). Als konkretes Instrument könne die BV in der Zusammenar-

beit mit dem Patienten den Lernprozess des Arztes hin zur Partizipation unterstützen oder, wie es ein Interviewpartner formulierte: „*psychoedukative Maßnahme für die Ärzte*“ sein „*sich damit auseinander zu setzen, [...] aushandeln zu müssen*“ (I. 7). So könne „*der Patient als Experte in eigener Sache*“ vermitteln, dass er „*natürlich auch durchaus Dinge vertreten kann, die nicht [...] den medizinischen Standards entsprechen*“ (I. 7). Die BV könne damit ein immanentes „*Helfersyndrom*“ (I. 6) der Ärzteschaft lindern und die partizipative Entscheidungsfindung stärken.

K2.5 Patient setzt sich kritisch mit Erkrankung auseinander und übernimmt Verantwortung

Von den befragten Ärzten wurde es als positiv erlebt, wenn sich Patienten kritisch mit der eigenen Erkrankung auseinandersetzen, wobei der Vereinbarungsprozess im Rahmen der BV unterstützend sein könne. Ein Psychiater merkte an: „*ich fände es ganz gut, wenn mehrere Patienten sich so kritisch auch mit ihrer Erkrankung auseinandersetzen würden, was bei unseren Patienten leider Gottes nicht so häufig der Fall ist*“ (I. 8). Die BV befähige den Patienten, so ein Interviewpartner, zu „*mehr Teilhabe am Geschehen*“ und gleichzeitig auch dazu, „*mehr Verantwortung*“ für die Behandlung zu übernehmen: „*dadurch kann ich nicht alles abgeben oder abschieben an die Ärzte, die dann immer das machen, was ich nicht möchte. Was man OFT zu hören (lachend) bekommt als Arzt dann. [...] dadurch dass man sich MEHR SELBER einbringt und MEHR Mitspracherecht hat, verschiebt sich das dann schon irgendwie.*“ (I. 9)

K2.6 Wertschätzung des Patienten durch Mitbestimmungsrecht

Mitunter die insgesamt häufigsten Nennungen zu Chancen und Potentialen, die die befragten Ärzte machten, bezogen sich auf die Vorteile des „*Mitspracherechts*“ (I. 4, I. 9) der Betroffenen und auf das damit einhergehende Gefühl, ernst genommen zu werden. Durch die BV werde der Patient „*wie aufgewertet*“ (I. 1). Er erhalte „*Wertschätzung*“ dadurch, dass „*ein Arzt auch zuhört*“ (I. 7) um „*festzustellen, um was es dem jeweiligen Menschen eigentlich geht in der Behandlung*“ (I. 10), was aber nicht gleichzeitig die „*bestmögliche Behandlung aus medizinisch ärztlicher Sicht*“ sein müsse (I. 7). Der Patient erhält dadurch, laut Auskunft der Psychiater, „*ein ganz anderes Gewicht und wird mehr in den Fokus genommen*“, weil man durch die BV schließlich „*mehr in Dialog treten muss letztendlich*“ (I. 8). Einige der Psychiater gingen in Ihren Beschreibungen noch weiter und versprachen sich von der Vereinbarung einen „*Austausch auf Augenhöhe*“ (I. 6, I. 7, I. 9). Das Instrument helfe dabei „*auf einer Ebene zu arbeiten, die irgendwie von Gleichheit geprägt ist, und wo es kein therapeutisches überstarkes Ich gibt das quasi bestimmt, was die beste Entscheidung für die Zukunft ist*“ (I. 10). Von einem Interviewpartner wurde angemerkt: „*Wenn die Patienten genau wissen, dass ihre Meinung zählt sozusagen, dann könnten sie sich [...] vielleicht in vielerlei Hinsicht ernst genommenener fühlen und nicht so fremdbestimmt.*“ (I. 4)

K2.7 Arzt-Patienten-Beziehung durch Beteiligung des Patienten verbessern UND

K2.8 Vertrauen des Patienten durch transparentes Vorgehen befördern

Einige der befragten Ärzte waren überzeugt davon, dass die BV Potential besitze, die Arzt-Patienten-Beziehung zu verbessern. Denkbar sei, dass die Vereinbarung dem „*Beziehungsaufbau*“ helfe (I. 10), dass sie „*verbindet*“ und sich dadurch die Arzt-Patienten-Beziehung „*entspannt*“, sodass „*weniger oft eskalierende Situationen*“ entstehen und „*die ganze Situation vielleicht ruhiger und leichter handhabbar*“ wäre (I. 4). Auch wurde beschrieben, dass die Arzt-Patienten-Beziehung „*enger*“ werde (I. 5), das „*Empowerment*“¹⁵ befördert werde und der Patient durch die BV „*mehr Vertrauen*“ fasse (I. 9). Ergänzend als mögliche Begründung für die positive Entwicklung des Beziehungsverhältnisses führte ein Gesprächspartner an: „*Einfach weil man sich ganz individuell mit dem Patienten [...] auseinandersetzt. Und wenn der Patient auch merkt, dass er tatsächlich mitsprechen kann [...], dass ihm ein Arzt auch zuhört und dass das dann wichtig ist [...], das dann gemeinsam fixiert wird, einfach auch so als Akt irgendwie. [...] Das ist glaube ich sehr, sehr viel wert. Also die Erfahrungen, die ich damit sammeln konnte, sind sehr sehr positiv.*“ (I. 5)

Neben dem positiven Einfluss auf die Beziehungsebene sahen viele der befragten Psychiater Potentiale der BV in der damit einhergehenden Aussprache über die Behandlung. Die BV biete die Chance, gemeinsame Entscheidungen für alle in den „*Behandlungsprozess eingeschlossene[n] Personen [...] ersichtlicher und klarer*“ zu machen (I. 10). Gemeinsam zu erarbeiten, was hilfreich für die Therapie sein könnte, stärke darüber hinaus auch die „*Vertrauensbildung*“ (I. 3). Exemplarisch wurde die Aussprache über die Behandlung in folgenden Worten beschrieben: „*Weil das ist nun einmal Teil unserer Arbeit in der Psychiatrie, dass wir mit den Patienten diskutieren über ihre Krankheit [...], wie behandelt man sie am besten, sei es psychotherapeutisch oder man diskutiert über Medikamente. [...] Und das ist einfach Kernarbeit und das kann eigentlich dadurch [= BV] erleichtert werden, [...] einfach, dass diese Sachen auf den Tisch kommen und thematisiert werden. Das ist glaube ich schon meines Erachtens die große Chance.*“ (I. 5)

K2.9 Steigende Patientenzufriedenheit

¹⁵ Empowerment kann aus dem Englischen mit „Selbstermächtigung“ oder „Selbstbefähigung“ (106) übersetzt werden. Der Begriff entstammt ursprünglich der amerikanischen Bürgerrechtsbewegung der schwarzen Minderheitsbevölkerung und wurde anschließend zunehmend auch für andere soziale Bewegungen mit dem Ziel der Emanzipation und Partizipation übernommen. Theunissen/Plaute definierten Empowerment als „Prozess, in dem Betroffene ihre Angelegenheiten selbst in die Hand nehmen, sich dabei ihrer eigenen Fähigkeiten bewusst werden, eigene Kräfte entwickeln und soziale Ressourcen nutzen. Leitperspektive ist die selbstbestimmte Bewältigung und Gestaltung des eigenen Lebens“ (107, 108). Die Empowerment-Praxis betrachtet daher Betroffene als „Experten in eigener Sache“ (109). In der Definition von Stark (1996) wurden auch die unterstützenden Rahmenbedingungen für die Selbstermächtigung berücksichtigt: „Empowerment bezieht sich daher auf die Möglichkeiten und Hilfen, die es Individuen oder Gruppen erlauben, Kontrolle über ihr Leben und ihre sozialen Zusammenhänge zu gewinnen, und die sie darin unterstützen, die dazu notwendigen Ressourcen zu beschaffen“ (107, 110). In der Medizin umfasst der Prozess des Empowerments des Patienten sowohl die individuelle Selbstermächtigung und somit das Vollbringen durch den Patienten selbst, als auch die professionelle ärztliche Unterstützung des Patienten zur Förderung und Nutzung der eigenen Ressourcen (106).

Die BV habe direkt positive Auswirkungen auf die Behandlungszufriedenheit. Ein Interviewpartner beschrieb dies mit folgenden Worten: *„die Zufriedenheit für einen Patienten steigt, wenn man sich an die Dinge hält“* (I. 8). Durch ein weiterhin steigendes *„Mitspracherecht“* im Rahmen der BV und die damit einhergehende Übernahme von *„Verantwortung für die Behandlung“* könne insgesamt eine höhere Patientenzufriedenheit erreicht werden, von der letztlich auch der Arzt profitiere (I. 9).

K2.10 Steigende Compliance/Adhärenz

Durch den Vereinbarungsprozess der BV könne laut der Interviewpartner auch die Therapietreue im Sinne der *„Compliance“* (I. 8) beziehungsweise *„Adhärenz“* (I. 10) gefördert werden.¹⁶ Es ist anzufügen, dass der Begriff Adhärenz von einem Interviewpartner bewusst gewählt und erläutert wurde (I. 10), während Compliance noch immer ein häufig gängiger Begriff in der therapeutischen Praxis ist und ebenso in einem anderen Interview in Bezug auf die BV genannt wurde (I. 8). Dass der Arzt die Entscheidungsfindung des jeweiligen Menschen im Rahmen der Vereinbarung unterstütze, wirke sich positiv auf eben diese Therapietreue aus. So beschrieb ein Psychiater: *„Und [...], wenn man daran [= BV] arbeitet, dann stärkt es die Adhärenz. Wenn man versucht, auf gleicher Ebene sich mit einem Thema auseinanderzusetzen.“* (I. 10)

K2.11 BV als Ausdruck der Grundhaltung einer Patientenorientierung der Klinik

Ein Teilnehmer beschrieb, dass eine BV *„grundsätzlich [...] Haltung“* ausdrücke und dadurch das Selbstverständnis der Klinik versinnbildlichen könne (I. 7). Gerade *„dadurch dass Vorgesetzte / Leitende das befürworten“* müsse *„zwangsläufig eine Auseinandersetzung damit stattfinden“* (I. 7). Daraus schlussfolgerte der Psychiater: *„Also das macht sicher mit allen etwas, weil sie da involviert sind.“* (I. 7) So könnte die BV als Vehikel die Grundhaltung der Klinik intern gegenüber Patienten und Beschäftigten kommunizieren, aber auch öffentlichkeitswirksam die Einstellung zur ärztlichen Tätigkeit vermitteln.

K2.12 Stigma der Psychiatrie und Vorbehalte gegenüber Psychiatern abbauen

Im weiteren Sinne wurde auch die Chance beschrieben, das *„Stigma“* der Psychiatrie sowie *„Vorbehalte“* gegenüber Psychiatern bei Patienten und in der Öffentlichkeit abzubauen (I. 2). Die Vereinbarung sei für Betroffene ein Signal und zugleich Instrument, um den als *„bedrohlich erzwingend“* erlebten Situationen in der Behandlung entgegenzuwirken (I. 2). Auch könne ein Trugbild von der psychiatri-

¹⁶ Der mittlerweile überholte Terminus Compliance „bezeichnet das Ausmaß, zu dem das Verhalten einer Person hinsichtlich Medikamenteneinnahme, Diätbefolgung und/oder Lebensstiländerungen mit den vereinbarten Empfehlungen eines medizinischen Behandlers übereinstimmt“ (111). Diese Sichtweise impliziert eine passive, fügsame Haltung des Patienten gegenüber den aktiven Handlungsanweisungen des medizinischen Experten. Daher wird dieser Terminus zunehmend durch das von der WHO im Jahr 2003 definierte Adhärenzkonzept abgelöst, in dem der Patient als aktiver, gleichberechtigter Partner bei der gemeinsamen Erstellung von Therapiezielen betrachtet wird (112).

schen Therapie in der Öffentlichkeit korrigiert werden, wonach Patienten vermeintlich nur mit Psychopharmaka ruhig gestellt würden.

4.2.3.3 K3: Chancen und Potentiale der BV in der Krisensituation

Mehrere Interviewpartner äußerten sich zuversichtlich, dass die BV auch für die Behandlung in der akuten Krisensituation Chancen bieten könne. Der behandelnde Arzt sowie die Klinik könnten von einer rechtlichen und therapeutischen Sicherheit sowie von einer Aufwandsreduktion in Krisensituationen profitieren. Zugleich werde eine individualisierte Behandlung sowie die Therapieförderung gestärkt und der Patient durch die Wahrung des Selbstbestimmungsrechtes geschützt. Darüber hinaus könne die BV auch zur verbesserten Abstimmung im Behandlungsteam und zur Begrenzung der ärztlichen Entscheidungsmacht beitragen.

K3.1 Rechtliche Absicherung UND

K3.2 Therapeutische Sicherheit

Als eine Chance der BV wurden juristische Aspekte im Sinne der rechtlichen Absicherung der Klinik wie auch des behandelnden Arztes genannt. Die BV habe laut eines Interviewpartners vor allem in der Zeit der Rechtsunsicherheit vor der gesetzlichen Neuregelung von Zwangsmaßnahmen im Februar 2013 (§ 1906 BGB) Aufmerksamkeit in der Klinik erhalten. Um den rechtlichen „Graubereich“ vor der Neuregelung beziehungsweise mögliche Zwangsbehandlung „zu umgehen“ und um einen „hilfreichen oder sicheren“ Umgang mit den Patienten zu finden, sei eine strukturelle Einführung der BV als möglicher Weg erachtet worden (I. 1). Weiterhin wurde die Chance einer möglichen rechtlichen Absicherung des behandelnden Arztes gegenüber dem Patienten für die Akutsituation genannt. So drückt ein Teilnehmer dies wie folgt aus: „Das mache ich auch, um mich letztlich nochmal ein Stück weit auch rechtlich abzusichern.“ (I. 1)

Einige Teilnehmer beschrieben, dass die BV dem Psychiater weiterhin Sicherheit für die Gespräche und die Behandlung mit dem Patienten gebe. Durch die „unterschiedene“ Vereinbarung könne die „tägliche Arbeit“ erleichtert werden, indem „letztendlich“ der Patient mit in die „Verantwortung“ genommen werde und sozusagen, wie bildhaft beschrieben „mit im Boot“ sei (I. 1). Dabei helfe die Vereinbarung, die Wünsche und Bedürfnisse des Patienten auch in Akutsituationen mit eingeschränkter Willensbildung präsent zu haben. So bedeute die BV laut einem anderen Interviewpartner: „Sicherheit [...] dahingehend, dass man weiß, der Patient kann in einem Zustand, in dem er gesund ist, durchaus seinen Willen äußern und Vernünftiges von sich geben“ (I. 3). Die BV sei Hilfestellung „um in dieser kritischen Situation den Patienten besser einschätzen zu können“ (I. 3). Mittels einer schriftlichen Vereinbarung die Gewissheit zu haben, dass der Patient entgegen möglicher widersprechender Willensbekun-

dungen oder gar Abwehrreaktionen in der Akutsituation letztlich die Therapie mitträgt, kann somit eine erhebliche Entlastung für den behandelnden Arzt darstellen.

K3.3 Unterstützung ökonomischer Ziele der Klinik (Ressourcenoptimierung, PEPP-System) UND

K3.4 Mittelfristige Aufwandsersparnis in der ärztlichen Tätigkeit

Die Integration der BV in die klinische Tätigkeit eröffnet aus der Perspektive einiger Interviewpartner die Chance, den Ablauf der Akutaufnahme zu optimieren und so ökonomische Ziele der Klinik zu unterstützen. In diesem Zusammenhang wurde betont, dass die zur Verfügung stehenden zeitlichen und personellen Ressourcen durch einen „*geregelten Umgang mit Notfällen*“ (I. 6) effektiver einsetzbar seien. So sei bisher „*etwa 20 % aller Energie*“ in „*2 % der Fälle*“ gebunden (I. 6). Die durch einen reibungsloseren Ablauf von Krisen frei werdenden Kapazitäten könnten dann, so der Interviewpartner, beispielsweise für „*ein längeres Gespräch mit dem Patienten*“ (I. 6) oder notwendige Dokumentations-tätigkeiten zur Verfügung stehen. Dadurch sei es unter allseitigem Nutzen möglich, die Arbeitsabläufe zu verbessern und eine „*qualitativ bessere*“ ärztliche Tätigkeit zu leisten (I. 6). Darüber hinaus wurde mehrfach genannt, dass „*Prozesse*“, die aus „*ökonomischen Gründen*“ bevorstehen, wie beispielsweise das pauschalierende Entgeltsystem Psychiatrie und Psychosomatik (PEPP), mit Hilfe der BV „*begleitet*“ werden könnten (I. 2). Wie in der nachfolgenden Ausführung eines Interviewpartners beschrieben, sei diese Neuausrichtung zudem für die BV und deren Breitenwirkung zuträglich. So schilderte ein Teilnehmer seine Wahrnehmung von der „*Entstehungsgeschichte*“ der BV „*eher als Mittel der Psychiatrieerfahrenen*“ um „*die ärztliche Tätigkeit entsprechend zu reglementieren.*“ Und führte fort: „*Vielleicht ist das auch gut und richtig. [...] und ich glaube im Hinblick auf das PEPP-System würde ich mir dann eher perspektivisch vorstellen, dass es vielleicht [...] aus dieser Ecke raus kommt mehr hin zu so einem Therapiebegleitungsinstrument [...].*“ (I. 2)

Die Mehrzahl der Teilnehmer betonte primär den Mehraufwand durch den Abschlussprozess der BV. Sekundär berichtete jedoch gleichzeitig die Hälfte der Befragten von einer möglichen zukünftigen Zeit- und Aufwandsersparnis in der ärztlichen Behandlung, da „*man bestimmte Sachen, dann eben nicht mehr macht oder abklappern muss*“ (I. 2) oder die „*Aktenrecherche*“ und das „*Einholen von Arztbriefen*“ (I. 4) reduziert werden könne. Die dokumentierten Informationen und festgehaltenen Erfahrungswerte der BV könnten folglich nicht nur Effizienzvorteile für die Klinik bieten, sondern mittelfristig auch für die einzelnen Ärzte einen reibungsloseren Ablauf der Behandlung in Akutsituationen ermöglichen.

K3.5 Erinnerung an gesunden/remittierten Zustand des Patienten

Die BV könne eine Unterstützung darin sein, sowohl an „*Bedürfnisse und Wünsche*“ aber auch an den remittierten Zustand des Patienten aus „*stabilen Zeiten*“ zu „*erinnern*“ (I. 7). Dies helfe dem Arzt, den „*Patient[en] besser einschätzen zu können*“ (I. 3). Neben der reinen Dokumentation der vereinbarten

Inhalte kann eine BV demnach hilfreich sein, um den Erfahrungen mit dem Patienten im gesunden Zustand aus dem Vereinbarungsprozess Präsenz in der Krisensituation zu verleihen.

K3.6 Intensivere Auseinandersetzung mit dem Patienten in Akutsituation

Eine vorliegende BV ermögliche und verpflichte gleichzeitig, sich mit dem Patienten und seinem Willen intensiver in der Akutsituation auseinanderzusetzen. Selbstverständlich sei auch prinzipiell ohne Vereinbarung ein „gewisser Respekt“ wünschenswert (I. 8). Die BV bewirke aber unmittelbar „dass der Arzt sich mehr mit dem Patienten beschäftigen muss“ (I. 8) und dass sich der Arzt in der Aufnahmesituation „nochmal mehr Zeit“ nehme (I. 6).

K3.7 Individualisierte Behandlung

Es wurde betont, dass die individuelle Therapie im Fachgebiet der Psychiatrie in Abgrenzung zur somatischen Medizin einen höheren Stellenwert einnehme, da jeder Patient auf Grund der spezifischen Krankengeschichte mit „anderen Stärken und einem anderen Umfeld“ komme (I. 1). Ein weiterer Teilnehmer formulierte, „dass jeder / gerade jeder schizophrene Patient“ einer individuellen Behandlung bedürfe (I. 5). Um diesen Anforderungen auch in der Akutbehandlung gerecht werden zu können, sei eine BV ein hilfreiches Instrument. Hiermit sei es möglich, auf die speziellen Bedürfnisse in der Krisensituation einzugehen und auf „ganz individuelle Dinge, auf die man normalerweise natürlich gar nicht kommt [...] hin[zu]weisen [...]“ (I. 3). Disponible gesammelte Informationen zur individuellen Behandlung wie auch „zusätzliche Möglichkeiten“ neben der standardisierten Erstlinientherapie seien somit auch für den Arzt „eine Erleichterung“ in der Akutsituation (I. 3).

K3.8 Sicherheit und Schutz des Patienten durch Wahrung des Selbstbestimmungsrechts

Beinahe die Hälfte der Interviewpartner äußerte sich zuversichtlich, dass die Vereinbarung zur „Sicherheit“ (I. 4) oder zum „Schutz“ (I. 10) des Patienten beitragen könne, da auch in Krisensituationen die Selbstbestimmung gewahrt werde. Die BV biete Schutz für die „Interessen des jeweiligen Menschen“, die per se „schützenswert“ seien (I. 10). Gleichzeitig könne auch Schutz geboten werden vor einer Behandlung, die dem „Gegenüber schadet“ (I. 10), worunter Zwangsmaßnahmen sowie eine unverträgliche Medikation aber auch das Gefühl der Fremdbestimmung genannt wurden. Das Instrument erlaube dem Patienten sich „abgrenzen“ zu können (I. 10), vor allem auch in kritischen Entscheidungssituationen, in denen das Behandlungsteam zu dem Schluss kommt: „das wird irgendwie schwierig oder es dauert uns zu lange“ (I. 1).

Ein Interviewpartner beschrieb dabei bildhaft den Kontrast zwischen einer Sicherheit bietenden, antizipierten Behandlung mit einer BV und dem „Verwahr- und Verwaltungsstil“ einer historischen kustodialen Anstaltspsychiatrie, die grundlegend erst in der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts abgeschafft wurde (27). Selbstbestimmung könne folglich die Angst vor und in der Akutsituation nehmen und biete

Schutz auch gegenüber der Macht des Behandlungsteams: *„Ja, wenn man mit offenen Karten spielt, dann ist es für alle Betroffenen eigentlich auch nicht ängstigend. Wenn man sagt: ‚Ich tue dir eigentlich nur was Gutes‘. Es ist nicht diese Macht. [...], da stehen dann nicht vier Pfleger und dann der Arzt und der haut Sie in die Fixierung rein. [...] Das ist ja so ein bisschen das kustodiale Bild. Ja, man wartet und so weiter, und irgendwann ist der Patient in dem Zustand, wo man sagt: ‚So, der muss jetzt fixiert werden.‘“ (I. 6)*

K3.9 Präventiver Effekt durch Vorhersehbarkeit der Behandlungssituation UND

K3.10 Schnellere Deeskalation, Therapieförderung und verkürzte Rekonvaleszenz

Durch die antizipierte Absprache im Rahmen der BV wird die Krisenbehandlung planbar und liegt auch in einer psychotischen Krise zumindest partiell in der Kontrolle des Patienten. Einhergehend mit der Vorhersehbarkeit der Behandlungssituation in der Klinik wurden zwei Effekte beschrieben: Erstens könne Angst als zusätzlicher Stressor bei der Akutaufnahme reduziert werden, wodurch die BV einen direkten präventiven Effekt zeige: *„Und das [Selbstbestimmung] ist glaube ich [...] auch einfach eine ganz große Sicherheit [...]. Ja, also viele psychische Erkrankungen, also die Exazerbation davon, sind ja häufig mit gewissen externen Stressoren verbunden. Und Stress kann es natürlich auch sein, nicht zu wissen, was passiert.“ (I. 4)* Zweitens nehme die Planbarkeit dem Patienten nicht nur die Angst während des Klinikaufenthaltes, sondern auch bereits vor dem Klinikaufenthalt, sodass indirekt die Schwelle für die Aufnahme gesenkt werde. Dadurch werde es dem Patienten im Krisenfall erleichtert, frühzeitig die Klinik aufzusuchen, bevor beispielsweise die Psychose weiter voranschreitet. Ein Psychiater beschreibt daher seine Motivation für den Abschluss der BV mit folgenden Worten: *„eben [...], dass der Patient keine Angst vor der Psychiatrie hat, sondern sich tatsächlich in Behandlung begibt, weil er weiß, meine Wünsche werden sehr wahrscheinlich (lacht) gehört oder sind auch in der Vergangenheit gehört worden [...]. Dann komme ich gerne, oder was heißt gerne, scheue ich mich nicht in die Psychiatrie zu kommen [...].“ (I. 5)*

Zugleich sei die Zugänglichkeit des Patienten in Krisenzeiten während des Klinikaufenthalts mit Hilfe der getroffenen Absprachen erleichtert. Dies führe zu einer Therapieförderung indem die Möglichkeit bestehe schneller zu deeskalieren: *„Also, die große Chance ist natürlich, dass man schneller eine wirksame Therapie beginnen kann, weil man schneller deeskalieren kann, in solchen Situationen schneller eine Vertrauensbasis zum Patienten aufbauen kann.“ (I. 3)* Die BV biete durch den verbesserten „Zugang“ zum Patienten und der folglich schnelleren Behandlung auch die Chance, so ein Interviewpartner, dass die Aufenthaltsdauer verkürzt werde und Fälle, in denen man bisher *„Wochen warten“* musste verringert werden könnten (I. 8).

K3.11 Verbesserte Abstimmung im Team durch gemeinsame Orientierung an BV

Ein Interviewpartner schilderte die BV als hilfreiches Instrument für die Zusammenarbeit im Team. Die BV könne dabei eine Direktive für die Behandlung in der Akutsituation darstellen, die sowohl für ärztliche Kollegen als auch für das Pflegepersonal maßgeblich ist. Mögliche Kontroversen im Therapieansatz könnten so verhindert werden: *„Ich glaube, dass es die [ärztliche] Zusammenarbeit häufig vereinfachen würde. Ein ganz großes Problem in der Psychiatrie und in der Behandlung von psychisch Kranken ist ja, dass man häufig an verschiedenen Strängen zieht.“* (I. 4) Klärung verschaffe die BV durch die antizipierte Absprache auch in Zusammenarbeit mit dem Pflegepersonal: *„Weil häufig ist ja das Pflegepersonal anderer Meinung als die Ärzte (lacht leise) [...]. Und wenn man dann unterschiedlicher Meinung ist, dann macht es halt auch das Klima im Team schlecht. Und so [mit BV] kann man es sich praktisch gar nicht erlauben, unterschiedlicher Meinung zu sein [...].“* (I. 4). Die antizipierte Absprache biete folglich nicht nur die Chance, eine Einigung mit dem Patienten zu erzielen, sondern gleichzeitig eine vielseitige Übereinkunft im Behandlungsteam zu erreichen.

Diese Vereinbarung könne dann, wie mehrfach erwähnt wurde, gerade in kritischen Situationen gegenüber dem Pflegepersonal durchgesetzt werden, auch wenn damit höhere Belastungen für das Team verbunden sind und das Personal andere Behandlungen bevorzugen würde. Ein Interviewpartner schilderte hierzu beispielhaft die Situation einer Akutaufnahme eines für den Stationsarzt unbekanntem Patienten, für die eine BV hilfreich sein könnte: *„Und da ist [...] natürlich für die meisten Dienstärzte das Problem, dass es darum geht, zunächst mal Ruhe und Ordnung auf der Station zu schaffen. Die Situation eher zu deeskalieren, und dann werden oftmals Dinge gemacht, die eigentlich nicht im Sinne des Patienten sind. Wie zum Beispiel zwangsmediziert oder fixiert. Und das geschieht natürlich auch häufig auf Wunsch der Pflege, die natürlich Angst vor den Patienten haben und die Situation möglichst rasch bereinigt haben wollen. Und das kenne ich aus eigener Erfahrung, dass der Dienstarzt sich dann eher dem Wunsch der Pflege unterordnet und vielleicht die härtere Maßnahme anordnet, obwohl es durch einfachere Maßnahmen auch zu deeskalieren gewesen wäre.“* (I. 3)

K3.12 Ärztliche Entscheidungsmacht wird begrenzt (verhindert Willkür, Machtmissbrauch)

Die BV könne dabei helfen einen Standard zu schaffen, durch den gewährleistet werde, dass die Behandlungsinteressen des Patienten unabhängig vom behandelnden Arzt berücksichtigt werden. Eine gewisse Willkür in der Therapie, die davon abhängt, *„wie motiviert“* der Psychiater in der jeweiligen Situation ist, könne so besser umgangen werden (I. 10). Darüber hinausgehend könne auch der *„Missbrauch“* von ärztlicher Macht eingeschränkt werden (I. 1). Dies erscheint vor allem in einem Rahmen bedeutend, in dem berichtet wurde, dass Kollegen im Sinne der Fixierung oder einer Medikation mit dem hochpotenten Neuroleptikum Haloperidol despektierlich *„von Heil-Bandagen und Haldol-Bädern oder Heil-Bädern sprechen“* (I. 1). Die BV könne auch daran erinnern, so ein Interviewpartner, wie groß die ärztliche Verantwortung für den Patienten auf Grund eines möglichen Machtgefälles sei, und gegebenenfalls Machtausübung begrenzen: *„Auf der anderen Seite muss man ja auch ganz ehrlich sa-*

gen, dass man dadurch natürlich auch mal wieder ins Gedächtnis gerufen bekommt, wie viel Verantwortung [...] und wie viel Macht man auch über Patienten hat. Und ich glaube schon, dass es leider immer wieder auch ärztliche Kollegen gibt [...], die auch gerne Macht über Patienten [...], über andere Menschen haben. Und ich glaube, die würden sich dann auch durch Behandlungsvereinbarungen sehr eingeschränkt fühlen in ihrer Handhabe.“ (I. 4)

K3.13 Zwangsunterbringungen, -maßnahmen, -behandlungen vermeiden

Knapp die Hälfte der befragten Ärzte äußerte die „Hoffnung“ (I. 6), Zwangsunterbringungen, Zwangsmaßnahmen (z. B. Fixierung) oder Zwangsbehandlungen (Zwangsmedikation) durch die BV zu vermeiden. So wurde beschrieben, dass die BV durch eine antizipierte Einwilligung in eine definierte Behandlung Zwang verhindern könne. Ein Interviewpartner äußerte diese Erwartung anhand eines Beispielsfalls: „um dieser Fixierung einfach aus dem Weg zu gehen, wäre es für die Patientin gut, wenn sie einfach wüsste: Wir verfahren einfach so. Es kommt das Isolierzimmer / es kommen Medikamente, und wenn sie sich da einfach darauf einlassen kann, dann kommt es gar nicht so weit, dass wir sie fixieren. [...] Sodass man mit Sicherheit der einen oder anderen Zwangsmaßnahme mit solchen Vereinbarungen gut aus dem Weg gehen könnte.“ (I. 4)

4.2.4 Risiken und Hindernisse der BV

Die Ergebnisse der qualitativen Inhaltsanalyse hinsichtlich der Risiken und Hindernisse bei der Realisierung (klinisches Angebot, Abschluss und Anwendung) von BVen wurden in vierzehn übergeordnete Kategorien (K1–14) zusammengefasst. Diese übergeordneten deskriptiven Kategorien (K1–14) werden im Folgenden anhand der Subkategorien inhaltlich beschrieben und mit ausgewählten Interviewtextstellen belegt (in Klammern jeweils die Nummer des Interviews I. 1–11). An einigen Stellen wurden die übergeordneten Kategorien aus Gründen der Übersichtlichkeit des tabellarischen Kategoriensystems erneut zusammengefasst und die Zusammenfassung in Zwischenzeilen der Tabelle (z. B. über K2–3) beschrieben. Weiterhin wurden, ebenso aus Gründen der besseren Strukturierung, einige Subkategorien nach inhaltlichen Kriterien unter einer Überschrift in der entsprechenden Spalte zusammengefasst.

Tabelle 24: Übersicht Kategoriensystem: Risiken und Hindernisse

„Welche hinderlichen Faktoren (Risiken und Hindernisse) nennen die Psychiater (Interviewpartner) in Bezug auf die Realisierung (klinisches Angebot, Abschluss, Anwendung) von Behandlungsvereinbarungen in der Akutpsychiatrie?“			
Kategorie-Nr.	Kategorie	Subkategorie-Nr.	Subkategorie (Code)
Mangelnde Nachfrage (K1)			
K1	Mangelnde Nachfrage	K1.1	- Geringe kommunizierte Nachfrage
Einschränkungen durch geringe oder hohe Verbindlichkeit (K2-3)			
K2	Geringe Verbindlichkeit in praktischer Tätigkeit	K2.1	- Abweichung legitimiert durch Eigen-, Fremdgefährdung
		K2.2	- Abweichung legitimiert durch mögliche (erwartete) Besserung o. bei Komplikationen
		K2.3	- Fehlende klinikübergreifende Verbindlichkeit
		K2.4	- Juristisch ist Patientenwille der therapeutischen Leitlinie untergeordnet
		K2.5	- Eingeschränkte Relevanz ohne Rechtsverbindlichkeit
K3	Risiko juristischer Konsequenzen aufgrund hoher Verbindlichkeit	K3.1	- Risiko rechtlicher Konsequenzen für den Arzt bei Abweichung
		K3.2	- Abschlussbereitschaft nur wenn BV nicht rechtsverbindlich
Einschränkungen im Wirkungsradius der BV in der klinischen Versorgung (K4)			
K4	Einschränkungen im Wirkungsradius der BV	K4.1	<u>Mangelnde Reichweite:</u> - Selbstselektion: Patienten mit mangelnder Krankheitseinsicht werden nicht erreicht
		K4.2	- Abstimmungsprozess für BV-Abschluss ist zu kompliziert
		K4.3	<u>Selektive Eignung:</u> - Sinnvoll solange Patient nicht bekannt
		K4.4	- Beschränkung der BV auf definierten Krankheitsfall
		K4.5	- Geringe Relevanz der BV auf offenen Stationen
Einschränkungen durch fraglichen Nutzen oder möglichen Schaden in der klinischen Versorgung (K5-6)			
K5	Bezweiflung des Nutzens	K5.1	<u>Fraglicher Nutzen für die Akutsituation:</u> - Akutsituationen sind schwer planbar
		K5.2	- Akutsituationen fordern flexibles Handeln
		K5.3	- Patient kann BV in Akutsituation ablehnen
		K5.4	- BV erzeugt Entscheidungskonflikt in Akutsituation
		K5.5	- Fragliche Erleichterung: Akutsituation als "Machtkampf"
		K5.6	<u>Fraglicher Vorteil gegenüber der bisherigen Arzt-Patienten-Interaktion:</u> - Keine veränderte Arzt-Patienten-Beziehung / ärztliche Tätigkeit bei gängigem SDM
		K5.7	- Arzt ist bereits Berater, Dienstleister
		K5.8	- Diskutieren über Behandlung ist bereits Kernarbeit
K6	Vermutetes Schadenspotential	K6.1	<u>Möglicher Schaden durch suboptimale Behandlung:</u> - Wirksame Therapien werden ausgeschlossen
		K6.2	- Behandlung wider wissenschaftliche Ergebnisse bzw. ärztliche Erfahrung
		K6.3	- Patient wird nicht mehr umfassend betrachtet/therapiert
		K6.4	- BV wird nicht aktualisiert und ist im Akutfall ggf. nicht mehr valide
		K6.5	- Fragliche Freiwilligkeit des Patienten
		K6.6	<u>Möglicher Schaden für die Arzt-Patienten-Beziehung:</u> - BV könnte missverständlich als rechtswirksam verstanden werden
		K6.7	- Frustration der Patienten bei unrealistischen Wünschen
		K6.8	- Vertrauensbruch bei Abweichung von der BV
		K6.9	- Unnötige Psychiatrisierung
Krankheitsbedingte Einschränkungen im Denken und Handeln von Patienten auch in remittierten Phasen (K7)			
K7	Krankheitsbedingte Einschränkungen im Denken und Handeln auch in remittierten Phasen	K7.1	- Mangelnde Kooperationsfähigkeit bei schwierigen Patienten
		K7.2	- Mangelnde Krankheitseinsicht/-reflexion des Patienten
		K7.3	- Kognitive Einschränkungen des Patienten erschweren Zusammenarbeit
		K7.4	- Grenzen der Entscheidungsfähigkeit des Patienten sind fließend
		K7.5	- Psychiatrieflucht des Patienten nach Erkrankungsphase

Fortsetzung Tabelle 24: Übersicht Kategoriensystem: Risiken und Hindernisse

„Welche hinderlichen Faktoren (Risiken und Hindernisse) nennen die Psychiater (Interviewpartner) in Bezug auf die Realisierung (klinisches Angebot, Abschluss, Anwendung) von Behandlungsvereinbarungen in der Akutpsychiatrie?“			
Kategorie-Nr.	Kategorie	Subkategorie-Nr.	Subkategorie (Code)
Inadäquate organisatorische Rahmenbedingungen (K8-10)			
K8	Fehlende Anpassung von Prozessen und Organisation für <u>Abschluss</u> der BV	K8.1 K8.2 K8.3	- Fehlende Integration in Behandlungsprozess - Mehraufwand - Individuelle BV erfordert Erfahrung mit Patient und vertrauensvolle Arzt-Patienten-Beziehung
K9	Fehlende Anpassung von Prozessen und Organisation für <u>Anwendung</u> der BV	K9.1 K9.2 K9.3 K9.4	- Fragliche Verfügbarkeit in Akutsituation - Fehlende Behandlerkontinuität - Zeitmangel, hohe Belastung - Geringe Respektierung ohne Formalisierung
K10	Ökonomische Vorgaben und Ziele	K10.1	- Ökonomisierung der psychiatrischen Behandlung behindert BV
Mangelndes Commitment der Beteiligten (K11-14)			
K11	Anspruch des Arztes auf Entscheidungshoheit	K11.1 K11.2 K11.3	- Behandlungswünsche schränken ärztliche Autonomie ein - Akzeptanzprobleme der BV bei ärztlichen Kollegen - Mangelnde Kooperationsbereitschaft gegenüber Patienten bei Berufsanfängern
K12	Gefahr der wirkungslosen Bürokratisierung	K12.1 K12.2	- BV bewirkt keine Veränderung der therapeutischen Grundhaltung - BV als standardisierte Pflichtvorgabe verfehlt das Ziel
K13	Interpersonelle Konflikte bei der Anwendung	K13.1 K13.2	- Teamkonflikte in Akutsituation - Konflikte mit Angehörigen, Stellvertretern
K14	Einstellung der Führungskräfte	K14.1 K14.2	- Priorität der BV hängt von Einstellung der Führungskräfte ab - Mangelnde Patientenfokussierung in der klinischen Weiterbildung

4.2.4.1 K1: Mangelnde Nachfrage

Ein mehrfach genanntes Hindernis und eine Begründung für die mangelnde Verbreitung der BV ist die geringe Nachfrage, die von Patienten wie von Ärzten gezeigte werde.

K1.1 Geringe kommunizierte Nachfrage

Es gab unterschiedliche Äußerungen zu einer geringen kommunizierten Nachfrage innerhalb des klinischen Settings. Ein Psychiater merkte an, dass trotz dem „gezielten danach Fragen“ sowie „aufklären“ zur BV „die Resonanz eher gering“ sei (I. 11). Als mögliche Begründung wurde ergänzt, dass Patienten „einfach ihre Krankheit momentan nicht sehen oder nicht sehen wollen und jetzt nicht irgendwie planen wieder krank zu werden [...]. Vorbeugung oder Planung stößt dann halt auf Widerstände.“ (I. 11) Ein anderer Arzt erwähnte, dass die kommunizierte Nachfrage aus „verschiedensten Gründen“ verhalten sei, von ärztlicher Seite aber vorwiegend wegen des Mehraufwandes: „Wie ich denke, der größte Grund ist sozusagen [...] der gescheute zeitliche Aufwand. Und beide Seiten [...] nähern sich da nicht unbedingt, weil von beiden Seiten nicht viel Interesse gezeigt wird. Zumindest nicht im klinischen Alltag. Das heißt nicht, dass es nicht vorhanden ist, also es tritt nicht zu Tage offensichtlich.“ (I. 7) Folglich sei es möglich, dass aus unbestimmten Gründen die tatsächliche Nachfrage von der kommunizierten Nachfrage abweiche.

Zusammenfassend wurden von den Psychiatern somit unterschiedliche Erklärungsansätze für die insgesamt mangelnde Nachfrage nach der BV herangezogen. Seitens des Personals sei der vorwiegende Grund der gescheute Mehraufwand. Seitens der Patienten seien folgende Ursachen zu erwägen: mangelnde Krankheitseinsicht, Verdrängungsmechanismen der Patienten in Bezug auf die Erkrankung sowie Hemmnisse in der Kommunikation. Die mangelnde Kommunikation könne entweder darin begründet sein, dass kein Bedürfnis nach einer antizipierten Behandlungsgestaltung vorhanden sei oder aber, dass ein mögliches Bedürfnis letztlich nicht geäußert werde.

4.2.4.2 **K2–3: Einschränkungen durch GERINGE oder HOHE Verbindlichkeit**

4.2.4.2.1 **K2: GERINGE Verbindlichkeit in praktischer Tätigkeit**

Es ließ sich feststellen, dass einige der Interviewpartner bestimmte Einschränkungen der Gültigkeit beziehungsweise der Verbindlichkeit der BV im klinischen Alltag als hinderlich für die Anwendung der Vereinbarung wahrnehmen. Die vorliegende Kategorie wurde daher auf der Basis von Äußerungen der befragten Psychiater gebildet, die sich sämtlich auf eine eingeschränkte Geltung der BV in der praktischen Umsetzung beziehen. Dabei wurden auch die Gründe erfasst, warum Psychiater die BV gegebenenfalls für unverbindlich erachten oder eine Verbindlichkeit in manchen Fällen kritisch bewerten. Konkret könne beispielsweise die Befolgung in Fällen der Eigen- oder Fremdgefährdung, bei fehlender Gesundheit oder bei unvorhersehbaren Komplikationen nicht gewährleistet werden. Hindernisse für die Umsetzung seien darüber hinaus auch vorliegende Rahmenbedingungen, wie eine mangelnde klinikübergreifende Verbindlichkeit des Instrumentes, eine etwaige höhere Priorität von Leitlinien sowie eine fragliche Rechtsverbindlichkeit der BV.

K2.1 Abweichung legitimiert durch Eigen-, Fremdgefährdung UND

K2.2 Abweichung legitimiert durch (erwartete) fehlende Besserung, Komplikationen

In Fällen der Eigen- oder Fremdgefährdung, so einige Interviewpartner, könne die Einhaltung der BV nicht gewährleistet werden. So könne es sein, dass die BV gerade in den vorgesehenen Notsituationen „auch wieder *obsolet*“ werde (I. 5) und man „*natürlich davon abweichen und lege artis behandeln*“ müsse (I. 3).

Dies gelte auch, wenn „*erschwerend irgendwelche Komplikationen oder andere Aspekte einfach hinzukommen, die man vorher nicht bedacht hat*“ (I. 4). Einige Interviewpartner sahen es als notwendig an, auch bei einer fehlenden Genesung oder bereits bei einer nach dem eigenen „*klinischen Gefühl*“ (I. 3) erwarteten ausbleibenden Genesung, andere Behandlungsmaßnahmen als die der BV einzuleiten.

So beschrieb beispielsweise ein Interviewpartner die klinische Verbindlichkeit der BV wie folgt: „*Persönlich würde ich die als sehr verbindlich ansehen. Erst einmal (lacht). Erst einmal würde ich die [...]*

als total verbindlich ansehen. Und wenn dann aber in der Diskussion oder in der Situation sich herausstellt, dass das so nicht geht. Dass der Patient so nicht gesund wird oder eher noch sozusagen kränker [...], dann würde ich mich aber auch genauso entschlossen darüber hinwegsetzen. Und auch relativ schnell. Und sie nicht mehr als verbindlich ansehen. Aber initial als Beginn sozusagen der Beziehung schon. Wenn ich den Patienten noch nicht kenne.“ (I. 5) Die BV könne demnach nur soweit dienlich sein, als unter ihren Prämissen eine Gesundung absehbar beziehungsweise für den Arzt erreichbar erscheint.

Ebenso beschrieb ein anderer Psychiater folgendes Beispiel: *„Wenn ein Patient auf seiner Behandlungsvereinbarung darauf schreibt, dass ihm beispielsweise im Fall X nicht mehr geholfen werden soll. Aber aus medizinischer Fallsicht dieser Fall X beispielsweise ganz klar behandelt werden kann und dann auch zu einem guten Ausgang führt, dann müsste man sich darüber hinwegsetzen, weil dann natürlich der Arzt als in dem Fall Verantwortlicher auf / sich auf jeden Fall darüber hinwegsetzen sollte.“ (I. 3)*

K2.3 Fehlende klinikübergreifende Verbindlichkeit UND

K2.5 Eingeschränkte Relevanz ohne Rechtsverbindlichkeit

Von zwei Interviewpartnern wurde angemerkt, dass die fehlende klinikübergreifende beziehungsweise *„bundeslandweite oder bundesweite“ (I. 3) Gültigkeit* und der nicht vorhandene einheitliche Standard einen verbindlichen Charakter der BV schwächen. Dadurch sei es auch mit einer BV nicht möglich, einheitliche Behandlungsmaßstäbe für den jeweiligen Patienten zu definieren, was einige Patienten betreffe, die von unterschiedlichen Kliniken betreut seien. Demgemäß, fügte ein befragter Psychiater an, würde jede Klinik dennoch nach eigenen Vorstellungen behandeln: *„Also letzten Endes ist es schön und gut. Aber solange das nicht einheitlich geregelt ist, wird das nie einen verbindlichen Charakter erhalten.“ (I. 3)*

K2.4 Juristisch ist Patientenwille der therapeutischen Leitlinie untergeordnet

Hinderlich für die Anwendung der BV kann es auch sein, wenn deren Inhalte nicht mit medizinischen Behandlungsempfehlungen oder der Leitlinientherapie in Übereinkunft zu bringen sind. Komme es in kritischen Situationen zu einer juristischen Entscheidung, so sei die Empfehlung der Fachgesellschaften maßgebend, so ein Interviewpartner: *„Da habe ich das Gefühl, würde man immer sagen, es gibt Behandlungsempfehlungen oder Leitlinien und daran hat man sich zu halten. Und man hat den Patient davon zu überzeugen, dass das richtig ist.“ (I. 1) Auch ein anderer Interviewpartner betonte: „Aber das Problem ist denke ich, dass es [= das Instrument der BV] in dem Fall keine rechtsgültige Verbindlichkeit hat. Nicht so wie eine Patientenverfügung oder eine Betreuungsvollmacht oder Ähnliches. Im Zweifel werde ich mich immer nach der Schulmedizin oder der Lege-Artis-Behandlung ethisch sinnvoll richten. Und werde das dem Patienten dann auch so begründen, dass ich zwar sein Ansehen, Ansinnen und*

seine Wünsche zur Kenntnis nehme und auch Verständnis dafür habe, was er möchte, aber dass aus medizinischer Sicht einfach jetzt andere Maßnahmen notwendig sind.“ (I. 3)

4.2.4.2.2 **K3:** Risiko juristischer Konsequenzen aufgrund HOHER Verbindlichkeit

Hinderlich für die Verbreitung der BV kann laut einiger Interviewpartner auch das mögliche rechtliche Risiko sein, das der behandelnde Arzt mit einer etwaigen rechtsverbindlichen BV auf sich nehme. In der vorliegenden Kategorie wurden Aussagen zusammengefasst, in denen Befürchtungen zu möglichen juristische Konsequenzen durch die BV angesprochen wurden.

K3.1 Risiko rechtlicher Konsequenzen für den Arzt bei Abweichung UND

K3.2 Abschlussbereitschaft nur wenn BV nicht rechtsverbindlich

Insgesamt bestand zumeist eine große Unsicherheit der befragten Ärzte zur rechtlichen Verbindlichkeit der BV. Daraus hervorgehend erwähnte ein Interviewpartner ein gewisses Unbehagen im Umgang mit der BV in Notfallsituationen. Gerade wenn von der BV abzuweichen sei, seien *„rechtliche Konsequenzen für den Arzt“* möglicherweise nicht auszuschließen (I. 2). Um dieses *„rechtliche Dilemma“* in Notfallsituationen zu umgehen, sei es durchaus möglich, dass die Ärzteschaft zu einer geringen Abschlussbereitschaft tendiere. So argumentierte ein Interviewpartner für den Fall der Akutsituation wie folgt: *„also wenn die Verfolgung in Anführungszeichen von Brüchen einer Behandlungsvereinbarung sehr streng ist, dann würde ich als Arzt natürlich keine Behandlungsvereinbarung vereinbaren. Jeder Patient, der dann zu mir käme und sagt: Ich würde gerne eine Behandlungsvereinbarung machen, würde ich sagen [...], da gibt es andere Kliniken, die machen das, aber wir machen das nicht. Ja, entweder Sie sind bei uns und vertrauen uns oder eben nicht, um aus dem rechtlichen Dilemma sozusagen rauszukommen.“* (I. 2) Daher sei es notwendig, auch eine eingeschränkte Verbindlichkeit für Notfälle klar zu regeln und einen *„juristische Passus irgendwie aufzunehmen“* (I. 2).

4.2.4.3 **K4:** Einschränkungen im Wirkungsradius der BV in der klinischen Versorgung

Ein mögliches Hindernis für die BV liegt laut mehreren Interviewpartnern darin, dass das Instrument nur selektiv zweckmäßig und damit in der Wirksamkeit, das heißt im Effekt für die psychiatrische Versorgung, eingeschränkt zu betrachten sei. In der vorliegenden Kategorie wurden daher Äußerungen zusammengefasst, in denen ein eingeschränkter Wirkungsradius im Sinne einer mangelnden Reichweite in Bezug auf die als geeignet erachteten Patientengruppen angenommen wurde oder aber per se eine selektive Eignung für bestimmte Patientengruppen definiert wurde. Die Psychiater berichteten im letzteren Fall von patienten- und situationsabhängigen Eignungskriterien, wie dem in der Klinik vorhandenen Wissenstand über den Patienten, dem vorliegenden Krankheitsbild und der Freiwilligkeit in Bezug auf die stationäre Aufnahme und Behandlung.

Mangelnde Reichweite

K4.1 Selbstselektion: Patienten mit mangelnder Krankheitseinsicht werden nicht erreicht

Von zwei Psychiatern wurde die Reichweite der BV in Frage gestellt, da die Abschlussbereitschaft einiger Patienten angezweifelt wurde. Die BV erreiche vorwiegend behandlungskooperative Patienten, hingegen seien Patienten mit ablehnender Haltung zur Krankheit respektive Therapie mit diesem Instrument nicht erreichbar. Dabei sei eine Auseinandersetzung mit der Behandlung gerade auch für Betroffene mit mangelnder „*Krankheitseinsicht*“ und mangelnder Adhärenz in Bezug auf die medikamentöse Therapie wichtig (I. 9). So antwortete ein Psychiater auf die Frage nach der weiteren Erwartung für die Zukunftsentwicklung der BV wie folgt: *„Ich denke sicherlich schon, dass das zunehmend Thema sein wird auf Grund dieser neuen Rechtsprechungen. Was ich halt denke, dass [...] es eigentlich so ist, dass sicherlich die Kooperativen dem zustimmen werden [...], dass es halt auch wieder eine Auslese ist. [...] Und ich denke [...] diejenigen, die halt leider so eine Uneinsichtigkeit oder [...] keine Krankheitseinsicht haben [...], die würden das dann nicht unterschreiben.“* (I. 11)

K4.2 Abstimmungsprozess für BV-Abschluss ist zu kompliziert

Ein weiteres Hindernis für die BV sei auch der damit verbundene, zu komplizierte Abstimmungsprozess für den Abschluss zwischen den Professionellen und den Betroffenen. Dadurch bleibe die Reichweite einer möglichen Willensäußerung durch den Patienten unter den machbaren Möglichkeiten. In Abgrenzung zur BV wurden daher die Vorzüge eines vom Patienten allein ausgefüllten Krisenpasses hervorgehoben: *„Ich persönlich bin der Auffassung, dass das Instrument zu kompliziert sein könnte. Und dass man mit Krisenpässen viel besser bedient wäre. [...] Der entscheidende Unterschied ist ja: Es ist keine Verabredung. Sondern, da schreibt jemand zu einem bestimmten Zeitpunkt, zu dem er das kann, etwas auf, was er möchte. Und [...] damit trifft er für sich schon einmal eine Aussage. Ich weiß dann nicht, in welchem Zustand er diese Aussage getroffen hat, aber ich nehme sie zuerst einmal prima vista als seinen erklärten Willen. [...] Und [...], da ich nicht zwei brauche und man sich auch nicht verabreden muss und auch nicht unbedingt derselben Meinung sein muss, ist es mit hoher Wahrscheinlichkeit anzunehmen, dass viel mehr Menschen so etwas ausfüllen würden. Vielleicht auch willentlicher, weil sie sagen: Ich weiß, was ich will, dafür brauche ich keinen Zweiten.“* (I. 7)

Selektive Eignung

K4.3 Sinnvoll solange Patient nicht bekannt

Ein Interviewpartner betonte, dass die BV für Patienten sinnvoll sei, die in der Klinik nicht bekannt seien, sodass durch die BV Wissen über den Patienten vermittelt und dadurch *„Vertraulichkeit und Nähe“* in einer angespannten Krisensituation geschaffen werden könne (I. 3). Dahingegen biete die BV

bei bereits bekannten Patienten keinen zusätzlichen Nutzen und sei hier überflüssig: *„Wenn man so eine Behandlungsvereinbarung abschließt am Ende eines bereits mehrwöchigen oder mehrmonatigen Aufenthaltes, wenn der Patient genesen ist [...], dann ist es in der Arzt-Patienten-Beziehung überhaupt kein Problem genügend Vertrauen herzustellen, sodass der Patient und der Arzt da eine gemeinsame Linie für diese Vereinbarung finden. Da bräuchte man sie auch nicht. Es geht um den Akutfall, wenn der Patient eben neu in die Klinik kommt und auf eine Situation trifft, die er nicht einschätzen kann. Und genauso geht es ja den Ärzten und den Pflegern, die auch auf eine Situation treffen, die sie nicht einschätzen können. Und genau da ist das vertrauensbildende Medium dieser Patientenverfügung beziehungsweise Behandlungsvereinbarung dann sinnvoll. Nur dann in der umgekehrten Situation, wenn man sich erst kennt, reicht das Kennen des Anderen und das Vertrauen ja aus, es auch ohne das zu machen.“* (I. 3)

K4.4 Beschränkung der BV auf definierten Krankheitsfall

Mehrere Psychiater sahen die BV eingeschränkt auf das jeweils definierte Krankheitsbild des Patienten. Im Falle der Abweichung von der festgelegten Erkrankung könne die konkrete Anwendung der BV erschwert oder gar *„hinfällig“* werden (I. 9).

K4.5 Geringe Relevanz der BV auf offenen Stationen

Ein Interviewpartner merkte an, dass auf den offen geführten Stationen kein Bedarf für eine BV bestehe. Demnach betreffe das Instrument vorwiegend *„geschützte Stationen, weil da vielleicht mehr Notwendigkeit von Zwangsmaßnahmen“* gegeben sei, während die Patienten auf offenen Stationen *„ihren Willen entsprechend gut frei äußern können“* (I. 2).

4.2.4.4 K5–6: Einschränkungen durch fraglichen Nutzen oder möglichen Schaden in der klinischen Versorgung

4.2.4.4.1 **K5:** Bezweiflung des Nutzens

Einige der befragten Psychiater äußerten aus unterschiedlichen Gründen generelle Zweifel an dem Nutzen einer BV. Die begründenden Nennungen hierzu wurden übergreifend in der vorliegenden Kategorie zusammengefasst und werden anhand der folgenden Subkategorien beschrieben.

Fraglicher Nutzen für die Akutsituation

K5.1 Akutsituationen sind schwer planbar UND

K5.2 Akutsituationen fordern flexibles Handeln

Einige der befragten Psychiater sahen Schwierigkeiten in der Vorhersehbarkeit und damit auch in der konkreten Vorausplanung von Akutsituationen. Zudem wurde vielfach angemerkt, dass die Akutpsychiatrie ärztliche Flexibilität in der Behandlung erfordere und damit die konkrete Anwendung der BV und eine Eins-zu-eins-Umsetzung schwierig seien. Mittels der vereinbarten Behandlung sei es demnach nicht möglich, eine Notfallsituation zu bewältigen oder adäquat zu entspannen. So äußerte sich ein Teilnehmer skeptisch: *„Jaaa. Ist halt immer die Frage, ob es dann genau so laufen wird, dass es dann eins-zu-eins echt so umsetzbar ist. Also ich denke, es muss so ein bisschen Flexibilität drinnen sein. [...] Ich halte es für kritisch, dass das [= das Instrument der BV] [...] Notfallsituationen gut regeln kann. Eher nicht.“* (I. 2) Einige der Interviewpartner wünschten sich demzufolge einen undogmatischen, *„entspannten Umgang“* (I. 2) mit der BV als möglicher Handlungsempfehlung für die Akutsituation, die einen ärztlichen Spielraum in der Behandlung erhalte: *„Aber wie gesagt, ich sehe es ja eh wenn, dann eher so als flexibles Gerüst an, was man sich halten kann und nicht als irgend so etwas Starres, weil das funktioniert nicht in der Psychiatrie. Das kann man vielleicht mit einem Knochenbruch machen oder so aber nicht hier in der Psychiatrie.“* (I. 8) Darüber hinaus wurden grundsätzliche Zweifel daran geäußert, dass eine BV in hoch angespannten Situationen Beachtung finden könne: *„Aber ist halt die Frage, ob der zuständige Dienstarzt und die zuständige Pflegekraft dann gerade weiß, wenn ein hoch angespannter Patient in Polizeibegleitung kommt und der super aggressiv ist und dann fixiert wird und Ciatyl bekommt [...], dass in der Behandlungsvereinbarung steht dass er nicht Ciatyl, sondern Ziprasidon i.m. bekommen sollte. Glaube ich jetzt nicht, dass es [= das Instrument der BV] in der Situation [...] halt rausgezogen wird also ja.“* (I. 2)

K5.3 Patient kann BV in Akutsituation ablehnen UND

K5.4 BV erzeugt Entscheidungskonflikt in Akutsituation UND

K5.5 Fragliche Erleichterung: Akutsituation als „Machtkampf“

Als problembehaftet wurde von einigen Interviewpartnern beschrieben, dass die BV in der Akutsituation vom Patienten abgelehnt werden könnte. Ein möglicher Widerstand des Betroffenen in der Krisensituation gegen die Inhalte der BV berge dabei zweierlei Probleme: Erstens erzeuge die widerstrebende Willensbekundung durch den abweichenden aktuellen Willen gegenüber dem vorausverfügten Willen einen Entscheidungskonflikt in der Akutsituation für den behandelnden Arzt. Zweitens bestünde damit das Risiko, dass die BV letztlich in dem dafür vorgesehenen Fall nicht zum Tragen komme. Ein Interviewpartner beschrieb die Situation wie folgt: *„Das Problem sehe ich jetzt eher, wenn die krank werden, also [...] da bin ich auch etwas ambivalent [...], wenn der [= der Patient] eben jetzt akut krank dann sagt: Nein ich distanzieren mich davon [= von der BV] und ich will das nicht und das ist ungültig. [...] Ja das würde mich in einen Konflikt bringen. [...] Grenze ist immer dieser Akutfall. Das ist ja eigentlich unser Problem jetzt letztendlich. Dass halt das nicht wie beim akuten Schmerzpatient ist, der*

kommt und sagt: ‚Ich bin krank, bitte helft mir‘, sondern umgekehrt: ‚Ich bin nicht krank, ich will hier weg‘. Ich glaube das ist so vielleicht die Hürde.“ (I. 11)

Dass der Zugang zum Patienten in der Krisensituation mitunter als sehr schwierig erlebt wird, wird auch durch die folgende Aussage deutlich, in der ein Problem der Akutsituation nicht nur in der Differenz zwischen der vorausverfügten und der aktuellen Willensäußerung gesehen wird, sondern die Situation gar als Machtkampf mit dem Betroffenen beschrieben wird: *„Ich habe aber so meine Zweifel [...], ob derjenige überhaupt versteht, dass er ja einmal eine Behandlungsvereinbarung unterschrieben hat und deswegen zum Beispiel dann auch mit Druck oder wie auch immer dann eine bestimmte Behandlung einnehmen eigentlich wollte in einem anderen Zustand. Also ich erlebe das eher häufig so, dass die Patienten dann in der akuten Phase schwer zu erreichen sind [...], also entweder die Leute wirklich sehr gequält und ängstlich sind, und dann nehmen die auch Sachen also Medikamente ein, oder wie bei der [= der Patientin] ist es dann eher so ein Machtkampf, also dann geht es dann so darum wer so ein bisschen am längeren Hebel sitzt. [...], und da weiß man dann immer nicht [...], wie man ihn [= den Patienten] dann dazu kriegen könnte, dass man ihn dahingehend erreicht, dass er das ja mal vereinbart hat. [...] Und das würde mich dann eher in den Konflikt bringen [...], naja früher wollte sie das, jetzt will sie es nicht, was mache ich denn jetzt.“ (I. 1)*

Fraglicher Vorteil gegenüber der bisherigen Arzt-Patienten-Interaktion

K5.6 Keine veränderte Arzt-Patienten-Beziehung bzw. ärztliche Tätigkeit bei gängigem Shared Decision Making UND

K5.7 Arzt ist bereits Berater, Dienstleister UND

K5.8 Diskutieren über Behandlung ist bereits Kernarbeit

Die Frage, ob eine BV Einfluss auf das Arzt-Patienten-Verhältnis nimmt, beantworteten vier der Interviewpartner tendenziell verneinend. Demnach habe die BV bei einem heute in der klinischen Praxis gängigen Shared Decision Making keinen weiteren positiven Einfluss auf das Arzt-Patienten-Verhältnis. Vielmehr sei der Arzt heutzutage Berater beziehungsweise in der Rolle des Dienstleisters für den Patienten, und das Diskutieren über die Behandlung sei bereits Kernarbeit der psychiatrischen Tätigkeit. Somit seien mündliche Vereinbarungen bereits heute ein routinierter Teil der klinischen Arbeit. Ein Interviewpartner beschrieb die bisherige klinische Praxis wie im Folgenden: *„Ich würde sagen, es gab häufig unausgesprochene Behandlungsvereinbarungen. Man kannte die Patienten. [...] Aber im Prinzip im Sinne von Shared Decision Making oder wie auch immer man das dann auch schlau nennt, ist es sowieso eigentlich immer wichtig den Patienten zu fragen: ‚Welche Medikamente kennen Sie? Welches hat Ihnen gut getan? Welches wollen wir einsetzen? In welcher Dosierung?‘ Und gehe da eigentlich auch auf den Patienten ein.“ (I. 5).* Ein Psychiater antwortet auf die Frage nach dem Einfluss der BV auf die Arzt-Patienten-Beziehung darüber hinaus wie folgt: *„Glaube ich nicht, dass die [= Arzt-Patienten-*

ten-Beziehung] sich sonderlich verändert. Es ist einfach die Frage, mit welcher Grundeinstellung man seine Arzttätigkeit irgendwie angeht. Also wenn man eben denkt, man ist jetzt da die große Autorität [...], dann wird man sein blaues Wunder erleben, sage ich jetzt einmal. Aber das hat mit der Behandlungsvereinbarung nichts zu tun. Sondern das ist einfach heutzutage nicht so. Ich würde den Arzt schon wesentlich mehr im Sinne eines Service- und Dienstleisters eben sehen in einem bestimmten Qualifikationsbereich, als es früher vielleicht der Fall war.“ (I. 2)

4.2.4.4.2 **K6:** Vermutetes Schadenspotential

Einige Interviewpartner erwähnten auch Aspekte einer BV, die zu einem möglichen Schaden für den Patienten führen könnten. Dabei wurde beispielsweise begründend angeführt, dass die Behandlung auf Basis einer BV eine suboptimale Therapie bedingen könnte oder aber, dass negative Folgen für das Arzt-Patienten-Verhältnis drohten, beispielsweise durch Enttäuschungen bei etwaiger mangelnder Umsetzbarkeit der Wünsche, durch Abweichung von der Vorausplanung in der Akutsituation oder aber durch eine unnötige Psychiatrisierung des Patienten.

Möglicher Schaden durch suboptimale Behandlung

K6.1 Wirksame Therapien werden ausgeschlossen UND

K6.2 Behandlung wider wissenschaftliche Ergebnisse bzw. ärztliche Erfahrung UND

K6.3 Patient wird nicht mehr umfassend betrachtet/therapiert

Mehrere Interviewpartner vermuteten durch die BV auch das Risiko, dass wirksame Therapien ausgeschlossen würden. So wurde erwähnt, dass es möglich sei, dass „*diverse sehr hoch wirksame Medikamente ausgeschlossen*“ würden und sich damit „*das Krankheitsbild vielleicht unnötigerweise in die Länge*“ ziehe (I. 3) oder „*dass man vielleicht auch auf Grund bestimmter Erfahrungen Sachen dann nicht mehr auch nochmal probiert, obwohl sie vielleicht in anderen Situationen vielleicht doch hilfreich wären.*“ (I. 2) Schwierig sei für den Arzt auch eine generelle Verweigerung einer medikamentösen Therapie und damit der „*Punkt, wo der Patient gar keine Medikamente mehr will und man selbst als Behandler Medikamente aber für dringend notwendig erachtet*“ (I. 5). Somit werde die Therapie durch eine BV möglicherweise „*unflexibler*“ (I. 9).

Darüber hinaus wurde erwähnt, dass die Gefahr bestehe, dass wider wissenschaftliche Ergebnisse oder wider ärztliche Erfahrung behandelt werde. Dies beschrieb ein Interviewpartner mit den Worten: „*Es [= das Instrument der BV] ist eine Empfehlung, aber es ist nichts Verbindliches im Gegensatz eben zu den Vollmachten oder Verfügungen, die ja mittlerweile bindenden Charakter haben. Wenn wir das auch noch verbindlich machen wollten, dann berauben wir uns jeglicher ärztlicher Freiheit und dann brauchen wir Akutfälle nicht mehr nehmen, weil wir im Zweifel dann handlungsunfähig werden. Das ist das Problem. Wir müssen uns doch noch so viel ärztliche Handlungsfreiheit übrig und offenlassen, dass wir*

Patienten nach bestem Wissen und nach schulmedizinischen Regeln behandeln. Und nicht nur nach dem, was der Patienten sich dann gewünscht hat. Das reicht eben oftmals nicht.“ (I. 3)

So könnte es folglich auch sein, dass der Patient in der Akutphase nur noch auf die BV fokussiert und nicht mehr umfassend therapiert werde, da eine BV gegebenenfalls bedingen könnte, dass *„ein Krankheitsbild nicht in seiner Gesamtheit erfasst wird“* und *„dass man sich von ärztlicher und vielleicht auch pflegerischer Seite auf die faule Haut legt“* (I. 3).

K6.4 BV wird nicht aktualisiert und ist im Akutfall ggf. nicht mehr valide

Viele der befragten Psychiater erwähnten die fragliche Umsetzung einer notwendigen Aktualisierung einer BV und das Risiko, dass *„nicht konsequent weiter daran gearbeitet“* werde (I. 10). Dadurch könne das Risiko bestehen, dass die Inhalte veraltet seien, da *„weder der Arzt noch der Kranke [...] in der Situation, wo es nicht notwendig ist“*, und damit vorbeugend in gesunden Phasen, eine Aktualisierung vornehmen würden (I. 3).

K6.5 Fragliche Freiwilligkeit des Patienten

Ein Interviewpartner sprach das Risiko einer fraglichen Freiwilligkeit der BV an, da auch der Fall eintreten könne, dass *„Angehörige diktieren“*, wie die Vereinbarung aussehen solle. Wichtig sei es daher dies zu erkennen und zu *„thematisieren“* (I. 5).

Möglicher Schaden für die Arzt-Patienten-Beziehung

K6.6 BV könnte missverständlich als rechtswirksam verstanden werden UND

K6.7 Frustration der Patienten bei unrealistischen Wünschen UND

K6.8 Vertrauensbruch bei Abweichung von der BV

Als Risiko wurde auch empfunden, dass die BV gegebenenfalls als rechtswirksam vom Patienten verstanden werde und ihre Einhaltung *„ohne Wenn und Aber“* eingefordert werde (I. 7). So sei es möglich, dass eine *„starke Enttäuschung“* bei einer Abweichung von der BV in der Akutsituation *„eher nicht zur Deeskalation, sondern zur Eskalation“* beitrage (I. 5). Ein Psychiater begründete hierzu, dass die BV jedoch kein *„Vertrag“* sei, sondern vielmehr *„das Einholen von Informationen zu einem Zeitpunkt, an dem es besser ist als zu einem anderen“*. So wurde betont: *„Es geht nicht darum, auf ein Recht zu pochen, sondern aus einer schwierigen Situation das Beste zu machen.“* (I. 7)

Ebenso wurde ein möglicher Schaden der BV darin gesehen, dass aus ärztlicher Sicht unrealistische Patientenwünsche, zumal bei Ausschluss von Behandlungsmöglichkeiten, zu *„Frustration“* (I. 2) beim Betroffenen führen könnten: *„Ich glaube halt schon, dass in manchen Behandlungsvereinbarungen [...], wäre meine Sorge, [...] vielleicht Sachen drinnen stehen, die nicht so umsetzbar sind. Oder Wün-*

sche drinnen sind, die dann fast zum Scheitern verurteilt sind, sage ich jetzt mal, und dann Frustration irgendwie vorprogrammiert ist. Also wenn man so alles im Notfall irgendwie ausschließen möchte.“ (I. 2)

Die Gefahr bestehe mithin auch darin, dass die Vorausplanung somit zu vorhersehbarer „Enttäuschung“ führe (I. 5), wenn die BV in Krisensituationen nicht eingehalten werden könne: *„Dann ist ein Patient vielleicht noch viel enttäuschter, weil er sich so viel Mühe gegeben hat [...], und egal wie viel Gehirnschmalz man sozusagen in eine Was-wäre-wenn-Situation gemeinsam reinsteckt: Meistens passiert die Akutsituation [...] dann doch wieder anders, als man es sich ausgemalt hat. [...] Und [...] vielleicht zieht er [= der Patient] sich dann noch mehr von Behandlungsangeboten und Behandlung und Klinik sozusagen zurück.“ (I. 5)* Der Vertrauensbruch durch die „Verletzung von einem Kontrakt“ könne somit weit reichende Folgen für die zukünftige Behandlungsbereitschaft mit sich bringen und die Arzt-Patienten-Beziehung nachhaltig beeinträchtigen (I. 8). So beschreibt ein Interviewpartner: *„Also eine gewisse Gefahr sehe ich halt darin, dass es [...] Situationen gibt, wo man sich halt an die Behandlungsvereinbarung nicht halten kann und [...] das ist ja dann noch ein viel größerer Bruch, dass der dann unter Umständen auch in der Arzt-Patienten-Beziehung deutliche Spuren hinterlässt.“ (I. 4)*

K6.9 Unnötige Psychiatisierung

Eine Gefahr durch die BV könne sein, dass Patienten bei einer Ersterkrankung unnötig verängstigt werden, wenn bereits eine mögliche zukünftige Akutaufnahme geplant werde. In diesem Fall der Ersterkrankung könne die BV so zu einer unnötigen Psychiatisierung führen: *„Es ist ja auch eine Frage [...], dass man die Patienten vielleicht unnötig psychiatrisiert, wenn man ihnen sagt, für ihren nächsten Aufenthalt bei uns sollten wir schon einmal das Prozedere festlegen. Das ist ja unter Umständen ja auch etwas Schockierendes für Patienten, wenn die zum ersten Mal in der Psychiatrie sind.“ (I. 3)*

4.2.4.5 **K7:** Krankheitsbedingte Einschränkungen im Denken und Handeln von Patienten auch in remittierten Phasen

Mehrere der Interviewpartner sahen krankheitsbedingte Einschränkungen im Denken und Handeln des psychiatrischen Patienten als ein mögliches Hindernis für den Abschluss einer BV. Diese Kategorie fasst die Äußerungen der Befragten zu den Fähigkeiten der Patienten, therapeutische Entscheidungen zu treffen und/oder umzusetzen, zusammen und beinhaltet zudem die genannten Gründe für die kritische Bewertung. So berichteten Psychiater beispielsweise von Problemen bei der Kooperation mit Patienten, von mangelnder Compliance, von mangelnder Krankheitseinsicht und von kognitiven Einschränkungen, die möglicherweise den Abschluss einer BV, auch in remittierten Phasen, beeinträchtigen könnten.

K7.1 Mangelnde Kooperationsfähigkeit bei schwierigen Patienten UND

K7.2 Mangelnde Krankheitseinsicht/-reflexion des Patienten

Einige Interviewpartner beschrieben die therapeutische Zusammenarbeit mit psychiatrischen Patienten zum Teil als schwierig. Als Gründe hierfür wurden „*Schwierigkeiten im interpersonellen Kontakt*“ (I. 4) und damit Beeinträchtigungen in der Kooperationsfähigkeit sowie mangelnde Compliance der psychiatrischen Patienten genannt. Häufig wurde die Compliance in Bezug auf die Medikation wegen des Absetzens von Medikamenten bemängelt. Ein Psychiater beschrieb die therapeutische Zusammenarbeit wie folgt: „*Weil auch im remittierten Zustand sind ja die Patienten nicht immer compliant. Es hängt natürlich auch von der Erkrankungsart ab. [...] Also es gibt ja Patienten, die haben ja auch noch eine Persönlichkeitsstörung. Und auch wenn die gerade nicht manisch sind oder schwerst depressiv, haben die trotzdem ganz große Schwierigkeiten im interpersonellen Kontakt. Ja, und dann kann man trotzdem auf keiner guten Grundlage ein Arrangement veranstalten.*“ (I. 4).

Hinderlich für den Abschluss einer BV könne auch sein, dass auf Grund von mangelnder Krankheitseinsicht eine eingeschränkte Behandlungsbereitschaft der Patienten vorliege. So betonte ein Interviewpartner: „*dass es [= das Instrument der BV] für ALLE gut wäre, aber es werden natürlich auch nicht alle machen oder machen WOLLEN denke ich. Weil viele ja trotzdem dann nicht [...] krankheitseinsichtig [sind] [...] oder sich noch nicht wirklich mit ihrer Diagnose so auseinandergesetzt haben. Beziehungsweise diese ablehnen und dann ja auch wieder Medikamente absetzen und das [= das Instrument der BV] [...] auch nicht WOLLEN sozusagen.*“ (I. 9)

K7.3 Kognitive Einschränkungen des Patienten erschweren Zusammenarbeit UND

K7.4 Grenzen der Entscheidungsfähigkeit des Patienten sind fließend

Erschwerend für die Erstellung einer BV könne der Aspekt sein, dass psychiatrische Patienten krankheits- und/oder therapiebedingte kognitive Einschränkungen erleiden und dadurch eine BV mit sehr viel Aufwand verbunden sei. Die Erarbeitung der BV könne dadurch, wie ein Interviewpartner anmerkte, „*sehr viel Zeit in Anspruch*“ nehmen, da gerade „*schizophrene Patienten ja auch häufig als [...] Kernsymptom diese kognitiven Defizite haben. Die Verarbeitungsgeschwindigkeit ist einfach reduziert, auch teilweise die Auffassung gestört. Das liegt an der Erkrankung, aber natürlich auch an den Medikamenten.*“ (I. 5)

Schwierig sei es zudem, die situative Entscheidungsfähigkeit des Patienten und damit die notwendige Selbstbestimmungsfähigkeit im Rahmen der BV einzuschätzen. Als Anforderung an den Abschluss formulierte ein Psychiater die Notwendigkeit, dass der Patient orientiert sei, und folgerte dann aber „*es ist halt nicht so binär. Die Grenzen sind da fließend.*“ (I. 5)

K7.5 Psychiatrieflucht des Patienten nach Erkrankungsphase

Hinderlich für den Abschluss einer BV könne auch sein, dass Patienten im remittierten Zustand die Krankheit und den Gedanken an eine mögliche zukünftige erneute Klinikaufnahme verdrängen und in diesem Sinne „*Vorbeugung oder Planung [...] auf Widerstände*“ stießen (I. 11). Ein befragter Psychiater beschrieb die Situation mit folgenden Worten: „*Und viele sind ja auch einfach froh, wenn sie die Psychiatrie wieder verlassen können, wenn es einigermaßen wieder geht, und sind dann halt schneller weg, als man gucken kann. Sodass man manchmal nicht mehr die Gelegenheit dazu hat, da eine gute Vereinbarung zu treffen [...]. Sondern die wollen in der Zeit, wo sie gesund sind, einfach nur gesund sein. Und nach Möglichkeit daran denken, dass sie nie wieder krank werden. Was natürlich rein objektiv betrachtet häufig unrealistisch ist.*“ (I. 4)

4.2.4.6 **K8–10**: Inadäquate organisatorische Rahmenbedingungen

4.2.4.6.1 **K8**: Fehlende Anpassung von Prozessen und Organisation für Abschluss der BV

Die vorliegende Kategorie fasst Äußerungen der Befragten zu organisatorischen Störfaktoren und zu Rahmenbedingungen zusammen, die als hinderlich für den Abschluss erachtet werden. So seien mögliche Hindernisse für den Abschluss einer BV die mangelnde Integration in den Behandlungsprozess und der zudem anfallende Mehraufwand. Aber auch eine gering ausgeprägte Arzt-Patienten-Beziehung auf Grund von unzureichender Behandlerkontinuität in der klinischen Versorgung wurde als erschwerend für das Zustandekommen von BVen genannt.

K8.1 Fehlende Integration in Behandlungsprozess

Entscheidend für den erfolgreichen Abschluss von BVen sei deren Integration in den Behandlungsprozess. Diese Einbettung der BV sei bisher jedoch unzureichend. So merkte ein Psychiater an: „*Aber ich glaube, dass insgesamt zu wenig und zu spät darüber [= eine BV] geredet wird. Also ich glaube es müsste integriert werden, dass Stationsärzte im Rahmen eines Konzeptes von einer Akutbehandlung schizophrener Patienten oder sowieso auf der Nachsorge-Psychose-Station [...], dass das [= eine BV] integriert wird in die Behandlungsplanung*“. Hilfreich wäre, laut Aussage, ein „*offizieller Klinikvordruck*“ der nach der Akutphase auf der Station „*schon begonnen wird entweder auszufüllen [...] oder dann später idealer Weise in einer Tagesklinik oder in einer Nachsorge in der Ambulanz finalisiert wird. Und natürlich wäre auch schön, wenn er tatsächlich in Patientenakten da wäre. [...] Ja, dass Ärzte merken, dass das zu ihrem Alltag gehört, das auch auszufüllen mit Patienten.*“ (I. 5)

K8.2 Mehraufwand

Fast alle der befragten Psychiater thematisierten den Mehraufwand, der durch die BV entstehe, und sahen diesen als mögliches Hindernis für den Abschluss einer BV. Der „*hohe Zeitaufwand*“ verlange „*viel Engagement*“ vom behandelnden Arzt, weshalb es trotz dem „*Gewinn*“ durch die BV, wie ein

Interviewpartner betonte, fraglich sei, „*wie sich das dann tatsächlich für jeden Patienten umsetzen lässt*“ (I. 4). So erwähnte ein anderer Interviewpartner: „*Es wird welche geben die sagen: ‚Was? Noch ein Papier mehr? Da hält sich eh jemand nicht daran, wenn es dann soweit ist. Es kostet mich Zeit, die ich nicht habe.‘ Es ist ja erst einmal [...] eine Investition in die Zukunft.*“ Daher seien die verfügbaren Zeitressourcen für die BV auch ein entscheidendes Abschlusskriterium und ein begrenzender Faktor: „*Ich denke nur, man muss einfach sehen, dass es in einer Art und Weise in einem Umfang passiert und auch mit Ressourcen passiert, die vorhanden sind.*“ (I. 7)

K8.3 Individuelle BV bedingt Erfahrung mit Patient und vertrauensvolle Arzt-Patienten-Beziehung

Eine wichtige Voraussetzung für die BV sei, so mehrere Interviewpartner, dass eine gute Arzt-Patienten-Beziehung bestehe und ein Psychiater den Abschluss tätige, der einen „*guten Kontakt zum Patienten*“ habe, zu dem der Patient „*Vertrauen hat*“ (I. 11). Auf Grund der mangelnden Behandlerkontinuität in der psychiatrischen Klinik könne dies jedoch ein Hindernis für den Abschluss einer BV sein: „*Ich denke, dass es [=das Instrument der BV] in der Theorie leichter klingt, als es in der Praxis ist (lacht), weil ja einfach auch erst eine gewisse Vertrauensbasis zwischen dem Patienten und dem Arzt hergestellt sein muss und der Arzt den Patienten ja wirklich gut kennen muss, um überhaupt eine individuelle Behandlungsvereinbarung entwickeln zu können.*“ (I. 4)

4.2.4.6.2 **K9:** Fehlende Anpassung von Prozessen und Organisation für Anwendung der BV

Diese Kategorie umfasst Äußerungen der Befragten zu organisatorischen Voraussetzungen für die Anwendung von BVen und zu Faktoren, die als hinderlich für die Anwendung erachtet werden.

K9.1 Fragliche Verfügbarkeit in Akutsituation UND

K9.2 Fehlende Behandlerkontinuität UND

K9.3 Zeitmangel, hohe Belastung

Einige Interviewpartner sahen strukturelle Hürden in der Klinik als hinderlich für die Umsetzung einer BV. Eine Grundvoraussetzung, die bisher nicht geklärt sei, sei die Verfügbarkeit in der Akutsituation. So erklärte ein Psychiater: „*Und ich glaube, das Hauptproblem liegt wirklich in der praktischen Umsetzung: Wo gebe ich diese Behandlungsvereinbarung hin, dass ich sie dann auch habe, wenn ich sie brauche? Und das kennt man einfach auch in anderen Bereichen von Betreuungsvollmachten, Vorsorgevollmachten, Patientenverfügungen, dass die eben immer grundsätzlich dann nicht da sind, wenn der Akutfall eintritt. Und deswegen bin ich bei einer flächendeckenden Einführung sehr sehr kritisch, weil dafür fehlt die entsprechende Logistik.*“ (I. 3)

Für eine konsequente Anwendung der BV sei zudem eine gewisse Behandlerkontinuität erforderlich, um der BV in der Akutsituation den notwendigen Nachdruck verleihen zu können. Ein Interviewpartner

erklärte hierzu: *„Selbst wenn ich mit ihm [= dem Patienten] zusammen diese Vereinbarung erarbeitet habe, bin ich höchst wahrscheinlich als behandelnder Arzt nicht dabei, wenn er in die Klinik aufgenommen wird. Um nochmal mehr dafür Sorge zu tragen, dass das wirklich so passiert, wie es darin steht.“* (I. 5)

Hinderlich für die Anwendung der BV könne auch Zeitmangel in der jeweiligen Situation sowie die generelle hohe Arbeitsbelastung sein: *„Aber ich könnte mir vorstellen oder ich weiß auch damals von Kollegen, dass man [...] in der Weiterbildung [...] als Assistenzarzt schon unter Druck steht. [...] Man hat häufig Nachtdienste und dann kommt schon wieder so einer, der seine Medikamente nicht nimmt [...]. Im Nachtdienst haben da manche Kollegen überhaupt gar kein Ohr dafür. Und da kann ich mir auch vorstellen, dass das [= das Instrument der BV] häufig mal schief geht.“* (I. 5)

K9.4 Geringe Respektierung ohne Formalisierung

Von einem Interviewpartner wurde sinngemäß erwähnt, dass die Formalisierung einer BV eine notwendige Voraussetzung für ihre Respektierung durch den Arzt sei. Eine Willensbekundung, die in mangelnder Formalisierung hinsichtlich des Dokumentes und des einhergehenden Prozesses vorliege, werde von Ärzten gegebenenfalls nicht anerkannt. In diesen Fällen sei es schwierig für Patienten, einen antizipierten Willen zur Geltung zu bringen: *„Da ist der Patient glaube ich schon ziemlich alleine auch mit seinem Zettel [= BV] der dann vielleicht auch ein bisschen älter aussieht. Ich glaube da ist er ziemlich alleine auf weiter Flur. Also das stelle ich mir auch durchaus schwierig vor für Patienten, das dann so durchzusetzen, wie sie sich das vorstellen.“* (I. 5)

4.2.4.6.3 **K10:** Ökonomische Vorgaben und Ziele

Ein mögliches Hindernis für die BV seien auch ökonomische Vorgaben und Ziele im Gesundheitswesen und damit einhergehend der steigende Wirtschaftlichkeitsdruck in der Klinik.

K10.1 Ökonomische Ziele der Klinik behindern BV

Ein Interviewpartner verwies darauf, dass mit steigendem ökonomischem Druck auf die Kliniken die Umsetzung einer BV im Sinne der Interessen der Patienten schwieriger werde. Ein zunehmender Zwang zur Reduktion von Klinikaufenthaltsdauern sowie das erwartete PEPP-System¹⁷ würden *„auch den Kontakt zu den Patienten ändern“* und den Einsatz von BVen *„schwieriger“* werden lassen, so ein Psychiater (I. 1).

¹⁷ Pauschalierendes Entgeltsystem Psychiatrie und Psychosomatik (PEPP).

4.2.4.7 **K11–14: Mangelndes Commitment der Beteiligten**

4.2.4.7.1 **K11: Anspruch des Arztes auf Entscheidungshoheit**

Die vorliegende Kategorie fasst Äußerungen der Befragten zusammen, die eine eingeschränkte ärztliche Bereitschaft zur gemeinsamen Entscheidungsfindung mit Patienten bei der Behandlungsentscheidung beschreiben. Hinderlich für die BV könnte demgemäß sein, dass manche Ärzte eine gewisse Richtlinienkompetenz in der Behandlung beanspruchen und in Akutsituationen eine ärztliche Entscheidungshoheit für ratsam erachten. Mehrere Interviewpartner äußerten sich dazu, dass Behandlungswünsche der Patienten möglicherweise die notwendige ärztliche Freiheit einschränken würden, dass für die BV ein Akzeptanzproblem bei Kollegen bestehe oder dass Berufsanfänger eine mangelnde Kooperationsbereitschaft gegenüber den Patienten aufwiesen. Diese Subkategorien werden im Folgenden näher beschrieben.

K11.1 Behandlungswünsche schränken ärztliche Autonomie ein UND

K11.2 Akzeptanzprobleme der BV bei ärztlichen Kollegen UND

K11.3 Mangelnde Kooperationsbereitschaft gegenüber Patienten bei Berufsanfängern

Von Interviewpartnern wurde berichtet, dass die BV als Instrument scheitere, wenn Patienten versuchten, den Ärzten hierdurch ihre Behandlungswünsche „aufzuzwingen“. Die BV könne somit „kein Vertrauen ersetzen“ (I. 2). Darüber hinaus müsse der Arzt einen Behandlungsspielraum beibehalten können, sodass die BV „zwar als Leitfaden oder als Empfehlung gelten kann [...], aber keineswegs als feste Handlungsanweisung. Hier muss immer noch die Freiheit des Arztes da sein, dass er doch letzten Endes entscheidet, welche Maßnahmen getroffen werden müssen“, so ein befragter Psychiater (I. 3).

Mehrere der Interviewpartner äußerten auch Zweifel, dass die BV von allen Kollegen grundsätzlich akzeptiert werde. Begründend wurde hierfür unter anderem angeführt, dass die BV bei Kollegen „zu wenig im Bewusstsein“ sei und dass einige Kollegen die Sinnhaftigkeit möglicherweise grundsätzlich anzweifelten mit der Einstellung: „Das nützt doch sowieso nichts“ oder „ich unterhalte mich ja mit dem Patienten. Wozu noch ein Zettel [...], der ist doch eh verrückt.“ So führte der Interviewpartner über die Hindernisse weiterhin aus: „Es ist ja eine neue Situation für einen Arzt sozusagen oder ja nicht eine Kränkung, aber man muss ja schon reinreden lassen, in das was man eigentlich tun will [...], mir persönlich fiel das nie besonders schwer, anderen Kollegen schwerer, dass die sagen: ‚Ja, wo kommen wir denn da hin, wenn der Patient uns sagt, wie wir ihn behandeln dürfen. Das sagen immer noch wir, weil wir die Ärzte sind, und wir wissen es besser.‘“ Kritisch äußerte der Psychiater: „Aber ich glaube, das wird schwer, das sozusagen durchzusetzen, dass die Akzeptanz überall da ist und dass das sozusagen normal wird [...], dass das Routine wird. Das ist glaube ich ein schwieriger Schritt.“ (I. 5)

Zwei Interviewpartner bemerkten darüber hinaus, dass es vor allem für Berufsanfänger schwierig sei auf Patienten einzugehen, da gerade unerfahrene Ärzte vornehmlich leitliniengerecht therapieren und „*alles richtig machen*“ wollten (I. 2). Zudem erschwere die Arbeitsbelastung durch die „*vielen Informationen, die so in geballter Form*“ über Berufseinsteiger hereinbrächen, das Verständnis für den einzelnen Patienten und damit die Bereitschaft zur Kooperation (I. 5).

4.2.4.7.2 **K12:** Gefahr der wirkungslosen Bürokratisierung

Einige der befragten Psychiater sahen ein Hindernis für die BV darin, dass die Vereinbarung als wirkungslose Bürokratisierung verpuffen könnte. Aussagen hierzu wurden in der vorliegenden Kategorie zusammengefasst.

K12.1 BV bewirkt keine Veränderung der therapeutischen Grundhaltung UND

K12.2 BV als standardisierte Pflichtvorgabe verfehlt das Ziel

Ein Risiko und gleichzeitig Hindernis für den Einsatz von BVen sei der Aspekt, dass das Instrument beim Arzt „*nichts an der [...] therapeutischen Grundeinstellung*“ beziehungsweise „*nichts an der Einstellung [...] per se*“ ändere. So sei es möglich, dass Kollegen BVen abschlossen und weitermachten „*wie bisher*“ (I. 10). Letztlich lasse sich Haltung „*nicht verordnen*“, wie ein Psychiater erwähnte: „*Und die Haltung haben viele schon seit langer Zeit, was da sinnvoll ist und was auszuhandeln ist, und andere meinen eben es sozusagen besser als die Betroffenen zu wissen [...] und im wohlverstandenen Interesse zu handeln, nur der Behandelte (lacht) versteht es halt ein bisschen anders und nimmt es anders wahr. Also, das ist ja nur ein Baustein von einer grundsätzlichen Haltung, die man in der Psychiatrie haben kann. Die man auch nicht verordnen kann.*“ (I. 7)

Gleichzeitig verfehle die BV ihr Ziel, das „*Interesse des jeweiligen Menschen*“ zu schützen, wenn es lediglich darum gehe, eine Vereinbarung als Pflichtvorgabe festzuhalten und den Ablauf zu „*automatisieren*“, so ein Psychiater: „*Also, ich denke einfach, dass es [= die BV] ein sicher grundpositives Instrument ist, wenn es nicht dazu benutzt wird, um prinzipiell wieder einen bürokratisierten Vorgang in eine Behandlung zu bringen. Was es eigentlich nicht sein sollte. Sondern einfach eine Unterstützung einer ohnedies aufrichtigen und ehrlich gut gemeinten Arbeit.*“ (I. 10)

4.2.4.7.3 **K13:** Interpersonelle Konflikte bei der Anwendung

Die vorliegende Kategorie fasst Äußerungen der Befragten zu interpersonellen Konflikten bei der Umsetzung von BVen zusammen. Es wurden sowohl Teamkonflikte in der Akutsituation als auch Konflikte mit Angehörigen oder Stellvertretern des Patienten angeführt.

K13.1 Teamkonflikte in Akutsituation

Ein Psychiater erwähnte als mögliches Hindernis für die Umsetzung der BV Interessenkonflikte und Spannungen in der Akutsituation mit dem Pflegepersonal. So gebe es erfahrene Pflegekräfte, die durch ihre langjährige Tätigkeit „irgendwie unzufrieden“ seien und folglich eine mangelnde Kooperationsbereitschaft besäßen (I. 5). Demgemäß könne es auch „negative Stimmung“ im Team geben und mögliche Situationen, in denen sich das Pflegepersonal den Behandlungsvorstellungen des Arztes respektive des Patienten widersetze (I. 5). So erklärte der Interviewpartner: *„Und dann ist eher so eine negative Stimmung manchmal da, je nach dem wer gerade im Dienst ist. [...] Und dann ist es auch schwer, oder generell ist es schwer für Ärzte [...], gegen so erfahrene Pflgeteams sich durchzusetzen. Könnte ich mir auch vorstellen, dass das der Fall ist, wenn der junge Arzt [...] der Behandlungsvereinbarung folgen will und das erfahrene Pflegepersonal aber sagt: ‚Nein, Quatsch wir machen hier gar nichts. Wir machen hier dies und das oder nichts. Das gibt es bei uns nicht. Also, wo kommen wir denn da hin?‘ Also das könnte ich mir auch vorstellen, dass es solche Situationen gibt, wo es dann schwer wird, die Behandlungsvereinbarung durchzudrücken.“* (I. 5)

K13.2 Konflikte mit Angehörigen, Stellvertretern

Ebenso sei es möglich, dass sich Angehörige beziehungsweise Stellvertreter über die Patientenwünsche hinwegsetzten und die Umsetzung einer BV erschwerten *„weil eine Dreiecksbeziehung zwischen Arzt, Patient und Angehörigen besteht“* und folglich *„unter Umständen auch nicht die Entscheidung getroffen wird, die der Patient eigentlich in seiner Behandlungsvereinbarung gemeint hat“* (I. 3).

4.2.4.7.4 **K14:** Einstellung der Führungskräfte

Die vorliegende Kategorie umfasst Äußerungen der Interviewpartner zum Einfluss der Einstellungen der Führungskräfte auf die Verbreitung und Anwendung von BVen. Diese trage erheblich dazu bei, inwieweit eine partizipative Entscheidungsfindung in der psychiatrischen Behandlung und damit Instrumente wie die BV gefördert würden. Folglich könne sich die Haltung der Führungskräfte auch als hinderlich für die BV erweisen.

K14.1 Priorität der BV hängt von Einstellung der Führungskräfte ab UND

K14.2 Mangelnde Patientenfokussierung in der klinischen Weiterbildung

So erwähnten zwei Interviewpartner, dass die Priorität der BV in der klinischen Therapie maßgeblich von der Einstellung der Führungskräfte zu diesem Instrument abhängt. Der so beschriebene *„politische Wille“* und die *„Einstellung der Chefetage“* seien prägend für die Rahmenbedingungen der Behandlung. Notwendig sei darüber hinaus, dass diese Haltung auch an Ärzte und das Pflegepersonal *„weitergegeben“* werde, *„die das dann auch mittragen“* (I. 9).

Gleichzeitig wurde eine mangelnde Patientenfokussierung in der klinischen Weiterbildung beklagt. Ärzte würden demnach immer weniger Kompetenzen zu einer partizipativen Behandlungsgestaltung

erlernen: „Ich glaube [...], das Ziel der Behandlungsvereinbarung ist [...], die Interessen des Patienten durchzusetzen, dass [...] man lernt als Arzt zuzuhören und ernsthaft herauszukriegen, was [...] sind eigentlich dessen Interessen. Und [...] das glaube ich, das ist, was man immer weniger lernt. Ja und das wäre glaube ich etwas, wo man ansetzen könnte.“ (I. 1)

5 Diskussion

Diese sozialwissenschaftliche Studie untersuchte als eine der ersten Studien im deutschsprachigen Raum die Einstellung von Psychiatern zu Behandlungsvereinbarungen (BVen) mithilfe eines qualitativen Zugangs. Die Studie wurde im Rahmen eines methodenpluralen Forschungsdesigns mit der Integration von quantitativen und qualitativen Methoden durchgeführt (82, 83).

Dabei wurde in einer quantitativen Fragebogenstudie exemplarisch am Bundesland Bayern überprüft, ob die Verbreitung und Abschlüsse von BVen nach der Stärkung der Patientenrechte durch das sogenannte Patientenverfügungsgesetz (§ 1901a BGB) zugenommen haben. Zudem wurden die Erfahrungswerte beziehungsweise die Gründe für eine ausbleibende Einführung des Instrumentes in den psychiatrischen Kliniken erfragt.

Im Rahmen der ergänzend durchgeführten qualitativen Interviewstudie wurde untersucht, welche Chancen und Potentiale sowie Risiken und Hindernisse Psychiater mit dem Instrument der Vorausplanung verbinden, und welche Chancen und Hürden sich hieraus für die BV in der klinischen Versorgung ableiten lassen.

Im Folgenden sollen die Ergebnisse der beiden Studien im Kontext des nationalen und internationalen Forschungsstands diskutiert werden.

5.1 Verbreitung, Abschlüsse und Erfahrungen mit der BV

5.1.1 Verbreitung der BV

Nach den vorliegenden Ergebnissen dieser Studie aus dem Jahr 2013 werden BVen in 45 % (n = 13) der bayerischen Kliniken angeboten. Ein Vergleich mit der korrespondierenden Erhebung von Borbé et al. aus dem Jahr 2009 legt zunächst die Schlussfolgerung nahe, dass die Verbreitung von BVen zwischenzeitlich sogar abgenommen hat. So hatten damals ca. 58 % der Befragten aus den Postleitzahlengebieten 8 und 9¹⁸ angegeben, eine BV vorzuhalten, während dies deutschlandweit immerhin 68 % (n = 115) der psychiatrischen Kliniken bestätigt hatten (7). Nach meiner Ansicht ist es jedoch wenig wahrscheinlich, dass die Verbreitung der BVen tatsächlich abgenommen hat. Es erscheint weitaus plausibler, dass die Ergebnisse der vorliegenden Studie im Vergleich an Aussagekraft gewinnen, indem die Selbstselektionsrate durch intensive Nachkontaktierung der angeschriebenen Ansprechpartner reduziert wurde. Dadurch dürfte die Selektionsrate derer reduziert worden sein, die sich zuvor nicht zurückgemeldet

¹⁸ Die Postleitzahlengebiete 8 und 9 entsprechen größtenteils Bayern, partiell auch Baden-Württemberg und Thüringen.

hatten, weil sie beispielsweise bisher nur wenig Berührungspunkte mit dem Thema der BV hatten oder aber weil größere Vorbehalte gegenüber Instrumenten der partizipativen Behandlungsgestaltung vorlagen. Die Verbreitung in 45 % der bayerischen psychiatrischen Kliniken liegt damit aller Wahrscheinlichkeit nach für Bayern näher an den tatsächlichen Werten als die korrespondierenden Ergebnisse aus dem Jahr 2009.

Als unzweifelhaft lässt sich zumindest feststellen, dass sich seither keine Tendenz hinsichtlich einer deutlichen Zunahme der Verbreitung von BVen in Bayern abzeichnet. Darüber hinaus lässt sich ein tendenziell geringerer Einsatz von anderen Instrumenten der partizipativen Behandlungsgestaltung erkennen. So weisen auch die Erfahrungen mit Vorsorgevollmachten (2013: 59 % vs. 2009: 62 %) und Krisenplänen (2013: 38 % vs. 2009: 52 %) tendenziell geringe Ergebnisse auf als noch im Jahr 2009. Lediglich die durch Patienten verfassten Krisenpässe (2013: 45 % vs. 2009: 31 %) konnten einen höheren Einsatz verzeichnen.¹⁹

Dies ist beachtlich, da offenkundig das zwischenzeitlich zur Stärkung der Patientenrechte verabschiedete sogenannte Patientenverfügungsgesetz (§ 1901a BGB) aus dem Jahr 2009 (5) in der (bayerischen) psychiatrischen Kliniklandschaft keine unmittelbaren Auswirkungen gezeigt hat. Allerdings scheinen BVen inzwischen mehr Aufmerksamkeit zu erhalten. So gaben nun 38 % (n = 6) der Klinikleiter an, Überlegungen zur Einführung einer BV anzustellen. Im Jahr 2009 waren dies hingegen nur 16 % (n = 27) gewesen. Die Ergebnisse der qualitativen Studie legen jedoch nahe, dass nicht die Stärkung der Patientenrechte durch das Patientenverfügungsgesetz aus dem Jahr 2009, sondern vielmehr die praktische Rechtsunsicherheit für Zwangsbehandlungen durch die getroffenen höchstrichterlichen Entscheidungen aus den Jahren 2011 bis Februar 2013 (32, 33, 36), zu einem steigenden Interesse an BVen geführt hat (Chancen K3.1).

Wird die Literatur zu diesen höchstrichterlichen Urteilen (32, 33, 36) zur Zwangsbehandlung betrachtet, so wird die genannte Rechtsunsicherheit unter den beteiligten Akteuren in Bezug auf die Behandlung in psychiatrischen Krisensituationen bestätigt (35, 114). Es ist durchaus plausibel, dass gerade in dieser Zeit eine zunehmende Auseinandersetzung mit der BV als Instrument zur antizipierten Behandlungseinwilligung und damit zur Vermeidung von Zwang stattgefunden hat. Derweil waren Zwangsbehandlungen von März 2011 bis Februar 2013 nicht verboten, jedoch wurden hohe Mindestanforderungen gestellt (35).²⁰ Dadurch gingen auch Landesgerichte dazu über, Zwangsbehandlungen auf Grund der mangelnden gesetzlichen Grundlage abzulehnen (115). Dies bedeutete somit eine Art De-Facto-Verbot für Zwangsbehandlungen.

¹⁹ Hierbei liegt der Erklärungsansatz nahe, dass sich der sogenannte „Münchener Krisenpass“ zunehmend im bayerischen Raum verbreitet hat, der 1997 von Mitgliedern der Münchner Psychiatrie-Erfahrenen (MüPE) e. V. und des psychosozialen Projekts KontakTee München entwickelt wurde (113).

²⁰ So wurden Zwangsbehandlungen vom Bundesverfassungsgericht nur noch in folgenden Ausnahmefällen vorgesehen: Wenn dem Patienten krankheitsbedingt die Einsicht zur Notwendigkeit der Behandlungsmaßnahmen fehlte, die Behandlung gleichzeitig zur Wiederherstellung der Einwilligungsfähigkeit diene und mildere Mittel keinen Erfolg versprachen.

In diesem Kontext wurde eine Diskussion über Zwang in der Psychiatrie neu entfacht (116). So lässt sich nachverfolgen, dass die entstandene Rechtsunsicherheit eine kontroverse berufsständische, rechtlich, aber auch ethisch geführte Debatte über die Legitimation von Zwang in der psychiatrischen Therapie angeregt hat (22, 117-120). Gleichzeitig bedingte die veränderte Gesetzeslage eine notwendige Umorientierung in der psychiatrischen Behandlung. Zinkler formulierte die Sachlage wie folgt: „In den meisten Situationen, in denen Psychiater bisher eine Behandlung mit Zwang durchsetzen konnten, wurden sie von den Gerichten zurück an den Verhandlungstisch verwiesen.“ (118) Von juristischer Seite wurde zeitgleich im Jahr 2013 geäußert: „Für die strafrechtliche Absicherung der Anwendung von Zwangsmaßnahmen zur Akutbehandlung kann es daher (wohl) nur auf die antizipierte Einwilligung in die Freiheitsentziehung ankommen.“ (121) Durchaus ist daher denkbar, dass die BV als ein Instrument der antizipierten Einwilligung gerade in dieser Zeit zunehmend in den Fokus der Aufmerksamkeit gerückt ist.

Auch wenn in diesem Fall festgehalten werden kann, dass erst konkrete juristische Schwierigkeiten Anreize für die Kliniken boten, das Angebot der partizipativen Entscheidungsfindung zu überdenken, so kann diese Gesetzesänderung dennoch oder gerade deshalb als Chance verstanden werden. Das Deutsche Institut für Menschenrechte erklärte im Zusammenhang der Neuregelung von Zwangsmaßnahmen in der Psychiatrie vor dem Rechtsausschuss des Bundestages im Dezember 2012: „Die Potentiale für die Umsetzung der Verhältnismäßigkeit sind zum Teil noch nicht erkannt und müssen beforscht werden, zum Teil sind sie aber auch nur nicht systematisch entwickelt [...]. Diese historische Chance, Psychiatrie auf der Basis der Freiwilligkeit weiterzuentwickeln, sollte unbedingt ergriffen werden. Insbesondere die Fachwissenschaften sind in diesem Zusammenhang aufgerufen, endlich andere Konzepte zu entwickeln und flächendeckend in die Praxis zu bringen, wie mit Menschen in psychosozialen Krisen, insbesondere in Zuständen starker Erregung anders als mit einer zwangsweisen pharmakologischen Behandlung umgegangen werden kann. Hier liegen Versäumnisse und Potentiale eng zusammen.“ (30) Auch die DGPPN mahnte eineinhalb Jahre nach der Neuregelung von Zwangsmaßnahmen in ihrer ethischen Stellungnahme im September 2014 zum Thema der „Achtung der Selbstbestimmung und Anwendung von Zwang bei der Behandlung von psychisch erkrankten Menschen“ Handlungsbedarf an. Hier wird insbesondere auch der dialogische Prozess zwischen Behandlern und Patienten als Maßnahme zur Reduktion von Zwangsbehandlungen betont: „Im Hinblick auf das Ziel, Zwangsmaßnahmen in der Psychiatrie so weit wie möglich zu reduzieren, sollten Voraussetzungen in ihren verschiedenen Ausgestaltungen stärker als bislang zum Gegenstand von Fort- und Weiterbildungsangeboten gemacht werden.“ (117)

5.1.2 Abschlüsse der BV

Auch wenn das Bewusstsein für BVen durch die Änderung der rechtlichen Rahmenbedingungen gestiegen ist und zudem von verschiedenen Seiten Empfehlungen für die Vorausverfügung vorliegen, so

scheitert nach der vorliegenden Studie dennoch der Abschluss. Die Ergebnisse dieser Studie zeigen, dass bayerische Kliniken mit dem Angebot einer BV im Median nur 1,4 BVen/Jahr seit der klinischen Einführung des Angebotes abgeschlossen haben (Stand: Januar 2014). Diese niedrige Zahl belegt eindeutig, dass die Abfassung von BVen in Bayern immer noch kaum stattfindet, wodurch die bisherige Studienlage nach wie vor bestätigt wird. Es zeichnet sich somit die Tendenz ab, dass die im Jahr 2009 rechtlich verankerte Stärkung der Patientenrechte auch Jahre später keine wesentlichen Erfolge bei der Nutzung von Vorausverfügungen in der psychiatrischen Versorgung bewirken konnte.

Die bisherigen Studien stammen aus den Jahren 2009 sowie 2010 und wurden deutschlandweit durchgeführt. Sie liefern somit Daten zur Nutzung von BVen aus der Zeit vor sowie kurze Zeit nach der Gesetzesreform durch das Patientenverfügungsgesetz des Jahres 2009. Bis zum Jahr 2009 zeigte sich so eine Abschlussrate von im Median 2,7 BVen/Jahr an Kliniken mit einem BV-Angebot (7). Das äußerst geringe Vorkommen von BVen wurde im Jahr 2010 bestätigt. Demnach wurden BVen in 33 % der Kliniken nie, in 60 % kaum und in nur 4 % der psychiatrischen Institutionen regelmäßig angewandt (17). Im Vergleich hierzu ist auch aus US-amerikanischen Forschungsdaten ein entsprechend geringes Vorkommen von psychiatrischen Vorausverfügungen bei 4–13 % der Patienten, bei ebenso vorliegenden förderlichen rechtlichen Rahmenbedingungen, bekannt (76).

5.1.3 Fazit zur Verbreitung und zu den Abschlüssen von BVen

Zusammenfassend kann somit festgehalten werden, dass die vorliegenden Studienergebnisse zeigen, dass gegenwärtig nur in einer Minderzahl der bayerischen Kliniken BVen angeboten werden und sich seit dem Jahr 2009 keine zunehmende Verbreitung verzeichnen lässt. Darüber hinaus belegen die Ergebnisse der Fragebogenstudie wie auch der Forschungsliteratur, dass BVen im Falle eines bestehenden Angebots äußerst selten abgeschlossen und zum Einsatz gebracht werden. Folglich können neben der Verbreitung auch die Abschlüsse seit der Änderung der Rechtslage durch das sogenannte Patientenverfügungsgesetz (§ 1901a BGB) im Jahr 2009 keine positive Entwicklung vorweisen.

5.1.4 Klinische Rahmenbedingungen der BV

Die vorliegenden Ergebnisse deuten darauf hin, dass die mangelnde Umsetzung auch grundlegend in einem ausbleibenden Engagement der Kliniken begründet ist. Dass es einigen BV-Angeboten möglicherweise an Ernsthaftigkeit mangelt, dürfte daran zu erkennen sein, dass laut Ergebnis der aktuellen Studie nur die Minderzahl der bayerischen Kliniken (46 %, n = 6) mit dem Angebot einer BV auch eine entsprechende Vorlage bereithält. In der vorhergehenden korrespondierenden Untersuchung von Borbé et al. gaben immerhin drei Viertel der anbietenden Kliniken an, eine Vorlage zu besitzen. In 33 % (n = 4) der bayerischen Kliniken findet zudem gegenwärtig keine direkte Ansprache der Patienten statt, während 2009 nur 15 % der Kliniken angaben, ihre Patienten nicht direkt auf das Angebot hinzuweisen. Für die Fälle, in denen Patienten über die Möglichkeit einer BV informiert werden, wird in 61 % (n = 8)

das persönliche Beratungsgespräch genutzt. Weiterhin findet die Information zu 46 % (n = 6) in Gruppenangeboten statt. Im Jahr 2009 hingegen wurde angegeben, dass die Kommunikation zu 90 % über persönliche Beratungsgespräche erfolge (7). So zeigen die vorliegenden Ergebnisse, dass die Kommunikation des BV-Angebotes an die Patienten im Vergleich zu den Ergebnissen aus der Erhebung im Jahr 2009 (7) insgesamt geringer und gleichzeitig weniger direkt ist. Darüber hinaus findet eine Unterstützung des BV-Abschlusses durch Ärzte beziehungsweise Therapeuten, nach dem Wissen der Klinikleiter, nur in 38 % (n = 5) der Kliniken statt. Auch diese Tatsache lässt Zweifel an der Ernsthaftigkeit des Angebotes aufkommen.

Es ist schwer vorstellbar, wie Behandlungsvereinbarungen unter diesen Gegebenheiten routiniert gelingen können, wenn es in der von Arbeits- und Zeitdruck geprägten ärztlichen Tätigkeit an Vorlagen mangelt, kein Vereinbarungsprozess implementiert ist und die per definitionem bilaterale Behandlungsvereinbarung von ärztlicher Seite in der Mehrzahl der Fälle keine Unterstützung findet. Letztlich wird der Kerngedanke der vorausschauenden partizipativen Behandlungsgestaltung ignoriert, wenn eben diese aktive Teilhabe der Patienten von institutioneller Seite, und damit von einem der zwei essentiell beteiligten Partner, nur in der Minderzahl der Fälle unterstützt und eher noch seltener gefördert wird. Dieser Sachverhalt ist umso bedeutender, wenn beachtet wird, dass das angemessene Informieren und Beraten der Patienten einen wichtigen Erfolgsfaktor für den Abschluss einer Vorausverfügung darstellt (50, 122, 123) und es nur wenigen Betroffenen ohne eine adäquate Unterstützung überhaupt möglich ist, eine Vorausverfügung zu erstellen (12, 124).

Gleichzeitig werden nur selten alle beteiligten Parteien adäquat in den Vereinbarungsprozess eingebunden. So findet eine obligatorische Einbeziehung des Pflegepersonals in den BV-Abschluss durch eine Unterzeichnung der BV nur in 15 % der Kliniken statt (vs. 2009: 37 %). Alle Beteiligten in den Abschlussprozess zu involvieren, ist jedoch empfehlenswert (125), zumal ein Übereinkommen aller Beteiligten letztlich eine entscheidende Prämisse für die Umsetzung der BV ist (126). Auch die qualitativen Ergebnisse deuten darauf hin, dass interpersonelle Konflikte (Hindernisse K13), insbesondere Teamkonflikte, hinderlich für die Umsetzung einer BV sein können. Zudem geht aus den Ergebnissen hervor, dass BVen umgekehrt als hilfreiche Instrumente betrachtet werden, um den Willen des Patienten gegenüber dem Pflegepersonal durchzusetzen und Unstimmigkeiten im Team zu unterbinden (Chancen K3.11). Hier bleibt anzumerken, dass es nicht förderlich für die Zusammenarbeit im Team sein kann, wenn BVen ohne ein vorhergehendes Einvernehmen mit dem Pflegepersonal durchgesetzt oder gar angeordnet werden. Diese Konstellation würde voraussichtlich zusätzliches Konfliktpotential für die Akutsituation in sich bergen.

Eine nahe liegende Lösung wäre vielmehr, dass auch die Erfahrung des Pflegepersonals Berücksichtigung im Vereinbarungsprozess findet. Da gerade das Pflorgeteam in einem intensiven Kontakt zum Patienten in der Akutsituation steht und die Krise entscheidend mit begleitet, sollte eine Einbeziehung in den Vereinbarungsprozess grundsätzlich vorgesehen werden. Erst das Einverständnis aller am Behand-

lungsprozess Beteiligten ermöglicht es, Konfliktpotentiale durch unterschiedliche Behandlungsvorstellungen in der Krisensituation zu vermeiden und damit die Einhaltung der BV gewährleisten zu können. Letztlich dürfte der Vereinbarungsprozess durch die Einbindung aller beteiligten Parteien zwar aufwändiger und zeitintensiver werden. Ein Einvernehmen zwischen Patient und Stellvertretern der Klinik lässt sich jedoch auf anderem Wege nicht erreichen, erst recht nicht in einer anspruchsvollen Akutsituation, die das Team und dessen Zusammenhalt auf besondere Weise fordert. In diesem Fall sollten sich alle Kräfte auf eine Behandlung konzentrieren, die Zuwendung zu leisten vermag und das Vertrauen des Patienten fördert. Wird eine befürwortende Einstellung hinsichtlich der BV nicht von allen Mitarbeitern geteilt, besteht leicht die Gefahr, dass Vereinbarungen vorschnell gebrochen werden und BVen zu einem „Empowerment-Feigenblatt“ verkommen (127).

Kritisch zu sehen, ist auch die nicht prinzipiell gegebene Einsehbarkeit einer BV in der Akutsituation, die letztlich eine notwendige Voraussetzung für deren Anwendung darstellt. Nur 67 % (n = 8) der Klinikleiter geben an, dass die BV zu jedem Zeitpunkt einsehbar ist. Bedenken zu der Einsehbarkeit sind auch aus US-amerikanischen Studien bekannt (80, 123, 128), worin mitunter sogar nur in einem Drittel der Fälle von einem Zugriff im Akutfall ausgegangen wird (129). Dem ist entgegen zu halten, dass im Zeitalter digitaler Informationssysteme der Zugriff auf ein Dokument, wie in diesem Fall auf eine BV, keine entscheidende Hürde mehr darstellen sollte (7).

5.1.5 Erfahrungen mit der BV

Die Erfahrungen der Kliniken mit BVen sind in der aktuellen bayerischen Umfrage vorwiegend „gemischt“, während die Tendenz 2009 zumeist „eher positiv“ ausgerichtet war. So fielen die „Eher-positiv“-Bewertungen der BV für die Aspekte wie den „Aufwand für Ausarbeitung und Abschluss“ (2013 23 % vs. 2009 32 %), den Aufwand für „Behandlungsmaßnahmen entsprechend der Vereinbarungen“ (2013 33 % vs. 2009 ca. 43 %), die „praktische Umsetzbarkeit der getroffenen Vereinbarungen“ (2013 25 % vs. 2009 ca. 50 %), die „Verbindlichkeit für Beschäftigte“ (2013 42 % vs. 2009 ca. 53 %), die „Akzeptanz durch Beschäftigte“ (2013 39 % vs. 2009 ca. 57 %) und die „Verbindlichkeit für Patienten“ (2013 27 % vs. 2009 ca. 56 %) sämtlich geringer aus als in der deutschlandweiten Befragung im Jahr 2009. Deutlich kritischer bewertet wurde auch die Möglichkeit zur „Reduktion von Zwangseinweisungen“ („eher positiv“: 2013 0 % vs. 2009 ca. 35 %; „eher negativ“: 2013 45 % vs. 2009 ca. 14 %) und „Zwangmaßnahmen“ („eher positiv“: 2013 25 % vs. 2009 ca. 46 %; „eher negativ“: 2013 25 % vs. 2009 ca. 9 %). Weiterhin „eher positiv“ beurteilt wurden die „aktive Teilnahme des Patienten an der Behandlung“ (2013 62 % vs. 2009 ca. 69 %) und die „Kooperation zwischen Therapeuten und Patienten“ (2013 67 % vs. 2009 ca. 78 %).

Diese vorwiegend gemischten Erfahrungen liegen auch aus Forschungsergebnissen vor allem aus dem angloamerikanischen Sprachraum vor. So ist auch aus Befragungen aus Großbritannien wie aus den USA bekannt, dass der zusätzliche Aufwand durch Vorausplanungsinstrumente eine Hürde darstellt

(75, 80, 81, 128, 129). Über 80 % des befragten klinisch tätigen Personals (u.a. Psychiater, Psychologen, Sozialarbeiter) gaben so in einer US-amerikanischen Studie an, dass der Abschluss kompliziert sei und viel Zeit benötige. Etwa 50 % berichteten darüber hinaus, dass nicht genügend Zeit zur Verfügung stehe, um entsprechende Unterstützung für die Patienten anzubieten, beziehungsweise dass der zusätzliche bürokratische Aufwand nicht zu bewältigen sei (128).

Parallel hierzu liegen jedoch aus dem deutschsprachigen Raum durchaus positive Erfahrungen aus der wissenschaftlich begleiteten Einführung einer BV vor. So konnte auf Basis der Erfahrungswerte nachgewiesen werden, dass das „Aufwand-Nutzen-Verhältnis“, ungeachtet des steigenden Zeitaufwands, insgesamt von allen befragten Professionellen als „angemessen“ beurteilt wurde (9). Soll daher routiniert, bei der Mehrzahl der im Verlauf der Behandlung einwilligungsunfähigen Patienten, der Abschluss einer BV angestrebt werden, so ist es entscheidend, die entsprechenden zeitlichen und personellen Ressourcen in der klinischen Versorgung zur Verfügung zu stellen.

Die weiterhin geäußerten mehrheitlich „gemischten“ Erfahrungen in Bezug auf die „praktische Umsetzbarkeit der getroffenen BV“ stehen im Widerspruch zu Angaben aus bisherigen Anwendungsstudien. So konnte belegt werden, dass die festgehaltenen Behandlungswünsche der Patienten im Falle einer qualifizierten Begleitung des Gesprächsprozesses eine hohe klinische Relevanz besitzen, zu über 90 % Plausibilität und Anwendbarkeit aufweisen und zu 95 % mit gängigen Therapiestandards vereinbar sind (12, 130). Eben in diesem Zusammenhang bietet die BV das Potential, durch die Unterstützung des Abschlusses und durch den dialogischen Prozess zwischen Klinikvertretern und Patienten dazu beizutragen, plausible und praktisch umsetzbare Vorausverfügungen zu erstellen. Gerade im Aushandeln des klinisch Machbaren unter der Wahrung der Interessen des Patienten liegt schließlich ein großer Vorteil für die Ärzte gegenüber anderen Instrumenten der Vorausplanung wie der Patientenverfügung, die den Arzt letztlich prima facie an die einseitige Willensbekundung des Patienten in der Akutsituation bindet. Eine Patientenverfügung bietet wenig Flexibilität für die Behandlung in der Krise und kann folglich neue Konflikte mit sich bringen, die im Gegensatz hierzu mit der BV, durch den vorhergehenden Abstimmungsprozess, verringert werden können. Aus diesen quantitativen Ergebnissen heraus bleibt fraglich, worin die Hürden für die praktische Umsetzbarkeit gesehen werden. Dies soll in der weiteren Diskussion der Hindernisse mittels der qualitativen Ergebnisse näher erörtert werden (Kapitel 5.4 Hürden für die Realisierung einer BV“).

Die Erfahrungen mit der „Verbindlichkeit der Vereinbarung für Beschäftigte“ zeigen sich zu einem hohen Anteil gemischt (42 % „eher positiv“, 42 % „gemischt“, 17 % „eher negativ“)²¹. Auch aus den qualitativen Studienergebnissen gehen ärztliche Bedenken zur Verbindlichkeit der Vorausverfügung und zu möglichen rechtlichen Konsequenzen im Falle einer Abweichung (Hindernisse K3) hervor, welche auch aus angloamerikanischen Studien bekannt sind (81, 129). In diesem Zusammenhang stellen sich die qualitativen Studienergebnisse jedoch widersprüchlich dar: Einerseits werden rechtliche Befürchtungen

²¹ Aufgrund von Rundungsdifferenzen weicht die Summe bei Addition der einzelnen Prozentwerte von 100% ab.

bei Abweichung geäußert, andererseits werden psychiatrische Vorausverfügungen nur als mäßig verbindlich betrachtet (Hindernisse K2). Dass psychiatrische Vorausverfügungen häufig als unverbindlich betrachtet werden und in Krisenfällen nur selten Beachtung finden, ist auch aus einer US-amerikanischen Studie bekannt. So konnte nachgewiesen werden, dass Vorausverfügungen nur in 20 % der Krisenfälle abgerufen wurden, obwohl die Studie in einem der 25 US-Bundesstaaten durchgeführt wurde, der rechtliche Vorschriften zur Unterstützung psychiatrischer Vorausverfügungen vorhält. Die höchste Wahrscheinlichkeit für die Anwendung des Dokuments bestand, wenn ein Vorsorgebevollmächtigter die Krise begleiten konnte oder gar beim Abschluss integriert war. Darüber hinaus stieg die Anwendung und Verbindlichkeit in Krisen mit der Zunahme der Erfahrungen und mit der Vertrautheit mit dem Instrument (131).

Es ist fraglich, inwieweit die dort erhobene Anwendungsrate von Vorausverfügungen auf die aktuelle psychiatrische Versorgung in Deutschland übertragbar ist. Aus den Ergebnissen lässt sich jedoch schließen, dass die Anwendung und Verbindlichkeit in Krisensituationen mit zunehmender Erfahrung und struktureller sowie personeller Unterstützung steigen kann. Die geringe Erfahrung mit und mangelnde strukturelle Unterstützung von BVen in psychiatrischen Kliniken dürfte daher dazu beitragen, dass die Verbindlichkeit häufig eingeschränkt und kritisch betrachtet wird. Diese Annahme wird auch dadurch gestützt, dass deutsche psychiatrische Kliniken mit einer jährlichen Abschlussrate oberhalb des Median signifikant häufiger positive Erfahrungen hinsichtlich der Verbindlichkeit der BV angaben (7). Zugleich offenbart sich an dieser Stelle eine mangelnde Klarheit der Rechtslage in Bezug auf die BV, worauf in der Diskussion der Hürden der BV näher eingegangen wird (Kapitel „5.4.2.1.3 Geringe Klarheit der Rechtslage“).

Neben den Bedenken in Bezug auf die Verbindlichkeit zeigt sich eine vorwiegend eingeschränkte „Akzeptanz der Vereinbarung durch die Beschäftigten“ der Klinik (61 % der Klinikleiter gaben „gemischte“ oder „eher negative Erfahrungen“ an). Diese Ergebnisse können auch durch eine frühere deutschlandweite Studie belegt werden. Demnach gaben nur 73 % der befragten Klinikleiter an, BVen grundsätzlich zu akzeptieren. 25 % gaben an, dies nur unter bestimmten Bedingungen zu tun. Noch kritischer wurde die psychiatrische Patientenverfügungen (PPV) betrachtet, die nur 53 % der Befragten grundsätzlich akzeptieren würden (17). Folglich scheint die BV durch den Vereinbarungsprozess einen im Vergleich zur PPV höheren Stellenwert bei den Psychiatern zu genießen, was auf eine eher „fürsorglich-paternalistische Grundhaltung“ der Behandler schließen lässt (60).

Vorsicht ist aus dieser Perspektive jedoch geboten, wenn eine grundsätzlich eingeschränkte Akzeptanz einer Vorausverfügung angenommen wird, da diese im Widerspruch zur aktuellen Rechtslage stehen kann. Als Voraussetzung für die Rechtsverbindlichkeit der Vorausverfügung gelten folgende Bedingungen (§ 1901a BGB):

1. Die schriftliche Festlegung eines zum Zeitpunkt der Erstellung einwilligungsfähigen Volljährigen (Einwilligungsfähigkeit beim Abschluss).

2. Die hinreichende Bestimmtheit der Situation und der Zielvorstellungen des Patienten (Bestimmtheitsgebot).
3. Das Vorliegen der Situation einer Einwilligungsunfähigkeit (aktuelle Einwilligungsunfähigkeit).
4. Das Zutreffen der Vorausverfügung „auf die aktuelle Lebens- und Behandlungssituation“ (aktuelle Situationsübereinstimmung) (5, 132).

Werden diese Grundsätze für eine PPV beziehungsweise BV erfüllt, so gilt für beide Instrumente dieselbe Rechtsverbindlichkeit, da beide Vorausverfügungen eine schriftliche Willensbekundung für eine zukünftige medizinische Behandlung des Patienten beinhalten und letztlich keine Formvorschriften vom Gesetzgeber verlangt werden (7, 60, 61, 68). Insbesondere bei der BV ist von den zwei folgenden Annahmen beim Abschluss auszugehen: Erstens sollte eine Bestätigung der Einwilligungsfähigkeit im Rahmen des gemeinsamen Vereinbarungsprozesses von Seiten des Psychiaters stattgefunden haben, da die Vereinbarung im Falle der Selbstbestimmungsunfähigkeit letztlich wenig zielführend wäre. Zweitens sollte das Bestimmtheitsgebot mit Hilfe der ärztlichen Begleitung adäquat berücksichtigt worden sein. Trifft nun die definierte Krisensituation ein, so sollte es gerade bei einer BV keinen Zweifel an der Rechtsverbindlichkeit der Vereinbarung geben. Der Wille des Betroffenen ist nach § 1901a Abs. 1 und 2 BGB zu beachten. Wird die BV dennoch nicht als verbindlich beachtet, so ist von einem ärztlichen Behandlungsfehler auszugehen (61).

Es lässt sich resümierend zusammenfassen, dass die Autonomie psychiatrischer Patienten unzureichend gefördert und respektiert wird, indem es an Unterstützung beim Abschluss von BVen ebenso mangelt wie an Anerkennung ihrer Verbindlichkeit. Denn die Achtung der Patientenautonomie bedingt zweierlei: Erstens „das Verbot, selbstbestimmte Entscheidungen [...] zu behindern“ und zweitens „das Gebot, solche Entscheidungen [...] zu fördern“ (133). Wird die für psychiatrische Patienten häufig nötige Unterstützung und Förderung der Selbstbestimmung bewusst unterlassen (12, 124), so wird die Wahrung der Patientenautonomie in Krisensituationen in bedenklichem Maße eingeschränkt.

Werden die Erfahrungen hinsichtlich der Reduktion von Zwangseinweisung und Zwangsmaßnahmen durch BVen näher betrachtet, so fallen diese im Vergleich zur deutschlandweiten Erhebung 2009 deutlich schlechter aus. Positive Erfahrungen im Sinne einer Reduktion von Zwangseinweisungen fanden keine einzige Zustimmung (vs. 2009: 35 % „eher positive“ Erfahrungen). Ebenso konnte nur ein Viertel der Klinikleiter positive Erfahrungen in Bezug auf die Reduktion von Zwangsmaßnahmen vorweisen (vs. 2009: ca. 46 % „eher positive“ Erfahrungen). Hingegen beurteilten drei Viertel dies „gemischt“ oder verneinten eher eine Reduktion. Internationale Studien weisen hinsichtlich der Reduktion von Zwang durch psychiatrische Vorausverfügungen widersprüchliche Ergebnisse vor. Während einige Studien die hier vorliegenden Ergebnisse bestätigen und die Verhinderung von Zwangseinweisungen (75, 134) oder Zwangsmaßnahmen (72) durch Vorausverfügungen widerlegen, belegt die Mehrzahl der Stu-

dien eine Reduktion von Zwang durch Instrumente der Behandlungsvorausplanung (11, 13, 15, 74). Die Forschungsergebnisse deuten jedoch auch darauf hin, dass die klinischen Erfolgschancen und positiven Effekte durch eine BV, wie beispielsweise die Reduktion von Zwangsmaßnahmen, entscheidend von der Bereitschaft der Psychiater abhängen, sich für den BV-Prozess und den damit einhergehenden partizipativen Ansatz einzusetzen (72). In diesem Sinne wurde in einer Studie in Großbritannien festgestellt, dass eine Individualisierung der BV, zugeschnitten auf die spezifischen Bedürfnisse des jeweiligen Patienten, nur in 15 % der Fälle stattfand. Konnten also die klinischen Mitarbeiter im Rahmen der Implementierung nicht von den Vorteilen des BV-Prozesses überzeugt werden, so schien es unwahrscheinlich, dass die Vereinbarung angemessen individuell umgesetzt wurde (135). Die Erfolgschancen einer BV können so womöglich beträchtlich vom jeweiligen Engagement der Psychiater für die partizipative Behandlungsgestaltung und Vorausverfügung abhängen.

Die einzigen Erfahrungswerte mit der BV, die weiterhin vorwiegend „positive“ Beurteilungen erhielten, beziehen sich auf die aktive Teilnahme des Patienten an der Behandlung und die Kooperation zwischen Therapeut und Patient. Diese positiven Aspekte der BV durch die aktive Teilnahme des Patienten, im Sinne eines Empowerment unter dem Gewinn an Anerkennung, Verantwortung und Kontrolle des Betroffenen, sind aus einigen Studien bekannt (10, 70, 71, 81, 123, 128, 136-138). Ebenso sind die Stärkung der therapeutischen Kooperation und der Arzt-Patienten-Beziehung die in internationalen Studien wesentlichen genannten Vorteile von partizipativen Vorausplanungsinstrumenten (9, 12, 50, 70, 71, 81, 138, 139).

5.1.6 Fazit zu den Erfahrungen mit BVen

Zusammenfassend lässt sich folglich sagen, dass „gemischte“ Erfahrungswerte sowie Bedenken und Zweifel der klinisch tätigen Psychiater gegenüber BVen nicht neu sind. Bedenklich ist jedoch, dass viereinhalb Jahre nach der Stärkung der Patientenrechte durch den Gesetzgeber BVen nach wie vor keine größere Anerkennung gefunden haben und sich tendenziell sogar eine noch kritischere Haltung der Klinikleiter in Bayern gegenüber BVen abzeichnet. Die Ergebnisse verdeutlichen, dass in der Praxis weiterhin Probleme bestehen, Instrumente zur Umsetzung autonomer Patientenentscheidungen zu etablieren. Diese Bedenken aus der Praxis müssen Berücksichtigung finden, damit sich BVen als Medium zur Vorausplanung von psychiatrischen Krisen besser etablieren können und die gesetzlich geforderte Stärkung des Patientenwillens zunehmend Eingang in den klinischen Alltag finden kann.

Schlussfolgernd lassen sich so zwei wesentliche, in Beziehung stehende Erklärungsansätze für einen möglichen ausbleibenden klinischen Erfolg der BVen ableiten, wie er sich beispielhaft in den variierenden Ergebnissen zur Reduktion von Zwang in bisherigen Studien abzeichnet: Erstens führen Zweifel der Psychiater am Instrument der BV zu einer mangelnden Unterstützung des partizipativen Prozesses. Und zweitens folgt aus der mangelnden Unterstützung schließlich eine qualitativ unzureichende Umsetzung des Patientenwillens sowohl im Dokument als auch letztlich in der akuten Krise. Dadurch bleibt

die Behandlung unverändert, eine Reduktion von Zwangsmaßnahmen wird nicht erreicht und das Scheitern des Instrumentes ist vorhersehbar.

5.2 Chancen und Potentiale der BV

Ein erster Vergleich der vielfältigen in der vorliegenden Interviewstudie erhobenen Chancen der BV deutet zunächst darauf hin, dass diese größtenteils mit den bereits in der Literatur genannten Potentialen von Vorausverfügungen übereinstimmen. So wurden in Studien, teils aus dem deutschsprachigen, jedoch überwiegend aus dem angloamerikanischen Raum, bereits einige Chancen und Potentiale von Instrumenten der psychiatrischen Behandlungsvorausplanung beschrieben. Diese wurden in einem systematischen Review der bisherigen Forschung von Nicaise und Kollegen in drei in der Literatur regelmäßig genannte theoretische Grundannahmen, im Sinne übergeordneter Chancen von Vorausplanungsinstrumenten, zusammengefasst: die Steigerung der Patientenautonomie, die Förderung des therapeutischen Bündnisses und die höhere Qualität der psychiatrischen Versorgung durch eine kooperative Zusammenarbeit (8). Im Allgemeinen lassen sich die vorliegenden Ergebnisse zu den Chancen der BV mehrheitlich in diese theoretischen Grundannahmen einreihen.

Eine genauere Analyse der Ergebnisse zeigt jedoch, dass die primären Vorteilsaspekte der BV für die Behandler von der bisherigen Forschung noch nicht ausreichend berücksichtigt wurden. Aus der Perspektive der befragten Psychiater stellen diese jedoch relevante Beweggründe für den Abschluss einer BV dar. So vermuten die Befragten strukturelle Verbesserungen der ärztlichen Tätigkeit durch die BV sowie einen Abbau des Stigmas der psychiatrischen Kliniken und der Psychiater.

In den nachfolgenden Ausführungen sollen daher die erhobenen Chancen unter diesen neuen Aspekten, aber auch unter Berücksichtigung der bestehenden Grundannahmen in entsprechenden Unterkapiteln diskutiert werden, die wie folgt betitelt sind: Strukturelle Verbesserungen der ärztlichen Tätigkeit, Förderung der Entstigmatisierung der psychiatrischen Kliniken und der Psychiater, Förderung des therapeutischen Bündnisses, verbesserte psychiatrische Versorgung und Steigerung der Mit-/Selbstbestimmung.

Grundlegend lässt sich zur bisherigen Forschung vorab jedoch noch Folgendes anmerken: Obwohl Vorausplanungsinstrumente international vorwiegend zur Förderung der Selbstbestimmung konzipiert wurden, ist ihr tatsächlicher Einfluss auf diese Zielgröße bisher nicht in kontrollierten Studien überprüft worden (8). Vielmehr fokussierten sich die bisher international vorgenommenen Interventionsstudien auf praktische, wohl deutlich einfacher messbarere Zielparameter und Chancen wie beispielsweise die Reduktion von Zwang, die Adhärenz, die Patientenzufriedenheit und die Beurteilung des therapeutischen Bündnisses (11-15, 71, 72, 74, 75, 134). Die größten Erfolge konnten dabei in der Verbesserung des therapeutischen Bündnisses gemessen werden. Gleichzeitig konnte nachgewiesen werden, dass

Vorausverfügungen auf allen Prozessstufen der Intervention (vom Abschluss bis zur konkreten Anwendung) Potentiale bieten (8).

5.2.1 Strukturelle Verbesserungen der ärztlichen Tätigkeit

Eine wichtige neue Erkenntnis aus der Interviewstudie besteht in der Bedeutung, die der BV von den befragten Psychiatern für die eigene Arbeit beigemessen wird. So betonten die Psychiater eine strukturelle Verbesserung der ärztlichen Tätigkeit durch eine BV. Die Ergebnisse deuten insoweit darauf hin, dass mit einer BV etwaigen strukturbedingten Defiziten bei der Behandlung von Patienten in akuten Krisen begegnet werden könnte. Diese Chance der BV wurde von der bisherigen Forschung allenfalls beiläufig beachtet.

So bietet die BV aus Sicht der befragten Psychiater den grundlegenden Vorteil der **Informations- und Erfahrungsdokumentation** sowie die Chance, ein **kontinuierliches Behandlungskonzept** durch die Vorausplanung zu ermöglichen, welches in der Praxis offenbar nicht immer vorliegt (Chancen K2.1, K2.2). Die BV könnte demzufolge ein Instrument sein, um vorhandene Lücken einer patientenorientierten Behandlungskontinuität in psychiatrischen Kliniken zu schließen und damit integraler Bestandteil eines Behandlungsplanes sein. Eine BV eröffnet so möglicherweise das Potential durch gesammelte retro- und prospektive Informationen eine individuelle Therapie zu jedem Zeitpunkt der Behandlung und unabhängig von wechselnden Behandlern zu gewährleisten. Infolge dessen könnte die Behandlungsqualität gesteigert werden. Dass dieser Erfolg einer höheren Behandlungsqualität mit einer Vorausverfügung tatsächlich zutrifft, wird bereits durch Erfahrungswerte aus Studien gestützt (12, 67) und wurde darüber hinaus mehrfach beschrieben (46, 81, 122, 130, 140).

Weiterhin scheint aus ärztlicher Sicht das Thema Sicherheit beziehungsweise Unsicherheit eine zentrale Rolle in der Behandlung in Krisensituationen darzustellen (Chancen K3.1–3.2, K3.8). Auch hier deuten sich womöglich Defizite in der klinischen Versorgung an. Demgemäß sahen die Interviewpartner mit der BV die Chance, sowohl die eigene **Rechtssicherheit** als auch die **therapeutische Sicherheit** für den Arzt wie den Patienten zu steigern (Chancen K3.1–3.2). Worauf lässt sich jedoch das Gefühl der Unsicherheit und das Sicherheitsbedürfnis der Behandler zurückführen? Unsicherheiten erwachsen bei der näheren Betrachtung der psychiatrischen Behandlung aus einem für die ärztliche Tätigkeit ungewöhnlichen und bemerkenswerten Spannungsverhältnis zwischen dem Willen des Patienten, dem therapeutischen und dem gesellschaftlichen Auftrag des Psychiaters. Dieses Spannungsverhältnis spitzt sich insbesondere bei akut psychotischen Patienten zu. Hier werden Behandler oftmals mit einer „doppelten Botschaft“ konfrontiert: Auf der einen Seite signalisieren Betroffene dem Arzt das Bedürfnis nach Hilfe und Unterstützung. Auf der anderen Seite lehnen sie die Krankheit sowie einen damit einhergehenden Klinikaufenthalt und eine Behandlung ab (141). Das Fürsorgeprinzip und das Prinzip des Respekts vor der Patientenautonomie können in diesen häufigen klinischen Fällen in Konflikt geraten, den das Behandlungsteam letztlich in der Akutsituation und damit oftmals durch eine rasche Entscheidung lösen

muss. Gleichzeitig übernimmt der stationär tätige Psychiater eine für den Arzt außergewöhnliche gesellschaftliche Doppelrolle, die folgendes Dilemma mit sich bringt: Einerseits verpflichtet sich der Arzt dem Schutz und der Wiederherstellung der Gesundheit des Patienten, auf der anderen Seite nimmt er zugleich eine ordnungspolitische Funktion im Sinne der Sicherheit für Dritte und damit für die Allgemeinheit wahr (37).

Die Identifikation und Abwägung dieser etwaigen widerstreitenden moralischen Verpflichtungen stellt eine komplexe Herausforderung dar, auf die das klinische Personal weder im Rahmen der Weiter- noch der Fortbildung adäquat vorbereitet wird (117). So scheinen zur Stärkung des moralischen Urteilsvermögens für diese widersprüchlichen Konfliktsituationen nur vereinzelte klinische Unterstützungsangebote zu existieren. Einen Eingang in die ärztliche Weiterbildungsordnung haben derartige Inhalte jedoch bisher nicht gefunden. Hier ist eindeutiger Handlungsbedarf gegeben (117).

Unter diesen Rahmenbedingungen liegt der Schluss nahe, dass eine BV auf die vielschichtigen Anforderungen der Akutsituation vorbereitend wirken kann, indem gemeinsam mit dem Patienten unterschiedliche Szenarien und Handlungsmöglichkeiten besprochen werden und das zukünftige Vorgehen vereinbart wird. Die BV kann so auf den ersten Blick in Form eines praktischen Leitfadens für Akutsituationen therapeutische und rechtliche Unsicherheiten lindern. Auf den zweiten Blick ist dies jedoch nur bedingt der Fall, da die notwendigen Abwägungen und Entscheidungen für die Akutsituation letztlich nur auf einen früheren Zeitpunkt vorgezogen werden, wenn dieser auch deutlich günstiger sein mag. Daher ist dennoch eine adäquate Vorbereitung des klinischen Personals auf die anstehenden Entscheidungsprozesse nötig. Denn gerade für ein angemessenes Beratungsgespräch im Rahmen der BV und weiterhin für eine entsprechende Abwägung der jeweiligen Handlungsalternativen in der jeweiligen Krisensituation ist neben dem medizinischen Wissen das Wissen um den rechtlichen wie auch medizinethisch gebotenen Rahmen unabdingbar. Eine entscheidende Voraussetzung dafür, dass BVen somit rechtliche und therapeutische Unsicherheiten in der Akutsituation lindern können, ist also nach wie vor die intensivere Auseinandersetzung mit entsprechenden rechtlichen wie auch medizinethischen Fragestellungen im Rahmen der klinischen Weiter- und Fortbildung.

Auf dieser Grundlage einer adäquaten Vorbereitung des klinischen Personals auf widerstreitende Verpflichtungen in Krisensituationen kann eine BV als Instrument dann final große Erleichterung für das Personal bringen. Eine solche geht also nicht per se mit dem Instrument einher, sondern setzt eine adäquate Vorbereitung für den Abschluss und für die Anwendung von BVen voraus. In Situationen der Einwilligungsunfähigkeit kann dann bei bestehender BV die solcherart antizipierte Einwilligung (vorausverfügter Wille) Unsicherheiten im therapeutischen Vorgehen mildern. Gleichzeitig kann die Rechtssicherheit durch eine zu beachtende Vereinbarung erhöht werden. Dies kann dem klinischen Personal besonders dann deutliche Entlastung bringen, wenn der Patient womöglich Abwehrreaktionen gegen die Behandlung und gegen das Personal zeigt (geäußerter natürlicher Wille).

Als Chance der BV nannten einige Interviewpartner auch die **verbesserte Abstimmung im Team durch eine gemeinsame Orientierung an der BV** (Chancen K3.11). Die BV könne so eine Direktive für die Behandlung in der Akutsituation darstellen, die sowohl für ärztliche Kollegen als auch für das Pflegepersonal maßgeblich sei. In diesem Zusammenhang deuten sich divergente Ansichten und Zielsetzungen sowie eine unzureichende Abstimmung der Akteure in der klinischen Versorgung an. Hierauf werde ich in der Diskussion der Hürden für die Realisierung nochmals Bezug nehmen (Kapitel „5.4.1 Unterschiedliche Interessen und Zielsetzungen der Stakeholder“). Wie bereits angemerkt wurde (Kapitel „5.1.4 Klinische Rahmenbedingungen der BV“), erscheint es jedoch nicht sinnvoll, die BV als Instrument zu betrachten, das Konflikte im Behandlungsteam in einer Akutsituation lösen soll. Vielmehr sollte die BV bereits zu einem früheren Zeitpunkt alle an der Behandlung beteiligten Akteure einbeziehen (125). Hierzu zählt explizit auch das Pflegepersonal. Die Bindung in der Krisensituation ergibt sich dann auch aus einer antizipierten Einwilligung aller Beteiligten und nicht lediglich aus der formalen Verbindlichkeit des Instrumentes, wobei selbstverständlich auch diese ihre klaren Vorteile für die Wahrung des Patientenwillens hat. Mit der Grundhaltung der Selbstverpflichtung, im Sinne eines Commitments aller Beteiligten, erscheint es jedoch deutlich wahrscheinlicher, Anhänger für das Instrument zu gewinnen und somit auch die letzte Einhaltung in der Akutsituation zu wahren.

Als weitere Potentiale der BV sahen Interviewpartner eine **mittelfristige Aufwandsersparnis in der ärztlichen Tätigkeit** und die **Unterstützung ökonomischer Ziele der Klinik**, vorwiegend im Sinne der Effizienzsteigerung und Ressourcenoptimierung, indem Krisensituationen schneller, reibungsloser und effektiver zu bewältigen sind (Chancen K3.3–3.4). Auch aus genereller medizinischer und ethischer Perspektive sind unter der Rahmenbedingung der Ressourcenbegrenzung Effizienzsteigerungen geboten, da hier in gewissem Rahmen „ökonomische und medizin-ethische Rationalität konvergieren“ (142). So kann im konkreten Beispiel die Chance einer Aufwandsersparnis mit dem medizinethischen Prinzip der Fürsorge und des Nichtschadens zusammenfallen (142), indem mittels des zusätzlichen Wissens durch eine BV eine schnellere, patientenzentrierte Deeskalation der Krisensituation ermöglicht wird (9, 143). Diese ökonomischen Aspekte scheinen besonders bedeutsam, wenn beachtet wird, dass gerade die Schizophrenie als „die teuerste psychiatrische Erkrankung in Deutschland“ angenommen wird (144). Eine bestmögliche Versorgung von schizophren Erkrankten, die zu den häufigsten Patientengruppen mit Vorausverfügungen zählen (9, 46, 77, 130, 140, 145, 146), ist demnach auch nach dem medizinethischen Prinzip der Gerechtigkeit gegenüber anderen Patienten und der Gesellschaft erstrebenswert. Werden nun die empirischen Ergebnisse betrachtet, so weisen einige Studien auf ökonomische Vorteile einer Vorausverfügung durch Kostenersparnis vorwiegend im Rahmen einer höheren Effektivität in der psychiatrischen Versorgung hin (14, 15, 74), während eine aktuellere Studie aus Großbritannien diese widerlegt (71). Hier muss jedoch angemerkt werden, dass diese Studie BVen eigens für Patienten mit emotional instabiler Persönlichkeitsstörung untersucht hat (71). Auch wenn so die Mehrzahl der Studien auf eine Effektivitätssteigerung und Kostenersparnis durch BVen hindeuten, so bleibt kritisch betrachtet dennoch die Frage offen, inwieweit der Patientenwille durch Ärzte und Kliniken sowie im weiteren

Sinne durch das Gesundheitssystem Berücksichtigung finden wird, wenn dieser eine kostenintensivere Versorgung des Patienten bedingt, so beispielsweise, wenn durch eine Vorausverfügung eine teurere Behandlung gefordert wird (66), ein möglicher längerer Klinikaufenthalt durch spezifische Therapieablehnungen ansteht oder gar eine Versorgungssituation unter kompletter Therapieablehnung droht (147). Für diese kritischen Versorgungssituationen besteht weiterhin Diskussions- und Klärungsbedarf.

Der ökonomische Blickwinkel stellt sich daher als Medaille mit zwei Seiten dar. Während er in den Fällen der perspektivischen Aufwandsersparnis einen Anreiz für die Umsetzung einer BV darstellt, zeigt sich in Fällen der Aufwandssteigerung womöglich genau das Gegenteil. So muss neben den ökonomischen Vorteilen daher auch beachtet werden, dass zugleich die Gefahr besteht, dass die Ökonomisierung der psychiatrischen Versorgung zum Hindernis für die Umsetzung von BVen werden kann. Hierauf weisen auch die Interviewpartner der vorliegenden Studie hin. So werden Ärzte durch den steigenden ökonomischen Druck, vor allem durch pauschalierte Vergütungssysteme, unterschwellig dazu angeleitet, neben dem Patienten stets die Bilanz im Blick zu behalten, wodurch die Arzt-Patienten-Beziehung und eine patientenzentrierte Medizin schrittweise an Bedeutung verlieren können (148). Gerade schwer Erkrankte, und damit womöglich auch sogenannte psychiatrieerfahrene Patienten, mit hohem Versorgungsaufwand geraten dabei in den Fokus der Optimierung, um die Zahl der Aufenthalte zu reduzieren und schnellere Entlassungen zu bewirken (148). In einem auf Kostenoptimierung ausgerichteten Versorgungssystem erscheint es nur nahe liegend, nach Mitteln und Instrumenten zu suchen, die diesen Kostenoptimierungsprozess begleiten können. Dies muss daher kritisch betrachtet werden, falls BVen vorwiegend als Instrument wahrgenommen werden, um Aufwand zu reduzieren und Prozesse zu verschlanken, indem eine antizipierte Einwilligung des Patienten in eine Aufwand verringernde Versorgung forciert wird. Das Ziel der Vertrauensbildung und des verbesserten therapeutischen Bündnisses in der Arzt-Patienten-Beziehung sowie auch die Förderung der Selbstbestimmung würden damit in erhebliche Gefahr geraten. Diese stillschweigende Form der „impliziten Leistungsbegrenzung“ unter Zuhilfenahme von Vorausverfügungen ist aus ethischer Perspektive bedenklich (149). Ein anzustrebendes Ziel wäre vielmehr, die BV als operationalisierten Baustein eines wertorientierten Klinikmanagements zu sehen, der den normativen Vorgaben der Klinik, im Sinne einer patientenzentrierten Behandlung, Ausdruck verleiht (150). Die Aufwandsreduktion ist dann nur eine logisch denkbare Konsequenz einer vertrauensvolleren therapeutischen Beziehung, die mittelfristig eine reibungslosere und damit effektivere Behandlung ermöglicht.

5.2.2 Förderung der Entstigmatisierung der psychiatrischen Kliniken und der Psychiater

Neben den Chancen zu einer strukturellen Verbesserung der ärztlichen Tätigkeit ergab die Analyse der Ergebnisse noch einen weiteren Aspekt, der von der Forschung bisher kaum beachtet wurde. So sahen die Interviewteilnehmer mittels der BV die Chance, die **Grundhaltung einer Patientenorientierung**

intern gegenüber Patienten wie auch Beschäftigten zu kommunizieren und im weiteren Sinne das **Stigma der psychiatrischen Behandlung** zu reduzieren, sowie **Vorbehalte gegenüber Psychiatern bei Patienten und in der Öffentlichkeit abzubauen** (Chancen K2.11–2.12). Überraschend an diesen neuen Ergebnissen ist, dass das Stigma der psychiatrischen Behandlung nicht vornehmlich auf die Stigmatisierung der Patienten bezogen wurde. Vielmehr standen die Wahrnehmung der psychiatrischen Klinik und die Stigmatisierung der Psychiater im Vordergrund. Es scheint demnach ein Bedürfnis der befragten Psychiater zu geben, Einfluss auf das Rollenbild des Behandlers sowohl bei Patienten als auch in der Öffentlichkeit zu nehmen. In diesem Zusammenhang lässt sich anmerken, dass das Stigma psychiatrischer Erkrankung zwar in besonderem Maße Patienten betrifft (151), dies aber eben auch auf Angehörigen, Bekannten sowie auf den Beschäftigten psychiatrischer Institutionen lastet (152). Die Erwartung der befragten Psychiater, mittels einer BV zum Abbau des Stigmas der psychiatrischen Behandlung beitragen zu können, ist wie die Forschung belegt durchaus Erfolg versprechend. So zeigt die Forschungsliteratur auf, dass die Stigmatisierung auch in hohem Maße vom Fachpersonal selbst beeinflusst wird (153-157). Eine BV scheint als strukturelle Maßnahme daher ein äußerst plausibles Instrument zu sein, um einer mit der Behandlung verbundenen Stigmatisierung entgegen zu wirken, indem sowohl der offene Dialog als auch die Selbstbestimmung des Patienten aktiv gefördert werden. So kann die BV als Instrument in praktischer Weise einen Beitrag dazu leisten, das mit der psychiatrischen (Zwangs-)Behandlung assoziierte Stigma zu reduzieren.

5.2.3 Förderung des therapeutischen Bündnisses

Aus den Ergebnissen der Interviewstudie geht hervor, dass sich die befragten Psychiater als bedeutende Chance der BV eine verbesserte Arzt-Patienten-Beziehung durch die steigende Partizipation der Patienten erhoffen (Chancen K2.7). Ganz in diesem Sinne zeigen die vorliegenden Ergebnisse der Fragebogenstudie, dass die insgesamt positivsten Erfahrungen der Kliniken mit einer BV in der therapeutischen Kooperation bestehen („eher positiv“: 67 %, 8/12). In Übereinstimmung mit dieser Studie belegen auch die bisherigen Forschungsarbeiten die nachweislich größten und zumeist unstrittigen Erfolge von Vorausplanungsinstrumenten in der **Stärkung des therapeutischen Bündnisses** (7, 9, 12, 66, 70, 71, 81, 137, 158, 159). Dass ein starkes therapeutisches Bündnis jedoch nicht lediglich ein positiver Nebeneffekt ist, zeigen wissenschaftliche Erkenntnisse. Hierin wird belegt, dass gerade das Bündnis an sich einen entscheidenden Erfolgsfaktor für eine gute psychiatrische Versorgung darstellt. Ein gutes therapeutisches Bündnis trägt so nachgewiesenermaßen zu besseren Behandlungsergebnissen und zu einem insgesamt höheren psychosozialen Funktionsniveau der Patienten bei (160).

Die BV kann darüber hinaus noch weitere messbar positive Auswirkungen vorweisen, die die Psychiater in der Interviewstudie hervorheben. Hierzu gehört die von den Interviewpartnern erwähnte steigende Patientenzufriedenheit (Chancen K2.9) und die steigende Adhärenz (Chancen K2.10).

Eine **steigende Patientenzufriedenheit** (Chancen K2.9) durch die Behandlungsvorausplanung wurde bereits in der bisherigen Forschung beschrieben (122, 158) und durch Swanson und Kollegen in einer Interventionsstudie belegt (12). Die Patientenzufriedenheit stieg dabei in besonderem Maße an, wenn eine Unterstützung und Begleitung des Abschlusses vorlag (12). Hierzu sind zwei möglicherweise gleichermaßen zutreffende Erklärungen plausibel: Erstens wird die höhere Behandlungszufriedenheit dadurch erreicht, dass Patienten ihre Behandlungspräferenzen durch die professionelle Unterstützung in einer Art und Weise differenzieren und festhalten können, wie sie für die Behandler in der Krise nutzbar und dadurch umsetzbar sind (12). Zweitens kann aber auch bereits die intensivere Kommunikation über die Wünsche des Patienten und der damit einhergehende Wissens- und Erfahrungsaustausch entscheidend zu einer steigenden Patientenzufriedenheit beitragen. Diese Annahme wird durch eine Studie bekräftigt, die nachweist, dass psychiatrische Patienten dem Austausch im Rahmen einer BV nachgewiesenermaßen per se einen sehr hohen Stellenwert beimessen (9). Die Forschung bestätigt demgemäß auch, dass Patienten im Rahmen der BV keine grundsätzliche Ablehnung der Therapie oder einen Alleingang in der Festlegung der präferierten Behandlung forcieren, wie von Ärzten oft vermutet wird (79). Vielmehr konnte in Studien nachgewiesen werden, dass die große Mehrheit der Betroffenen mehr Transparenz und gleichzeitig Unterstützung wünscht, um eine kontinuierliche gute Behandlung zu erhalten, die der Arzt empfiehlt und die er für die beste Therapie erachtet (130, 140).

Auch die von den Interviewpartnern erhoffte **steigende Adhärenz/Compliance**²² (Chancen K2.10) wurde in der Forschungsliteratur bereits beschrieben (46, 138) und darüber hinaus in empirischen Studien belegt (9, 67, 74). Dieses Potential der BV ist besonders bedeutsam, da laut der Gesundheitsberichterstattung des Bundes eine mangelnde Adhärenz in der psychiatrischen Behandlung „in bis zu 50 % der Fälle [...] für einen unbefriedigenden oder ausbleibenden Therapieerfolg mitverantwortlich“ ist (152). Laut einer US-amerikanischen Studie kann diesem Problem anhand der Partizipation der Patienten mittels psychiatrischer Vorausverfügungen sehr gezielt entgegengewirkt werden. So zeigen die Ergebnisse dieser Forschungsarbeit, dass konkrete Medikamentenangaben in einer Vorausverfügung die Bereitschaft der Patienten zur Medikation signifikant auch in Nicht-Krisen-Zeiten erhöhen (67). Wie die Forschung darüber hinaus nahe legt, ist neben der Partizipation der Patienten auch eine gelungene Arzt-Patienten-Interaktion ein entscheidender Erfolgsfaktor für die Adhärenz. So konnten empirische Studien nachweisen, dass den Unregelmäßigkeiten in der Therapie vermehrt Probleme in der therapeutischen Beziehung vorausgehen (152, 161). Demnach bieten BVen zusammenfassend das Potential, durch zwei wesentliche Mechanismen positiven Einfluss auf die Adhärenz zu nehmen: erstens durch die Stärkung der Partizipation der Patienten (67) und zweitens durch eine nachgewiesenermaßen verbesserte Arzt-Patienten-Beziehung (7, 12, 71). Auf diese Weise kann die BV dazu beitragen, die Adhärenz zu fördern und folglich positive Effekte auf den Erkrankungsverlauf bewirken.

²² Während Compliance (im Sinne einer „einseitige[n] Regelkonformität des Patienten“) (151) ein tradierter klinischer Begriff ist, der aus einem paternalistischen Arztverständnis entstand, wird dieser Terminus zunehmend durch das von der WHO im Jahr 2003 definierte Adhärenzkonzept abgelöst, in dem der Patient als aktiver, gleichberechtigter Partner bei der gemeinsamen Erstellung von Therapiezielen betrachtet wird (112).

5.2.4 Verbesserte psychiatrische Versorgung

Neben den mittelbaren Effekten auf den Behandlungserfolg sahen die befragten Psychiater auch Chancen darin, einen möglichen unmittelbaren Einfluss auf Behandlungsentscheidungen des Patienten nehmen zu können. Die BV wurde so als hilfreiches Instrument gesehen, um **Patienten durch die Gesprächsführung zu einer aus ärztlicher Sicht sinnvollen Behandlung zu lenken** (Chancen K2.3). Wird dieses genannte Potential der BV näher beleuchtet und im Zusammenhang mit dem zuvor erwähnten therapeutischen Bündnis und dem damit verbundenen Vertrauen des Patienten in den Arzt betrachtet, so wird die hohe Verantwortung des Behandlers in der Arzt-Patienten-Beziehung deutlich. Überdies muss berücksichtigt werden, dass die Arzt-Patienten-Interaktion per se unausweichlich von „Asymmetrie“ geprägt ist. Der Patient als Kranker, möglicherweise als „Hilfesuchender“ begegnet dem Arzt als Gesundem, Helfendem, der nach Möglichkeit Einfluss auf den Genesungsprozess nehmen kann (162). Eine hieraus entstehende ärztliche Macht liegt sowohl in der Durchführung als auch in der Hinführung zur Behandlung, indem der Arzt entscheidet, welches Wissen und welche Beratung er dem Patienten zukommen lässt.

Einerseits kann der Arzt somit autonome Entscheidungen fördern, indem er einen Verstehenskonsens herstellt und den Patienten auf einer adäquaten Informationsgrundlage zu einer selbstbestimmten Entscheidung begleitet. Andererseits kann er den Patienten durch eine selektive Informationsauswahl oder gar aktive Beeinflussung zu einer aus ärztlicher Sicht gewünschten Behandlung leiten. Im zweitgenannten Fall birgt die BV folglich das Risiko bewusster oder unbewusster Instrumentalisierung. Es stellt sich folglich die Frage, was die Behandler unter einer verbesserten psychiatrischen Versorgung verstehen und worin das Ziel der angestrebten Behandlung liegt. Hier deuten sich Hürden für das Instrument an, die an einer anderen Stelle der Arbeit diskutiert werden (Kapitel „5.4.2.2 Fürsorge und Paternalismus in der Psychiatrie“). Die DGPPN betont in ihrer ethischen Stellungnahme zur Selbstbestimmung und Anwendung von Zwang bei der Behandlung psychisch kranker Menschen: „Die Grenzen zwischen einem ethisch zu rechtfertigenden Überzeugungsversuch, Überredung und einer abzulehnenden Manipulation sind unscharf.“ (117) Ärzte sollten sich daher dieser Formen der Einflussnahme und der Grenze zu implizitem Zwang bewusst sein, da die BV anderenfalls als Werkzeug zur Überredung oder Manipulation im Sinne einer „subtile[n] Macht in liberalem Kostüm“ missbraucht werden könnte (163). Werden BVen folglich ohne die ernsthafte Absicht der Stärkung der Selbstbestimmung des Patienten abgeschlossen, so kann die ursprünglich angestrebte Patientenautonomie sogar beschnitten werden.

Wird die BV jedoch nicht mehr aus dem Blickwinkel des Beratungsgespräches, sondern aus der konkreten Krisensituation betrachtet, so erhoffen sich die Interviewpartner einen **präventiven Effekt durch die Vorhersehbarkeit der Behandlungssituation** (Chancen K3.9). Weiterhin wurde eine **schnellere Deeskalation und eine Therapieförderung** durch die BV vermutet, wodurch aus Sicht der Interviewpartner eine **verkürzte Rekonvaleszenz** resultieren könnte (Chancen K3.10). Diese Einschätzungen werden von mehreren Studien bestätigt, die durch Vorausplanungen eine Krisenprävention und eine

Senkung der Schwelle für stationäre Aufenthalte beschreiben (46, 74, 81). Ist das Vorgehen in der Akutsituation für den Betroffenen planbar und damit vorher- oder zumindest nachvollziehbar, so wird der Patient, wie in der Literatur angenommen wird, womöglich eher gewillt sein, auf Frühwarnzeichen zu reagieren und die Klinik aufzusuchen, als wenn ihn eine Situation der Ungewissheit erwartet (164). In einer dreijährigen wissenschaftlichen Begleitstudie zur Einführung einer BV konnten Patienten genau dies bestätigen und beschreiben, dass das Gefühl der Teilhabe an der Therapiegestaltung das (frühzeitige) Aufsuchen der Behandlung erleichtere (9).

5.2.5 Steigerung der Mit-/Selbstbestimmung

Ein grundlegender Aspekt der BV ist die Stärkung der Selbstbestimmung der Betroffenen (8). Besonders Patienten messen diesem Aspekt große Bedeutung zu. So betonen psychiatrische Patienten, dass ein „höheres Maß an Selbstbestimmung“ und ein „gleichberechtigteres Verhältnis zum Personal“ die wichtigsten Beweggründe für den Abschluss einer Vorausverfügung darstellen (9, siehe auch: 159, 165). Es ist daher bemerkenswert, dass ausgerechnet der angestrebte Grad an Selbstbestimmung des Patienten als Einzige der genannten Chancen durchaus kontrovers von den Interviewteilnehmern diskutiert wird, wohingegen die Mehrzahl der Chancen kaum widersprüchliche Ansichten aufweist. Während knapp die Hälfte der befragten Psychiater angab, die **Wahrung des Selbstbestimmungsrechtes** zu intendieren und als Chance zu sehen (Chancen K3.8), wurde von den meisten Interviewpartnern zumindest die **Wertschätzung des Patienten durch das Mitbestimmungsrecht** betont (Chancen K2.6). Andererseits wurde aber auch eine Chance darin gesehen, den Patienten zu einer aus ärztlicher Sicht sinnvollen Behandlung zu lenken (Chancen K2.3). Die Interviewstudie lässt somit auf ein bisher wenig diskutiertes Problem der unterschiedlichen Graduierung in der angestrebten Selbstbestimmung mittels einer Vorausverfügung schließen. Die Ergebnisse deuten darauf hin, dass das zugesprochene Selbstbestimmungsrecht in der klinischen Praxis sowohl interpersonell (behandlerspezifisch) als auch situativ (situationsspezifisch) in der klinischen Versorgung deutlich variiert. So weisen die Ergebnisse beispielsweise auf eine Graduierung in Abhängigkeit von dem angenommenen Maß an persistierender krankheitsbedingter Einschränkung des Patienten hin (Hindernisse K7). Die Selbstbestimmung des Patienten ist daher aus Sicht einiger Interviewpartner kein per se anzustrebendes Ziel der Behandlung, sondern vielmehr im Rahmen des situationsspezifischen Kontexts des Patienten mehr oder weniger zu befürworten.

Die eher konservative Haltung der Interviewpartner steht daher in einem gewissen Spannungsverhältnis zur Forschungsliteratur, die mehrheitlich sehr liberale Ansichten vertritt und die Steigerung der Patientenautonomie als primäres Ziel und zugrunde liegendes theoretisches Konzept einer psychiatrischen Vorausplanung betrachtet (8). Gleichzeitig zeigen sich ungeachtet der überwiegenden Übereinstimmung innerhalb der Forschungsliteratur bezüglich der anzustrebenden Steigerung der Patientenrechte Unschärfen in der Diskussion. So werden im Rahmen des Diskurses unterschiedliche Begrifflichkeiten

(Mitbestimmung, Selbstbestimmung, Autonomie) verwendet und eine Differenzierung dieser Ideen im Diskurs über die Vorausplanung zumeist nicht berücksichtigt (166). Für die angenommenen Rechte des Patienten in der psychiatrischen Versorgung ist diese Differenzierung jedoch bedeutsam (166). Eine vertiefende Diskussion über den anzustrebenden Grad an Selbstbestimmung mit Vorausverfügungen, wie der BV, in der psychiatrischen Praxis ist daher wünschenswert. Gleichzeitig besteht Klärungsbedarf dahingehend, wie die Selbstbestimmung im Rahmen des Abschlussprozesses einer Vorausverfügung bestmöglich gewährleistet werden kann.

Außerdem liegen bereits vor Abschluss einer BV in der Praxis grundlegende Herausforderungen vor, die hierfür notwendige Selbstbestimmungsfähigkeit des Patienten individuell und möglichst objektiv nachvollziehbar zu erfassen. Dies ist entscheidend, da der normative Begriff der Selbstbestimmungsfähigkeit dem Patienten bei Vorliegen das Recht auf Schutz vor Fremdbestimmung aber im Falle der Abwesenheit auch das Recht auf angemessene Fürsorge bietet. Die Selbstbestimmungsfähigkeit bedingt nach Appelbaum und Kollegen folgende Kriterien: Die Fähigkeit zum „Informationsverständnis“, zum „Urteilsvermögen“, zur „Einsichtsfähigkeit“ und zum „Treffen und Äußern einer Entscheidung“ (20). Problematisch bei der vorliegenden Definition ist allerdings, dass diese Fähigkeiten in gradueller Ausprägung und teils fluktuierend vorliegen und dass es weiterhin keine einheitlichen Methoden zur Feststellung der Selbstbestimmungsfähigkeit in der klinischen Versorgung gibt (117). Die auch aus rechtlicher Sicht notwendige kategoriale Einschätzung (dichotome Einschätzung: Einwilligungsfähigkeit oder Einwilligungsunfähigkeit) des Patienten durch den Psychiater für eine spezifische Behandlungsentscheidung bleibt damit interpersonell (behandlerspezifisch) und situativ (situationsspezifisch) auslegbar.

Dieses Problem wirft somit mehrere Fragen im Zusammenhang mit der BV auf: Erstens, ob ein Patient im Laufe des Klinikaufenthalts fähig ist, selbstbestimmte Entscheidungen im Rahmen der BV zu treffen, und wenn ja in welcher Tragweite. Und zweitens, ob eine BV in einer konkreten Krisensituation auf Grund von Einwilligungsunfähigkeit angewandt werden soll oder ob bei Vorliegen der Einwilligungsfähigkeit die BV dem aktuellen Willen unterliegt. Es besteht daher auch Diskussion- und Forschungsbedarf darüber, wie die Feststellung der Selbstbestimmungsfähigkeit in der psychiatrischen Versorgung möglichst intersubjektiv nachvollziehbar und transparent zu gestalten ist.

In diesem Kontext stellt sich die grundsätzliche Frage, ob eine BV ein geeignetes Instrument zur Wahrung der Selbstbestimmung ist, und in wieweit ein professionell begleiteter Abschluss einer Vorausverfügung zur Wahrung der Selbstbestimmung beiträgt. Wird die aktuelle Forschung betrachtet, so konnte nicht nachgewiesen werden, dass eine bestimmte Form der Behandlungsvorausplanung zur Förderung der Selbstbestimmung von psychiatrischen Patienten per se überlegen ist (8). Die BV bietet jedoch entscheidende Vorteile dahingehend, dass Unsicherheitsfaktoren in Bezug auf die Verbindlichkeit der Vorausverfügung in der vorgesehenen Akutsituation, gegenüber etwa einer PPV, deutlich verringert werden. Denn im Falle einer BV kann beispielsweise die festgestellte Selbstbestimmungsfähigkeit durch das grundsätzlich vorhandene Beratungsgespräch bei Abschluss festgehalten werden. Weiterhin wird

auch das Risiko verringert, dass Entscheidungen auf einer mangelnden Informationslage oder auf Grund von Fehlannahmen getroffen werden und dadurch Schwierigkeiten bei der letztlichen Umsetzung entstehen. So kann beispielsweise das Wissen über den Sachverhalt, dass bei Eigen-/Fremdgefährdung eine Unterbringung sowie gegebenenfalls auch Zwangsmaßnahmen nicht ausgeschlossen werden können, wichtig für die Festlegung der Versorgungswünsche sein. Weiterhin kann durch den Vereinbarungsprozess die relationale Ebene der Autonomie (167) im Sinne einer verbesserten Arzt-Patienten-Beziehung (7, 9, 12, 66, 70, 71, 81, 137, 158, 159) gestärkt werden. BVen erscheinen unter Berücksichtigung aller dieser Aspekte ein besonders geeignetes Instrument zur Förderung der Selbstbestimmung zu sein, da sie bestmögliche Voraussetzungen dafür schaffen, dass die Vorausverfügung in der Krisensituation tatsächlich zur Anwendung kommt. Damit ist die BV aus medizinethischer Perspektive letztlich am ehesten der Wahrung der Autonomie in der Akutsituation und damit dem „Prinzip des Respekts vor der Autonomie“ (25) zuträglich.

In diesem Sinne sahen einige der Interviewpartner mittels einer BV die **Chance, Zwang zu vermeiden** (Chancen K3.13). Während dies hingegen Klinikleiter in der vorliegenden Fragebogenstudie tendenziell bezweifelten, belegt auch die bisherige Forschung mehrheitlich die Reduktion von Zwang durch Vorausplanungsinstrumente. Dabei konnten weniger Zwangsunterbringungen (11, 13, 15, 74), -maßnahmen (z. B. Isolierung, Fixierung) (11) und -behandlungen (15) nachgewiesen werden. Die Studien deuten in diesem Zusammenhang auf eine Überlegenheit von Instrumenten mit einem unterstützenden Beratungsgespräch hin, wie dies bei BVen oder mit qualifizierter Gesprächsbegleitung erstellten PPVen der Fall ist (11, 13, 15, 73). Gleichzeitig liegen aber auch Forschungsergebnisse vor, die die Reduktion von Zwang, wie Zwangsunterbringungen (72, 75, 134), und eine Verringerung des subjektiv durch Patienten wahrgenommenen Zwangs widerlegen (72). Mögliche Erklärungsansätze für die widersprüchlichen Ergebnisse und den mangelnden Erfolg wurden in einer ungenügenden Implementierung und Integration der BV in das Versorgungssystem (71) und in einem geringen Engagement der Behandler für die Intervention gesehen (72). Verschiedene Studien und Stellungnahmen zeigen zudem, dass die Anwendung von Zwang womöglich weit mehr von institutionellen Bedingungen und der Klinikkultur beeinflusst wird als vom Krankheitszustand des Patienten (22, 23, 168). Dies deutet darauf hin, dass neben der Implementierung in das klinische Versorgungssystem auch die bestehenden innerklinischen Bedingungen Einfluss darauf nehmen, ob Vorausverfügungen helfen, Zwang zu reduzieren oder nicht. Demnach besteht dringender konzeptioneller Handlungsbedarf von Seiten der Kliniken, um den betreuungsrechtlichen Vorgaben, Zwang nur als Ultima Ratio anzuwenden, gerecht zu werden.

Beachtlich erscheint in diesem Zusammenhang der Hinweis von Ullrich Meise und Beatrice Frajo-Apor, dass psychiatrischer Zwang nicht im Fokus der Forschung stehe, womit sie auch die Vernachlässigung der „subjektive[n] Seite von Zwang“ bemängeln (169). Bisher liegt eine relativ geringe Anzahl an Forschungsergebnissen dazu vor, wie Patienten den therapeutischen Zwang erleben. Häufig werden die Erfahrungen aber als „traumatisierendes und stigmatisierendes Ereignis“ (169) beschrieben (siehe

auch: 2, 3, 170), auch wenn im Rahmen einer Studie durch die Mehrzahl der Patienten angegeben wurde, dass die grundsätzliche Behandlung den individuellen Bedürfnissen entsprach (170). Entscheidend für das subjektive Erleben der Aufnahmesituation ist laut Forschungsergebnissen vorwiegend die Atmosphäre, das Verhalten des Fachpersonals und die Einbeziehung der Patienten in das therapeutische Vorgehen (170). Die Ausübung von Zwang an sich spielte nach Aussagen von Patienten keine vorrangige Rolle (171). Als wesentliche Kriterien für das „Gefühl der zwangsweisen Behandlung“ wurden von den Patienten hingegen eine „fehlende Beteiligung an Aufnahme- und Behandlungsentscheidungen“ und ein „respektlose[r] Umgang in der Aufnahmesituation“ bewertet (170).

Aus der Zusammenschau dieser Ergebnisse werden zwei essentielle, aber bisher wenig beachtete Aspekte in der Diskussion um Zwang in Zusammenhang mit Vorausverfügungen ersichtlich. Vorwiegend wurde bislang darüber diskutiert und untersucht, ob BVen Zwang verhindern können. Mindestens ebenso wichtig erscheinen jedoch die Aspekte, unter welchen Voraussetzungen BVen Zwang verhindern können und – falls Zwang in der klinischen Versorgung dennoch angewendet wird – unter welchen Bedingungen dieser stattfindet.

Zum ersten Aspekt lässt sich sagen, dass eine Grundvoraussetzung zur Vermeidung von Zwang mittels BVen ist, dass neben der adäquaten Implementierung die innerklinischen Rahmenbedingungen und eine Stationskultur zur Vermeidung von Zwang geschaffen werden müssen. Zum zweiten Aspekt lässt sich anmerken, dass in Einzelfällen, in denen Zwang (im Sinne einer Handlung entgegen dem geäußerten natürlichen Willen) dennoch nicht vermeidbar ist, es überaus entscheidend erscheint, wie dieser in den gesamten Behandlungskontext integriert wird. Eine Zwangsmaßnahme, die durch eine antizipierte Einwilligung im Rahmen einer BV planbar, vorhersehbar und letztlich auch nachvollziehbar ist, bedeutet einen partiellen Kontrollverlust für den Patienten in der akuten Krise. Diese temporäre, in absoluten Ausnahmefällen vorliegende Ohnmacht, mit einer Nachbesprechung des Zwangs und gegebenenfalls einer anschließenden Anpassung der BV, ist womöglich weit weniger eingreifend in die Integrität und Würde des Patienten als ein zeitübergreifender Verlust der Selbstbestimmung in der Krise. Ohne eine Vorausplanung der Krise bleibt der chronisch erkrankte psychiatrische Patient in der Ungewissheit über ein mögliches Rezidiv ebenso wie über die resultierende Behandlung. Durch die Vorausplanung mit Hilfe einer BV besteht folglich die Chance, diesen Kontrollverlust zu reduzieren, indem die „temporäre Ohnmacht Teil einer zeitübergreifenden Selbstbestimmung“ wird (172).

Zusammenfassend lässt sich daher formulieren, dass Zwangsmaßnahmen Teil der Notfallbehandlung in der Psychiatrie sind und wohl in Einzelfällen unerlässlich bleiben werden. Die Reduktion auf ein absolutes Minimum ist rechtlich wie auch ethisch geboten. Strukturelle Maßnahmen zur Zwangsvermeidung und die Schaffung einer entsprechenden Kultur sind daher ebenso erforderlich wie der konsequente Aufbau einer vertrauensvollen therapeutischen Beziehung, im Rahmen derer die Selbstbefähigung der Betroffenen gefördert wird. Hierzu gehören explizit auch Konzepte der Partizipation und Antizipation,

wie beispielsweise eine standardmäßige Umsetzung und Anwendung von psychiatrischen Vorausverfügungen.

5.3 Für welche Patienten sind BVen geeignet?

Die qualitativen Ergebnisse weisen auf eine besondere Eignung für Patienten mit mehrfacher Erfahrung der eingeschränkten Willensbildung und Zwangsunterbringungen und/oder Zwangsbehandlungen hin (Chancen K1). Hierunter wurden vorwiegend Patienten mit psychotischen Erkrankungen, wie Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen, aber auch Patienten mit Bipolarer Störung, vor allem hinsichtlich manischer Phasen genannt. Als besonders hilfreiches Kriterium für die Eignung einer BV wurde die Häufigkeit der Zwangseinweisungen gesehen, vermutlich um eine Priorisierung der Patienten unter begrenzten Beratungs- und Behandlungsressourcen vornehmen zu können. Dies erscheint aus praktischen Gründen aus der ungewissen Perspektive, ob ein erstmalig aufgenommener Patient in einer potentiellen erneuten Krise wieder in derselben Klinik vorstellig werden wird, nachvollziehbar. Ein besonderes Optimierungspotential sahen die Befragten dabei vor allem in der besseren und effizienteren Versorgung der Psychiatrie-Erfahrenen mit häufigen Erkrankungsphasen und hohem Behandlungsaufwand (sogenanntes „Stammklientel“). Hier liegt definitiv eine besondere Chance der BV, durch die eine gewinnbringende Situation für alle Beteiligten geschaffen werden kann. Der Arzt und die Klinik profitieren von einer Deeskalationsstrategie für die Akutsituation unter gleichzeitiger Fürsorge für den Patienten (bessere individuelle Behandlung) (130, 173, 174), unter Schadensvermeidung (Reduktion von Zwang) (11, 13, 15, 74, 136) und unter Förderung des Patientenwillens und der Behandlungszufriedenheit (steigende Patientenzufriedenheit) (12). Gleichzeitig besteht unter dem Gesichtspunkt der Optimierung der Akutsituation aber auch die Gefahr, dass für die Vereinbarung vor allem sogenannte schwierige Patienten, beispielsweise in psychotischen Krisen, ins Blickfeld rücken, die sich zur Wehr setzen und damit durch Behandlungskonflikte in der Krise mit einem steigenden Versorgungsaufwand auffallen (148). Einher geht so jedoch die Gefahr, dass Patienten für eine Vorausplanung aus dem Fokus geraten, die sich krankheitsbedingt, beispielsweise im Rahmen einer schweren Depression, eher resignativ verhalten. Entsprechend ist aus Studien bekannt, dass psychiatrische Patienten, die eine Vorausverfügung abschließen, zu einem hohen Anteil von 70 % bis 86 % der Diagnosegruppe der schizophren, schizoaffektiv und bipolar Erkrankten angehören (9, 46, 77, 130, 140, 145, 146). Der Anteil der Patienten mit psychiatrischer Vorausverfügung und einer stationär behandelten Depression lag dabei nur bei etwa 14–26 %, wohingegen aus Patientenbefragungen bekannt ist, dass auch diese Gruppe sowie Patienten mit Suchterkrankungen ein beträchtliches Interesse zeigen (46, 77, 140).

Gerade Patienten mit Abhängigkeitserkrankungen sind bisher in der Forschung wenig in das Blickfeld für den Abschluss von BVen gerückt. Neben den Betroffenen mit psychotischen Krisen sind durchaus auch Patienten mit Rückfällen von Suchtmittelkonsum und einhergehendem Kontrollverlust, teils auch mit selbst- und/oder fremdschädigendem Verhalten, für BVen geeignet. Eine mögliche Rückfälligkeit

könnte so vorbesprochen und einem eventuellen selbst- und fremdgefährdenden Verhalten vorgebeugt werden (175).

Letztlich scheinen BVen eine Eignung für den Großteil der psychiatrischen Patienten vorzuweisen. Eine besonders hohe Relevanz besteht mit Sicherheit für psychiatrieerfahrene Patienten. Die psychiatrische Erfahrung in der Klinik ist hilfreich für eine BV, da sie dem Patienten ermöglicht, die ärztlichen Informationen mit den eigenen Erlebnissen in Verbindung zu bringen, und gleichzeitig auch den Arzt besser in die Lage versetzt, die Patientengeschichte und die individuellen Behandlungsergebnisse zu berücksichtigen. Behandlungsvorausplanungen, die auf der Basis von klinischen Erfahrung getroffen werden, scheinen nach dem aktuellen Forschungsstand die Präferenzen der Patienten zuverlässig abzubilden und gleichzeitig höchst brauchbar und umsetzbar für die Praxis zu sein (130). Ein besonderer Umfang an Erfahrung sollte jedoch keine notwendige Voraussetzung für eine BV sein. Auch der Abschluss einer (P)PV ist schließlich nicht an Erfahrungen gebunden, was gerade bei Vorausverfügungen für Situationen am Lebensende absurd erscheint. Der Abschluss einer (P)PV ist potentiell jedem Menschen zugänglich und ermöglicht, rechtsverbindliche autonome Entscheidungen zu treffen, soweit die Selbstbestimmungsfähigkeit bei Abschluss vorliegt. Mit welcher Begründung sollte es daher gerechtfertigt sein, dass die Unterstützung der Ärzte für eine BV von einer bestimmten Quantität an klinischen Erfahrungen des Patienten abhängt? Letztlich sollte die Qualität der Behandlung maßgebend für die Vorausplanung sein, da jede einzelne Erfahrung von Zwang eine Verletzung der persönlichen Integrität darstellt, die nach Möglichkeit vermieden werden sollte. Zwang muss die Ultima Ratio bleiben und sollte durch die Unterstützung der Behandler auf ein Minimum reduziert werden (28, 30, 117), was eindeutig für ein offenes und patientengruppenunabhängiges Angebot der BV spricht.

5.4 Hürden für die Realisierung einer BV

In Anbetracht der zahlreichen und bedeutsamen Chancen, die mit einer BV in Verbindung gebracht werden, ist es erstaunlich, dass BVen bisher äußerst selten abgeschlossen werden. Dies belegen die Ergebnisse der quantitativen Studie eindrücklich. Es stellt sich daher die Frage, welche Hürden einer weiteren Verbreitung und Umsetzung der BV bisher im Wege stehen. Auf der Grundlage der vorliegenden Ergebnisse aus der qualitativen Studie und unter Berücksichtigung der aktuellen Forschung lassen sich zwei wesentliche Hürden für die Realisierung (klinisches Angebot, Abschluss und Anwendung) von BVen in der psychiatrischen Versorgung ableiten: Erstens zeigen sich diverse teils divergente Interessen und Zielsetzungen der beteiligten Stakeholder hinsichtlich der BV und zweitens stehen der BV zudem strukturelle Probleme im Wege. Diese Hürden fördern eine restriktive Einstellung der Psychiater gegenüber BVen, sodass nicht nur Top-Down-, sondern auch Bottom-Up-Probleme einer erfolgreichen Integration in die psychiatrische Versorgung entgegenstehen.

5.4.1 Unterschiedliche Interessen und Zielsetzungen der Stakeholder

Die wichtigsten Stakeholder einer BV zeichnen sich dadurch aus, dass sie an der psychiatrischen Versorgung in Krisensituationen eigene Interessen besitzen können. Dies sind neben den Patienten unmittelbar auch die Psychiater und das Pflegepersonal sowie mittelbar die Klinik als Institution. Eine erfolgreiche Realisierung der BV verlangt dabei ein Mindestmaß an Übereinstimmung beziehungsweise zumindest keinen Widerspruch in wesentlichen Interessen und Zielsetzungen der Stakeholder.

Aus der vorliegenden Interviewstudie lassen sich anhand der genannten Chancen und Potentiale eine Vielzahl an möglichen Zielsetzungen der BV ableiten. Diese stimmen mehrheitlich mit den bisher in der Forschung genannten Zielen der BV überein. So lassen sich als übergreifende Ziele die Förderung der Patientenselbstbestimmung, eine Verbesserung der Qualität der psychiatrischen Versorgung und die Stärkung des therapeutischen Bündnisses festhalten, welche bereits von der Forschung als wesentliche Ziele genannt wurden (8), während die therapeutische und rechtliche Behandlungssicherheit, ökonomische Ziele und der Abbau des Stigmas der Psychiatrie neue Aspekte darstellen. Es muss allerdings stark bezweifelt werden, dass die Mehrzahl oder gar alle genannten Chancen und Potentiale deckungsgleich mit den faktisch übergreifenden Interessen und Zielen von Psychiatern sind. Hierauf deuten auch die Interviewergebnisse hin. Denn gerade in der Zusammenschau der Ergebnisse aus den Chancen und Hindernissen wird klar, dass die Chancen durchaus kontrovers für die alltägliche klinische Praxis gesehen werden und diese teils im Widerstreit mit den genannten Hindernissen stehen. So steht beispielsweise die Förderung der Selbst- beziehungsweise Mitbestimmung (Chancen K2.6, K3.8) in einem möglichen Konflikt mit einer aus ärztlicher Sicht optimalen Behandlung in der Krisensituation (Hindernisse K6.1–6.3). Es bleibt also unklar, ob und inwieweit die erhobenen Chancen als relevante Ziele für die psychiatrische Behandlung betrachtet werden.

Abgesehen hiervon brachten einige Teilnehmer der Interviewstudie zum Ausdruck, dass die Beteiligung der Patienten an Behandlungsentscheidungen und damit die Förderung der Selbstbestimmung durch ein gängiges Shared Decision Making (SDM) bereits weitgehend Eingang in die Behandlungspraxis gefunden habe (Hindernisse K5.6–5.8). Diese Auffassung wird auch durch die bisherige Forschung bestätigt. So liegen entsprechende Forschungsergebnisse zur Überzeugung von Psychiatern über das bereits praktizierte SDM sowohl aus einer Studie zu SDM bei schizophrenen Patienten (176) als auch aus Vorausplanungsstudien im Bereich der Psychiatrie vor (72, 78, 177). Daraus wird ersichtlich, dass sich klinisch tätige Psychiater für das in der Forschungsliteratur hoch priorisierte Ziel der Förderung der Selbstbestimmung oftmals keinen entscheidenden Mehrwert mehr durch eine BV versprechen.

Diese Ansicht steht in einem unvereinbaren Widerspruch zu den Aussagen von Patienten. So sehen sich laut einer Pilotstudie zur partizipativen Entscheidungsfindung über 60 % der psychiatrischen Patienten in Bezug auf die Therapie in einer rein passiven Rolle, obwohl 77 % den Wunsch nach mehr Mitsprache, mehrheitlich in kollaborativer Form mit den Behandlern, wünschen (178). Psychiatrische Patienten streben demnach laut aktuellen Studienergebnissen im Rahmen einer BV mit höchster Priorität „mehr

Kommunikation und Aufklärung durch das Personal“, ein „höheres Maß an Selbstbestimmung“ und ein „partnerschaftlicheres bzw. gleichberechtigteres Verhältnisse zum Personal“ (9) sowie eine Behandlung mit „Würde und Respekt“ an (173). Diese Zielsetzungen beruhen nach Angaben der Patienten vor allem auf schlechten Erfahrungen mit der Behandlung (Nebenwirkungen der Medikation, Zwang) (9) sowie auf einem Mangel an entgegengebrachtem Respekt und Behandlung auf Augenhöhe in der therapeutischen Kooperation (70).

Möglicherweise sind diese gegensätzlichen Einschätzungen eine Folge davon, dass bei Psychiatern eine in der Forschungsliteratur beschriebene Tendenz zu einem vorwiegend situativ bedingten und themenspezifisch eingeschränkten SDM vorliegt. So zeigen Studienergebnisse, dass einige Behandler spezielle Einschränkungen in der Anwendung des SDM sehen, beispielsweise wenn es um die Behandlung in der akuten Krisensituation und um die psychiatrische Medikation geht, wohingegen psychosoziale Entscheidungsthemen als wesentlich geeigneter für das SDM betrachtet werden (176). Eine weitere Studie zum SDM bei der Festlegung der antipsychotischen Dauertherapie deutet ferner darauf hin, dass in einem beträchtlichen Anteil der Fälle eine gerichtete Entscheidungsfindung stattfindet, die von Seiten des jeweiligen Arztes „diplomatisch gesteuert“ wird (179). So wird angenommen, dass die Information und Psychoedukation der Patienten einen hohen Stellenwert im Gespräch einnimmt, während die Mitbestimmung in der therapeutischen Entscheidungsfindung in geringerem Maße unterstützt wird (180). Gerade die medikamentöse Therapie wie auch die Krisenintervention stellen jedoch für Psychiater und Patienten durchaus zentrale und gleichzeitig divergent beurteilte Aspekte in der Behandlung dar, worauf auch die Ergebnisse der Interviewstudie hindeuten (Hindernisse K6.1–6.3). Dabei zeigen psychiatrische Patienten laut einer Pilotstudie zu Präferenzen im Rahmen des SDM gerade im Hinblick auf die Medikation ein hohes Interesse an einer partizipativen Entscheidungsfindung (178). Hamann spricht so in diesem Zusammenhang von einem „Phänomen des blinden Flecks“ und beschreibt damit den Sachverhalt, dass einige Psychiater davon ausgehen, dass sie bereits regelmäßig SDM anwenden, wohingegen dies oftmals nur auf bestimmte Inhalte und Situationen beschränkt ist und somit nicht hinreichend zutrifft, gerade wenn es um genannte kritische Situationen geht (181).

Die Wahrnehmung der Patienten, ob einer partnerschaftlichen Entscheidungsfindung mit Achtung begegnet wird, entscheidet sich jedoch womöglich gerade in der Krisensituation auf Grund der besonderen Vulnerabilität der Betroffenen in dieser Situation. Während einige der befragten Psychiater dann eine rasch wirksame, evidenzbasierte Therapie fokussieren (Hindernisse K6.1–6.2), legen viele Patienten höchsten Wert auf die Wahrung der Selbstbestimmung zur Vermeidung von negativen Erfahrungen, wie etwa Zwang und Nebenwirkungen durch Medikamente, wie dies die bisherige Forschung nahe legt (9). Diese Zielsetzungen und Prioritäten sind letztlich maßgeblich für die Ziele, die je nach Perspektive mit dem Abschluss einer BV erreicht werden sollen. Werden nun die in der Forschung vorwiegend beschriebenen Zielsetzungen der BV (8) – die Förderung der Patientenselbstbestimmung, die Verbesserungen in der Qualität der psychiatrischen Versorgung und die Stärkung des therapeutischen Bündnis-

ses – beleuchtet, so ergeben sich hier womöglich ganz erhebliche Unterschiede in der Priorität der unterschiedlichen Stakeholder. So deuten die Ergebnisse der Interviewstudie darauf hin, dass einige Behandler den Fokus in Bezug auf eine BV vornehmlich auf eine aus ärztlicher Sicht verbesserte Qualität in der psychiatrischen Versorgung legen. Entsprechend werden beispielsweise mehr Behandlungssicherheit, die Therapieförderung und das Lenken des Patienten zu einer aus ärztlicher Sicht hilfreichen Behandlung angestrebt (Chancen K3.1–3.2, K3.10, K2.3). Patienten hingegen fokussieren die Stärkung ihres Selbstbestimmungsrechtes (9, 159) und eine Kooperation geprägt von Respekt, Gleichberechtigung und Augenhöhe (122, 173, 174). Den kleinsten gemeinsamen Nenner stellt dabei die Förderung des therapeutischen Bündnisses durch den verstärkten Austausch im Rahmen des Vereinbarungsprozesses dar. Es mag daher nicht überraschen, dass gerade in diesem Outcome-Parameter die größten Erfolge erzielt werden (7, 9, 12, 66, 70, 71, 81, 137, 158, 159) während andere Outcome-Parameter teils widersprüchliche Ergebnisse liefern oder Erfolge sogar ausbleiben (71, 72, 75).

Während die Zielsetzungen der Patienten verhältnismäßig gut und die der Ärzte in Grundzügen untersucht wurden, sind die Zielsetzungen des Pflegepersonals sowie der Klinik als Institution in der aktuellen Forschung weitgehend unbeachtet geblieben. Die Aussagen der befragten Psychiater der Interviewstudie weisen diesbezüglich jedoch auf Einzelaspekte wie ökonomische Ziele im Sinne einer angestrebten Aufwands- und Kostenreduktion hin (Hindernisse K10.1). Damit deuten sich auch hier mögliche divergente Zielvorstellungen, zumindest wenn sie den Interessen des Patienten zuwider laufen, an, die dann auch der Verbreitung und Wirksamkeit von BVen entgegenwirken dürften. Weitere Untersuchungen hierzu wären wünschenswert.

Somit ist die BV als eine komplexe und vielstufige Intervention zu verstehen, die auf allen Ebenen von der Interaktion ihrer Stakeholder und deren jeweiligen Bedürfnissen und Interessen beeinflusst wird. Es ist davon auszugehen, dass die Divergenz der Interessen und der daraus folgenden unterschiedlichen Zielsetzungen ein Hindernis für die Realisierung von BVen darstellt. Daher ist es entscheidend, die intra- und interpersonellen Faktoren und deren Einfluss auf die Umsetzung von BVen zu kennen (8). Demgemäß besteht erheblicher Forschungsbedarf in Bezug auf die Interessen und Zielsetzungen aller beteiligten Stakeholder – vorwiegend der Psychiater, des Pflegepersonals und der Kliniken als Institution – um die Realisierung von BVen befördern zu können.

5.4.2 Strukturelle Hürden der BV

Aus der Interviewstudie können einige strukturelle Hürden für einen sinnhaften Einsatz von BV abgeleitet werden. Diese Hürden liegen einerseits in den strukturellen Rahmenbedingungen, in denen eine BV zum Einsatz kommen soll, und andererseits in einem teils tradierten paternalistischen Rollenverständnis einiger befragter Psychiater, wonach ein sinnvoller Einsatz von BVen fragwürdig erscheint.

Hürden im Sinne von strukturellen Rahmenbedingungen in der psychiatrischen Tätigkeit stellen laut den vorliegenden Ergebnissen eine geringe Implementierung und Integration der BV in den Behand-

lungsprozess, widersprüchliche Anforderungen an eine psychiatrische Behandlung in Krisensituationen sowie eine geringe Klarheit der Rechtslage dar. Hürden durch das tradierte ärztliche Selbstverständnis sind dadurch gegeben, dass sich einige befragte Psychiater vorwiegend der Fürsorge des Patienten verpflichtet fühlen, wodurch sich teils Tendenzen einer paternalistischen Grundhaltung in der medizinischen Versorgung abzeichnen.

5.4.2.1 Strukturelle Rahmenbedingungen der psychiatrischen Tätigkeit

5.4.2.1.1 Geringe Implementierung der BV in der Klinik

Eine BV ist ein vielschichtig wirksames Instrument, das sowohl einen rechtswirksamen Charakter besitzt als auch Einfluss auf die Selbstbestimmung des Patienten, das therapeutische Bündnis und auf klinische Outcome-Parameter der Behandlung nehmen kann (182). Auf Grund dieser komplexen Intervention und des damit einhergehenden vielstufigen Prozesses (klinisches Angebot, Abschluss, Anwendung) erscheint eine strukturierte Implementierung für den Einsatz von BVen unabdingbar. Auch wenn die Rahmenbedingungen für eine erfolgreiche Implementierung von BVen bisher noch nicht ausreichend erforscht sind (8), so können doch allgemeine Mindestanforderungen zu Grunde gelegt werden. Diese umfassen die Bedingungen für das Angebot und den Abschluss (beispielsweise für die Bereitstellung des Dokumentes, die Kommunikation des Angebotes, die Information der Stakeholder, die Schulung der Mitarbeiter) sowie für die Anwendung der BV (beispielsweise für die Verfügbarkeit und Respektierung). Hierbei sind neben den Zielvorgaben der BV auch die klinisch gegebenen Rahmenbedingungen zu berücksichtigen und notwendige Ressourcen bereitzustellen. Aus den Ergebnissen der vorliegenden Arbeit geht jedoch hervor, dass diese Aspekte für eine adäquate Implementierung bisher in den Kliniken noch nicht ausreichend berücksichtigt werden, was eine erhebliche Hürde für den Einsatz von BVen darstellt. Wie im vorhergehenden Kapitel diskutiert wurde, sind bereits die Zielvorgaben häufig unklar (Kapitel „5.4.1 Unterschiedliche Interessen und Zielsetzungen der Stakeholder“). Darüber hinaus legen die Ergebnisse nahe, dass der gesamte Prozess von der Definition des Dokumentes bis hin zur Anwendung der BV häufig nicht angemessen geplant beziehungsweise von der Klinik strukturiert unterstützt wird.

So belegen die Ergebnisse der Fragebogenstudien, dass weniger als die Hälfte der bayerischen Kliniken, die angeben, eine BV anzubieten, über ein Vorlagedokument verfügt. Ebenso bietet nur ein geringer Teil der Kliniken eine gezielte Unterstützung durch Ärzte beziehungsweise Therapeuten zur Erarbeitung einer BV an. Darüber hinaus fehlt ein etablierter Prozess für das Angebot und den Abschluss, wodurch beispielsweise Fragen offen bleiben, wie und wann welche Patienten auf das Angebot hingewiesen werden und welcher Personenkreis des medizinischen Personals in den Vereinbarungsprozess zu integrieren ist. Im Falle einer akuten Krisensituation sind vorhandene BVen zudem nur in etwa zwei Drittel der befragten Kliniken zu jeder Zeit einsehbar, was in Forschungen zu psychiatrischen Vorausverfügungen

bereits wiederholt als Problem beschrieben wurde (80, 123, 128, 129). Weiterhin geht aus der qualitativen Studie hervor, dass einige Psychiater eine große Hürde in dem zusätzlich zu bewältigenden Aufwand vorwiegend für den Abschluss einer BV sehen (Hindernisse K8.2), wenn sich auch ein Teil der Befragten mittelfristig eine Aufwandsersparnis für zukünftige akute Krisensituationen erhofft (Chancen K3.4). Auch in vorhergehenden Forschungsarbeiten wurde der zusätzliche Aufwand für den Abschlussprozess unter vorliegendem Zeitmangel in der ärztlichen Tätigkeit vielfach als Hindernis gesehen (9, 60, 75, 80, 81, 128, 129). Darüber hinaus nannten einige Psychiater noch weitere inadäquate organisatorische Rahmenbedingungen, die dem Abschluss beziehungsweise der Anwendung einer BV entgegenstehen. Genannt wurden hier beispielsweise die mangelnde Formalisierung der BV und eine insgesamt fehlende Integration des Instrumentes in den Behandlungsprozess (Hindernisse K8–9).

Diese Ergebnisse offenbaren deutliche Defizite in der Implementierung des Instrumentes. In der allgemeinen Forschungsliteratur zu psychiatrischen Vorausverfügungen wird jedoch gerade eine strukturierte Implementierung als entscheidender Erfolgsfaktor angenommen (71, 72, 78, 123, 125, 126, 128, 129, 135, 159, 182-184). Hier ist insbesondere eine randomisierte kontrollierte Studie hervorzuheben, die die Wirksamkeit von BVen im Vergleich zur Standardtherapie bei psychiatrischen Patienten untersuchte und im Jahr 2013 im Fachmagazin *Lancet* publiziert wurde. Die Ergebnisse dieser Studie zeigen, dass neben der Verbesserung des therapeutischen Bündnisses keine weiteren Erfolge mit einer BV (Zahl und Dauer der Unterbringungen sowie Klinikaufenthalte, wahrgenommener Zwang, aktive Teilnahme der Patienten an der Behandlung) erzielt werden konnten. Die Autoren stellen jedoch im Rahmen der qualitativen Analysen fest, dass die praktische Anwendung von BVen in den Kliniken Probleme bereitet hatte. Schlussfolgernd beurteilen die Autoren die angemessene Implementierung des Instrumentes und das Engagement des klinischen Personals als entscheidende Voraussetzungen für weitere Erfolge einer BV (72). Nach aktuellem Forschungsstand sind wichtige Grundlagen hierzu vor allem ein adäquater Informationsgrad der klinischen Mitarbeiter und Patienten über das Instrument (125), unter anderem hinsichtlich der Vorteile und der Rechtslage (183), eine personale und strukturelle Unterstützung der Vorausplanung, auch hinsichtlich der verfügbaren Ressourcen für die Unterstützung des Abschlusses und der Anwendung (184), genauso wie eine konsequente und fortlaufende Förderung der Kultur der partizipativen Entscheidungsfindung (129). Liegen diese Kriterien in der Praxis nicht ausreichend vor, worauf die vorliegenden Ergebnisse hindeuten, so kann dies womöglich die Nachfrage nach dem Instrument beeinflussen und letztlich auch eingeschränkte oder ausbleibende Erfolge in der Anwendung von BVen zur Folge haben, was zum Teil bereits in Studien vermutet wurde (71, 72, 75). So bestimmt nicht zuletzt die Qualität der Umsetzung des Angebots sowohl die Nachfrage der Patienten als auch die Beachtung seitens der Psychiater.

Darüber hinaus lohnt sich an dieser Stelle ein fachübergreifender Blick. So bestätigen auch die gesammelten Erfahrungen mit PVen für Situationen am Lebensende die Bedeutung einer adäquaten Implementierung für den Erfolg von Vorausverfügungen. Empirische Daten belegen auch hier strukturelle

Defizite, die dazu führen, dass PVen ungeachtet einer breiten Bekanntheit und Akzeptanz in der Bevölkerung weiterhin nur gering verbreitet sind. Zugleich weisen die Studienergebnisse darauf hin, dass PVen im Bedarfsfall häufig nicht verfügbar sind, es ihnen an Aussagekraft und Gültigkeit mangelt und sie im konkreten Anwendungsfall oftmals unberücksichtigt bleiben (44). Wie die Forschungsliteratur nahe legt, konnte das Patientenverfügungsgesetz aus dem Jahr 2009 (§ 1901a BGB) auch für die PV nicht genügend Anreize in der Gesundheitsversorgung schaffen, um Initiativen aus der Praxis für eine adäquate Implementierung des Instrumentes zu bewirken (185). So verdeutlichen auch die Erfahrungen mit der PV, dass die juristische Stärkung der Patientenrechte alleine nicht ausreicht, um förderliche Rahmenbedingungen für die Umsetzung in den versorgenden Einrichtungen zu schaffen (44). Eine strukturelle Förderung der Implementierung ist daher eine wichtige Voraussetzung für eine weitere Verbreitung und damit auch für einen möglichen Erfolg von Instrumenten der vorausschauenden Behandlungsplanung. Dies belegt die Implementierung eines Patientenverfügungsprogrammes (Advance Care Planning) im Rahmen eines regionalen deutschen Pilotprojektes. Dadurch konnten sowohl die Verbreitung als auch die Qualität (Validität, Aussagekraft und klinische Anwendbarkeit) von PVen in eindrucksvoller Weise gesteigert werden (186).

Auch wenn der Einfluss einer strukturellen Implementierung auf die erfolgreiche Realisierung (klinisches Angebot, Abschluss und Anwendung) von BVen im Einzelnen genauer erforscht werden muss, so lässt sich doch zusammenfassend sagen, dass die bisherigen Forschungsergebnisse zu Vorausverfügungsinstrumenten übereinstimmend darauf hindeuten, dass BVen nur unter diesen Bedingungen sinnvoll zum Einsatz gebracht werden können.

5.4.2.1.2 Widersprüchliche Anforderungen in der Krisensituation

Die akute Krisensituation psychiatrischer Patienten stellt das klinische Personal vor vielfältige Herausforderungen und birgt dabei potentielle Konflikte durch widersprüchliche Anforderungen an die Behandlung. Viele der befragten Psychiater hatten Bedenken, dass diese mit einer BV womöglich zusätzlich verschärft werden könnten, so beispielsweise, wenn im Rahmen der Verbindlichkeit des Instrumentes weitere Konflikte oder gar juristische Konsequenzen bei Abweichung drohten (Hindernisse K3). Darüber hinaus zweifelten mehrere befragte Kliniker grundsätzlich den Nutzen einer BV in der Akutsituation an (Hindernisse K5). Einige befürchteten sogar schädliche Auswirkungen für den Patienten durch eine suboptimale Behandlung oder durch mögliche Brüche in der Arzt-Patienten-Beziehung (Hindernisse K6). Die Mehrzahl der Widersprüche und der damit einhergehenden Konflikte in der Krisensituation lassen sich den folgenden Themenkomplexen zuordnen, die jeweils in eigenen Unterkapiteln behandelt werden: Fürsorge versus Autonomie in der Krise, Behandlungsauftrag versus eingeschränkte (Be-)Handlungsmöglichkeiten durch eine BV und vorausverfügter versus natürlicher Wille in der Akutsituation.

5.4.2.1.2.1 Fürsorge versus Autonomie in der Krise

Besonders in der Versorgung psychiatrischer Patienten besteht ein schmaler Grat zwischen Fürsorge (Wohltun, Nichtschaden) und der Wahrung der Patientenautonomie. Auf der einen Seite besteht die Gefahr der Einschränkung des Selbstbestimmungsrechts des Patienten auf der anderen Seite die der unterlassenen Hilfeleistung, indem das Patientenwohl nicht gefördert beziehungsweise Schaden nicht abgewendet wurde (187, 188). Dieser Konflikt spitzt sich gerade in psychiatrischen Krisensituationen zu. In einwilligungsfähigem Zustand gilt das Gebot des „informed consent“, wonach der Patient durch eine adäquate Aufklärung in die Lage versetzt werden soll, selbst eine Entscheidung zu treffen und letztlich die Zustimmung zu einer medizinischen Maßnahme zu geben (189). Im Zustand der Einwilligungsunfähigkeit des Patienten gilt es hingegen aus ethischer Perspektive die medizinethischen Prinzipien („Wohltun, Nichtschaden, Respekt der Autonomie und Gerechtigkeit“) (25, 190) beziehungsweise aus juristischer Sicht die Individualrechtsgüter wie das Recht auf körperliche und seelische Unversehrtheit und das Selbstbestimmungsrecht gegeneinander abzuwägen (191).

Liegt in dieser Krisensituation keine zu beachtende Vorausverfügung vor, so wird zum Wohle des Betroffenen gerichtlich ein Betreuer bestellt, der das Selbstbestimmungsrecht im Interesse des Betroffenen wahren soll (23). Die Ergebnisse der Interviewstudie deuten darauf hin, dass sich der Arzt in diesen Akutsituationen vorwiegend in der Rolle des medizinischen Experten sieht und nach dem Fürsorgeprinzip handelt, indem er die bestwirksame Therapie nach Behandlungsleitlinie unter Berücksichtigung der ärztlichen Erfahrung empfiehlt, um einen möglichen Schaden abzuwenden (Hindernisse K6.1–6.3, K11).

Tritt nun die neue Situation ein, dass der Patient eine zutreffende Vorausverfügung im Falle der Einwilligungsunfähigkeit hat, so ist der vorab erklärte Patientenwille zu beachten. Wo dem Psychiater also ohne eine Vorausverfügung in der Situation der Einwilligungsunfähigkeit des Patienten vorwiegend die Rolle der Fürsorge durch eine bestmögliche medizinische Behandlung zukam, übernimmt er mit einer BV, auf Grund des zusätzlichen Wissens über den freien (autonomen) Willen, überdies eine gewichtigere Verantwortung für die Wahrung des Selbstbestimmungsrechtes des Patienten (132). Wenn auch die Systematik des Gesetzes dem Arzt keine Kompetenz zur Willensermittlung in Not- und Eilfällen zugewiesen hat (§ 1901b und § 1904 Abs. 3 BGB) (6, 192), so deuten die Interviewergebnisse doch darauf hin, dass sich in einer Situation mit BV Entscheidungskonflikte für den Arzt ergeben können (Hindernisse K5.4). Der Psychiater kann demnach in Konflikt geraten, wenn er in der Akutsituation eine von der BV abweichende Behandlung aus Gründen der Fürsorge für notwendig erachtet. Die Indikation und der ärztliche Rat zum Wohle des Patienten allein reichen mit dem Wissen um den freien (autonomen) Patientenwillen nicht mehr aus, eine aus ärztlicher Sicht notwendige Therapie vor Gericht zu rechtfertigen (57). Die Hürden für eine Zwangsbehandlung und für eine aus medizinischer Perspektive gebotene Therapie liegen damit weit höher. Während die Rechtsprechung das Selbstbestimmungsrecht in den Fokus rückt, deuten die Ergebnissen der Interviewstudie auf Tendenzen in der psychiatrischen Versor-

gung hin, das Vorgehen nach standardisierter Leitlinientherapie und die ärztliche Fürsorge als bestimmende Grundsätze in der Behandlung anzusehen (Hindernisse K6.1–6.3, K11).

Diese Tendenzen führen womöglich dazu, dass BVen als Vorausplanungsinstrument in der psychiatrischen Versorgung nur selten Beachtung finden. Es besteht insofern erheblicher Fort- und Weiterbildungsbedarf in Bezug auf ethische und rechtliche Konflikte sowie deren Abwägungen in der akuten Krisensituation und über den Umgang mit Vorausplanungsinstrumenten in der klinischen Behandlung. Hierzu äußerte sich die DGPPN im Jahr 2014 wie folgt: „Dabei sollten ethische und rechtliche Kenntnisse vermittelt und anhand von konkreten klinischen Fällen diskutiert werden, um Unsicherheiten und Vorbehalten unter praktisch tätigen Psychiatern zu begegnen.“ (117)

5.4.2.1.2.2 Behandlungsauftrag versus eingeschränkte (Be-)Handlungsmöglichkeiten

Eine BV kann durch den vorausverfügten Willen des Patienten für Situationen der Einwilligungsunfähigkeit eine verbindliche Einwilligung in bestimmte Behandlungen beziehungsweise eine Ablehnung von Therapiemaßnahmen darstellen. Eine Folge hieraus kann sein, dass das therapeutische Behandlungsspektrum in der Krisensituation eingeschränkt wird. Aus der Interviewstudie geht hervor, dass aus der Sicht einiger Psychiater Zweifel daran bestehen, dass psychiatrische Krisen unter entsprechenden Behandlungseinschränkungen bewältigbar sind beziehungsweise ohne Schadensabwendung durch eine aus ärztlicher Sicht suboptimale Behandlung verlaufen können. Folglich kamen erhebliche Bedenken auf, dass dem ärztlichen Behandlungsauftrag in Akutsituationen mit einer BV nicht angemessen nachgekommen werden kann (Hindernisse K5.1–5.2, K6.1–6.3, K11). Auch aus Studien aus dem angloamerikanischen Raum sind ähnliche Befürchtungen bekannt. In einer US-amerikanischen Befragung von Psychiatern gaben so nur 56 % der Interviewten an, dass die Vorteile einer Vorausverfügung mögliche Nachteile auf Grund einer Therapieablehnung überwiegen (79). Sogar die Eskalation von Krisensituationen wurde in einer weiteren Studie vermutet, wonach 48 % der Psychiater ein steigendes Risiko für Gewalt befürchteten (80). Diese Bedenken wurden hingegen durch Erfahrungswerte aus der Praxis einer deutschen psychiatrischen Vollversorgungsklinik nicht bestätigt, die eine Behandlungsbegrenzung bei gezieltem Verzicht auf Zwangsbehandlung seit 2011 konsequent durchführt (193). Den Klinikangaben zufolge ist seitdem auch kein vermehrter Rückgriff auf andere Formen von Zwang zu verzeichnen (193). Letztlich sprechen wir hier jedoch von einem Einzelbeispiel, bei dem der durchgängige Verzicht auf eine Zwangsbehandlung angestrebt und nach eigenen Angaben erfolgreich durchgeführt wurde. Die vorliegenden Studienergebnisse deuten darauf hin, dass einige Psychiater den Verzicht auf die Anwendung medikamentöser Behandlungsstandards in der Akutsituation als bedenklich erachten (Hindernisse K6.1–6.3). Der grundsätzlich eher kritischen Haltung unter Psychiatern gegenüber Vorausverfügungsinstrumenten liegt auch laut der Forschungsliteratur oftmals die Befürchtung zugrunde, dass Patienten die Vorausverfügung nutzten, um Behandlungsstandards oder generell wirksame und hilfreiche Therapien auszuschließen (78-80, 128, 129). Die Ergebnisse aus Interventionsstudien zeigen jedoch, dass in

Vorausverfügungen zumeist nur einzelne Medikamente beziehungsweise spezifische Behandlungsformen ausgeschlossen werden (130, 173, 174, 194). Daher können auch die Befürchtungen der Behandlungsverweigerung entkräftet werden. Vielmehr waren die Vorausverfügungen, gerade wenn sie mit professioneller Unterstützung erstellt wurden, in höchstem Maße klinisch hilfreich und umsetzbar (140). 95 % waren mit gängigen Therapiestandards vereinbar und 89 % enthielten zudem individuelle Deeskalations-Strategien für die akute Krise (130). Darüber hinaus ist anzumerken, dass auch in einer Befragung der Klinikmitarbeiter an der Wiener Universitätsklinik für Psychiatrie 75 % der Psychiater angaben, einzelne Therapiemethoden im Falle einer psychiatrischen Erkrankung ausschließen zu wollen, darunter gaben 30 % spezifische Psychopharmaka sowie 46 % die EKT (Elektrokonvulsionstherapie) an (195).

Die Bedenken der interviewten Behandler müssen trotz der relativierenden Argumente differenziert betrachtet werden. So wird hieraus ersichtlich, dass der klinische Behandlungsauftrag von einigen der befragten Psychiater primär im Sinne einer optimal wirksamen Therapie verstanden wird. Die Abwendung von Zwang im Sinne der bestmöglichen Wahrung des Patientenwillens scheint gegenüber der wirksamen Therapie ein nachgelagertes Ziel zu sein. Unter dieser Prämisse besteht mit einer BV möglicherweise tatsächlich eine Einschränkung der (Be-)Handlungsmöglichkeiten. Ist das angenommene primäre Ziel der Versorgung jedoch die Selbstbestimmung zu wahren und Zwang möglichst als Ultima Ratio zu vermeiden, so stellt die BV sogar eine hilfreiche Handlungsspezifizierung durch eine antizipierte Einwilligung dar. Dabei muss jedoch eine wichtige Differenzierung berücksichtigt werden, die nach den vorliegenden Ergebnissen bisher womöglich nicht ausreichend in die Überlegungen einbezogen wird: Mit einer BV lässt sich Zwang in Krisensituationen, im Sinne einer Handlung entgegen dem aktuell geäußerten natürlichen (unfreien) Willen,²³ nicht grundsätzlich vermeiden, jedoch aber möglichst im Sinne einer Handlung entgegen einem autonomen (freien), vorausverfügten Willen. So soll Zwang im engeren Sinne verhindert werden, wo ein autonomer vorausverfügter Wille des Patienten handlungsleitend sein kann (§ 1906a BGB) (40). Der priorisierte Handlungsauftrag in der psychiatrischen Versorgung ist daher sowohl aus medizinischer aber eben auch aus ethischer wie rechtlicher Perspektive zu prüfen. Eine weitere Diskussion dieses Themas in der fachlichen Öffentlichkeit wäre wünschenswert.

Ungeklärt bleibt im Einzelfall gleichwohl, ob und wenn ja wie lange einer BV bei akuter Eigen- und/oder Fremdgefährdung Folge zu leisten ist (Hindernisse K2.1). Dabei gilt es insbesondere auch die Rahmenbedingungen der Behandlung zu berücksichtigen. Gerade in akuten Aufnahmesituationen außerhalb der regulären Dienstzeiten, in denen die Personalbesetzung eingeschränkt ist, kann durchaus im negativen Sinne Handlungsdruck entstehen, „die Stationsinteressen – Ruhe und Ordnung – vor die Interessen der Kranken zu stellen“ (197), wodurch ein weiterer impliziter Handlungsauftrag gegeben sein

²³ „Der natürliche Wille ist der Wille, der in einem die freie Willensbestimmung ausschließenden Zustand krankhafter Störung der Geistestätigkeit gefasst wird. [...] Durch das Fehlen eines freien Willens ist der Mensch weder geschäfts- noch einwilligungsfähig. Der natürliche Wille ist aber keinesfalls bedeutungslos.“ (196)

kann. So vermuten auch die befragten Psychiater, dass Zeitmangel und die hohe Arbeitsbelastung einer Anwendung der BV entgegenstehen könnten (Hindernisse K9.3). Möglicherweise erfordert die Befolgung einer BV tatsächlich mehr Zeit und Zuwendung seitens des Personals. Ob diese Annahme zutrifft, ist jedoch bisher nicht belegt. Es besteht daher Forschungsbedarf im Rahmen von Interventionsstudien, um die Auswirkungen von BVen auf den Behandlungsaufwand und die notwendigen Ressourcen in der klinischen Versorgung näher beschreiben zu können. Denn letztlich sollten institutionelle Faktoren, wie beschränkte personelle, zeitliche oder räumliche Ressourcen, kein primärer Rechtfertigungsgrund dafür sein, von Vorausverfügungen keinen Gebrauch zu machen beziehungsweise Zwang zu rechtfertigen (141). Es muss daher untersucht und kritisch geprüft werden, ob die notwendigen Ressourcen in der klinischen Behandlung für eine adäquate Respektierung des Patientenwillens bereitgestellt werden können und wie die Finanzierung im Falle eines steigenden Aufwandes unter einem gleichzeitig zunehmend leistungsorientierten und pauschalierenden Vergütungssystem gesichert werden kann. Werden gegebenenfalls die Rahmenbedingungen für die im Gesundheitswesen Beschäftigten nicht adäquat an die Forderungen der Gesetzgebung angepasst, so entsteht eine rechtlich wie auch moralisch äußerst prekäre Konfliktsituation in der Behandlung psychiatrisch erkrankter Patienten (117).

5.4.2.1.2.3 Vorausverfügter versus natürlicher Wille

Wenn nun die vorhergehenden Gedanken weiter ausgeführt und die Handlungsleitlinie für eine BV angenommen wird, dass dem vorausverfügten, autonomen (freien) Willen primär Folge zu leisten ist, zugleich aber Zwang nur als Ultima Ratio angewendet werden soll, so bleibt auch mit einer BV die Frage offen, wie mit dem in der Krise geäußerten natürlichen (unfreien) Willen des Patienten zu verfahren ist. So besteht in der Akutsituation ja trotz einer BV die Möglichkeit, dass der einwilligungsunfähige Patient den vorausverfügten Willen der BV Kraft seines geäußerten natürlichen Willens verbal als auch nonverbal widerrufen kann. Dieser Widerruf kann laut Gesetzeslage „jederzeit formlos“ erfolgen (§ 1901a Abs. 1 BGB). Dann stellt sich folgerichtig die Frage, ob der vorausverfügte autonome Wille, unter menschlicher Zuwendung aber wenn nötig doch mittels gewissem Zwang durchgesetzt werden soll. Erschwerend kann hinzukommen, dass in der Akutsituation womöglich grundsätzlich unklar ist, ob der aktuelle Widerruf der BV Ausdruck der temporären Krisensituation und damit als natürlicher (unfreier) Wille Teil der psychischen Erkrankung ist oder ob er einen gewissen autonomen (freien) und damit mangels Einschränkung verbindlichen Charakter besitzt. So stellt sich in diesen akuten Krisensituationen die diffizile und gleichzeitig zeitdringlich zu klärende Frage, welcher Wille nun zu beachten ist, der vorausverfügte freie oder aber der aktuelle, fraglich (un)freie Wille. Dieser Fall, der in psychiatrischen Krisensituationen nicht selten anzunehmen ist, kann den behandelnden Arzt in einen Entscheidungskonflikt bringen, worauf sowohl einige Befragte der Interviewstudie (Hindernisse K5.3–5.5) als auch die bisherigen Forschungsergebnisse hinweisen (80, 128, 129, 198). Auch aus rechtlicher Sicht ist dieser Fall bisher nicht zweifelsfrei entschieden. So besteht keine einheitliche Auslegung darüber, ob

der Widerruf, entsprechend dem zivilrechtlichen Anspruch bei Abfassung des Dokumentes, einer Einwilligungsfähigkeit, und damit des autonomen (freien) Willens, bedarf. Zwar wird in der Literatur mehrheitlich von der Voraussetzung der Einwilligungsfähigkeit für den Widerruf ausgegangen, jedoch ist die Frage hiermit keinesfalls eindeutig geklärt (6, 61, 132, 192, 199).

Auch aus ethischer Perspektive wird die Frage kontrovers diskutiert, welcher Wille vorrangig ist und inwieweit sogenannte „Selbstbindungen“ beziehungsweise „Odysseus-Verfügungen“ die Selbstbestimmung gewährleisten können (200, 201). Gleichzeitig gibt es bereits grundlegende Zweifel an der Ermittlung der Selbstbestimmungsfähigkeit auf der alleinigen Basis von kognitiven Erwägungen, ohne die Berücksichtigung der jeweiligen subjektiven, kontextuellen und affektiven Faktoren (202).

Es ist daher nachvollziehbar, dass einige der befragten Psychiater unter diesen Umständen Widerstände verspüren, den vereinbarten Inhalt der BV gegen den geäußerten natürlichen Willen des Patienten durchzusetzen (Hindernisse K5.3–5.5). Zugleich ist die BV genau für diesen Fall der Einwilligungsunfähigkeit konzipiert, sodass bei der Befolgung des geäußerten natürlichen Willens die Vorausverfügung paradoxer Weise gerade in der vorgesehenen Situation nicht zum Tragen kommen würde. In diesem Kontext erscheint es nahe liegend, dass Tendenzen der Behandler bestehen, den Nutzen des Instrumentes für den Krisenfall in Frage zu stellen.

Hierbei wurden jedoch die Möglichkeiten einer BV noch nicht gänzlich in Betracht gezogen. So konnte in einer empirischen Studie zum Inhalt von Vorausverfügungen und deren klinischer Anwendbarkeit nachgewiesen werden, dass sich Patienten im Vorfeld einer Krise durchaus auf praktikable individuelle Vorgehensweisen im Falle eines Widerrufs festlegen können. So gab die Mehrzahl (57 %) der Teilnehmenden an, dass sie die Vorausverfügung als unwiderruflich in der Krise wünscht (sogenannte Odysseus-Verfügung). Tatsächlich kam es in 22 % der Krisenfälle zu einem Widerruf einzelner Inhalte, nie wurde jedoch der gesamte Inhalt der Vorausverfügung abgelehnt (130, 198). Es ist somit offensichtlich, dass hier ein praxisrelevantes, aber gleichzeitig lösbares Problem vorliegt. Eine adäquate individuelle Lösung kann folglich die BV selbst anbieten, indem auch der Umgang mit dem Widerruf vorausverfügt wird. So ist die Festlegung der Vorgehensweise bei Widerruf als fester Bestandteil jeder BV zu empfehlen. Darüber hinaus sollten Krisensituationen immer nachbesprochen und die Gültigkeit der BV (re-)evaluiert werden, sodass sich die BV in einem stetigen Entwicklungsprozess befindet.

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass das empfohlene Vorgehen für eine Situation, in der der Patient die BV in einwilligungsunfähigem Zustand widerruft, nicht eindeutig ist. Hier bleibt bisher nur die Regelung im Einzelfall. Bestenfalls liegt eine vorhergehende Festlegung innerhalb der BV vor, wie mit dem Widerruf zu verfahren ist. Ungeachtet dessen besteht, wie auch ohne Vorausverfügung, die Notwendigkeit der Willensermittlung durch den Betreuer (§ 1901a Abs. 1 BGB) (6, 192). Durch sie wird (im Rahmen der Wirksamkeitsvoraussetzungen) festgelegt, ob eine verbindliche Vorausverfügung vorliegt und ob folglich dem vorausverfügten Willen zwingend „Ausdruck und Geltung zu verschaffen“ ist (§ 1901a Abs. 1 BGB). Auf welcher Grundlage diese Willensermittlung jedoch bei Unstimmigkeit

zwischen dem vorausverfügten und dem aktuellen, natürlichen (unfreien) Willen stattfinden soll, bleibt bisher unklar (6, 61, 132, 192, 199).

Insbesondere praxisrelevant erscheint so die Konstellation, dass eine vorausverfügte Zustimmung zu einer ärztlichen Maßnahme mit dem aktuellen, natürlichen (unfreien) Willen widerrufen wird. Für diesen Fall, dass die Maßnahme entgegen dem natürlichen (unfreien) Willen erfolgen soll, liegt ärztlicher Zwang vor, welcher weiterhin der Entscheidung des Betreuungsgerichtes anhand des zu beachtenden Willens nach § 1901a bedarf (§ 1906a BGB).

Eine grundsätzliche juristische Klärung für den Umgang mit dem Widerruf der BV bei Einwilligungsunfähigkeit des Patienten ist aber gerade für die Akutsituation, in der Eile geboten ist, für alle Beteiligten wünschenswert, um die Rechtssicherheit im Umgang mit Vorausverfügungen in der klinischen Anwendung zu erhöhen.

5.4.2.1.3 Geringe Klarheit der Rechtslage

Neben den Schwierigkeiten des Umgangs mit dem Widerruf in der Akutsituation deutet die Interviewstudie auch auf erhebliche generelle Unsicherheiten und Wissensdefizite in Bezug auf die rechtliche Verbindlichkeit der BV hin (Hindernisse K2–3). So betrachten einige der befragten Psychiater die BV entgegen der aktuellen Rechtslage vorschnell als unverbindlich, beispielsweise bereits im Falle einer zu erwartenden ausbleibenden Besserung oder aber bei Abweichung der BV von gängigen Therapiestandards (Hindernisse K2.2, K2.4). So äußerte ein befragter Psychiater beispielsweise: „Im Zweifel werde ich mich immer nach der Schulmedizin oder der Lege-Artis-Behandlung ethisch sinnvoll richten“ (I. 3) (Hindernisse K2.4). An dieser Stelle wird zweierlei deutlich: Erstens wird die Behandlung nach gängigen Therapiestandards im Sinne der Fürsorge moralisch höher gewichtet als die vorausverfügte Selbstbestimmung des Patienten, wonach ein starker Paternalismus vorliegt (203). Hierauf soll im anschließenden Kapitel näher eingegangen werden (Kapitel „5.4.2.2 Fürsorge und Paternalismus in der Psychiatrie“). Zweitens wird die BV unzutreffend vorschnell als rechtlich unverbindlich betrachtet (Kapitel „4.2.4.2.1 K2 GERINGE Verbindlichkeit in praktischer Tätigkeit“). Dass die von einigen Befragten generell angenommene eingeschränkte Rechtsverbindlichkeit der BV kein Einzelphänomen ist (Hindernisse K2.3–2.5), zeigen auch Studienergebnisse aus einer deutschlandweiten Befragung der psychiatrischen Klinikleiter, in der lediglich 73 % der Befragten angaben, eine BV grundsätzlich zu akzeptieren, wohingegen die Zahlen für die PPV mit 53 % noch beträchtlich geringer waren (17). Inwieweit BVen folglich in der Akutsituation tatsächlich eingeschränkt berücksichtigt werden, lässt sich auf Grund des Mangels an entsprechenden Interventionsstudien schwer beurteilen. Mögliche Tendenzen, wenn auch keine belastbaren Zahlen, liefert eine Studie aus Halle/Saale, bei der die Einführung einer BV wissenschaftlich begleitet wurde. Hier waren nur weniger als die Hälfte der Patienten subjektiv der Ansicht, dass ihre BV während des Klinikaufenthaltes berücksichtigt wurde (9). Auf eine

geringe Klarheit der Rechtslage und die damit einhergehenden Hürden für das Instrument weisen auch weitere Forschungsergebnisse hin (60, 80, 81, 159).

Es ist daher tendenziell anzunehmen, dass rechtliche Wissensdefizite zu BVen in der psychiatrischen Versorgung bestehen. Diese können eine beträchtliche Hürde für BVen und deren Umsetzung darstellen. Zur Stärkung der Patientenrechte in der Praxis ist es daher dringend notwendig, das Wissen um die Rechtslage zu fördern. Psychiatrische Voraussetzungen und deren gesetzliche Rahmenbedingungen sollten daher fester Bestandteil der fachärztlichen Fort- und Weiterbildung sowie Inhalt der Aus- und Fortbildung jeglicher psychiatrischen Gesundheitsberufe sein.

5.4.2.2 Fürsorge und Paternalismus in der Psychiatrie

Der Begriff Paternalismus meint im medizinethischen Kontext ein ärztliches Verhalten, wonach sich der Behandler in konkreten Situationen über geäußerte Willensbekundungen des Patienten hinwegsetzt. Begründet wird dieses Vorgehen durch ein strukturell gewachsenes, tradiertes Fürsorge-Ethos in der ärztlichen Behandlung („salus aegroti suprema lex“). Dabei wird zwischen einem „schwachen“ und „starken“ Paternalismus unterschieden. Während sich der Arzt im Falle eines „schwachen“ Paternalismus über einen unfreien (natürlichen) Willen des Patienten hinwegsetzt, wird beim „starken“ Paternalismus der selbstbestimmte, freie (autonome) Patientenwille übergangen (203). Von den meisten medizinethischen Autoren sowie auch von juristischer Seite wird das zweitgenannte Vorgehen als nicht legitim betrachtet.

Die Ergebnisse der Interviewstudie lassen allerdings vermuten, dass über den schwachen Paternalismus hinaus auch Tendenzen zu einem starken Paternalismus in der psychiatrischen Behandlung vorliegen (Hindernisse K2.2, K2.4, K4.3, K11). Wird beispielsweise die Annahme getroffen, dass eine Abweichung von der BV bereits durch eine mögliche (erwartete) Besserung gerechtfertigt ist (Hindernisse K2.2), so wird die ärztliche Fürsorge über die autonome Entscheidung des Patienten gestellt. Das Bundesverfassungsgericht schließt jedoch in seiner Grundsatzentscheidung vom 23. März 2011 ausdrücklich „auch die ‚Freiheit zur Krankheit‘ und damit das Recht ein, auf Heilung zielende Eingriffe abzulehnen, selbst wenn diese nach dem Stand des medizinischen Wissens dringend angezeigt sind“, (32) was jüngst erneut bestätigt wurde (204). Im äußersten Fall kann dies auch bedeuten, dass eine gesetzliche Unterbringung ohne Behandlung stattfinden muss, was von ärztlicher aber auch juristischer Seite teils deutlich kritisiert wurde (58, 114, 119). Somit weist auch die Rechtsprechung starken Paternalismus eindeutig zurück. Die Grenzen des Paternalismus reichen jedoch weit informeller und tiefer in die ärztliche Tätigkeit, beispielsweise wenn versucht wird, den Patienten mit der Gesprächsführung zur gewünschten Therapie zu „lenken“ (Chancen K2.3), (205) oder aber wenn „krankheitsbedingte Einschränkungen im Denken und Handeln von Patienten auch in remittierten Phasen“ als Hindernis für eine BV wahrgenommen werden (Hindernisse K7).

Eine mögliche Grundlage des Paternalismus stellt ein tradiertes fürsorgeorientiertes Arztethos dar (206). Dessen historische Wurzeln reichen bis zum sogenannten Hippokratischen Eid, der das Wohl des Patienten als grundlegende Maxime des ärztlichen Handelns definiert. Die strukturelle Verankerung in der Psychiatrie hat jedoch noch weitere Gründe. Die Prävention von krankheitsbedingtem selbstschädigendem Verhalten ist schließlich ein entscheidender Grund für die Aufnahme in eine psychiatrische Klinik (207). Auch der berufliche Umgang mit Betroffenen, die „krankheitsbedingt unvernünftig handeln“, kann womöglich eine „paternalistische Grundhaltung“ strukturell aus der psychiatrischen Versorgung heraus bedingen (208). Aus den Ergebnissen der Interviewstudie lässt sich schließen, dass einige der befragten Behandler in der Krisensituation häufig der primären Intention folgen, Krankheit zu lindern und die Selbstbestimmungsfähigkeit wiederherzustellen. Dass hingegen eine BV diesem Ziel zuträglich sein kann, bezweifeln einige der befragten Psychiater. Dabei wird jedoch missachtet, dass die Achtung der Selbstbestimmung des Patienten ethisch wie auch rechtlich beachtliche Priorität besitzen. Es lässt sich daher vermuten, dass ein mangelndes Bewusstsein von ethischen und rechtlichen Konflikten eine Dominanz des Fürsorgeethos verfestigt. Möglicherweise trägt hierzu auch die konsequente Leitlinienorientierung in der ärztlichen Weiterbildung bei, während die „Schärfung moralischen Urteilskraft“ vernachlässigt wird, wie dies auch die DGPPN in einer ethischen Stellungnahme zur „Achtung der Selbstbestimmung und Anwendung von Zwang“ anmerkt (117).

Zusammengefasst deuten die Ergebnisse der Interviewstudie darauf hin, dass ein strukturell verfestigter ärztlicher Schutzreflex zur Fürsorge mit dem primären Ziel der bestmöglichen Krankheitsbehandlung ebenso wie die geringe Implementierung und die geringe Klarheit der Rechtslage der BV entscheidende Hürden für das Vorausverfügungsinstrument darstellen. Schlussfolgernd ist anzunehmen, dass hieraus Vorbehalte und eine kritische Einstellung seitens der Ärzte zu BVen entstehen. Diese Vorbehalte und die kritische Einstellung der Psychiater zu Vorausplanungsinstrumenten werden durch unterschiedliche Publikationen vielfach gestützt (60, 78-81).

5.5 Fazit

Die Ergebnisse der Interviewstudie deuten auf vielseitige und bedeutende Chancen und Potentiale einer BV für alle Beteiligten hin, sowohl im Prozess des Beratungsgespräches als auch in der konkreten Krisensituation. Diese lassen sich unter den in der Diskussion der Studie neu erfassten Aspekten „strukturelle Verbesserung der ärztlichen Tätigkeit“ und „Entstigmatisierung der psychiatrischen Behandlung“ sowie unter den aus der Forschung bereits bekannten Themenkomplexen „Förderung des therapeutischen Bündnisses“, „verbesserte psychiatrische Versorgung“ und „Steigerung der Selbstbestimmung des Patienten“ subsumieren (8). Die international bisher geringe Anzahl an Interventionsstudien mit psychiatrischen Vorausplanungsinstrumenten (PPVen und BVen) kann einige der von den Interviewteilnehmern genannten Chancen bestätigen (11-15, 74, 134). Die Datenlage ist dennoch wohl auch deshalb gering, weil die Messung möglicher Erfolge mit großem Aufwand und zudem mit methodischen

Schwierigkeiten verbunden ist (68). Negative Auswirkungen von Vorausverfügungen konnten bislang in keiner Studie festgestellt werden (68). Ungeachtet der Chancen und Potentiale deuten die Ergebnisse der vorliegenden Studien auf Hürden in der klinischen Umsetzung der BV hin.

Dies bezeugt faktisch die nach wie vor geringe Abschlussrate mit nur 1,4 BVen/Jahr im Median (Stand: Januar 2014), die in der vorliegenden Fragebogenstudie exemplarisch für psychiatrische Kliniken mit einem BV-Angebot im Bundesland Bayern erhoben wurde. Eine im Vergleich zum Jahr 2009 zunehmend kritische Haltung der Klinikleiter bei der Erhebung der Erfahrungen mit BVen unterstreicht darüber hinaus vorliegende Hürden. Die Mehrzahl der befragten bayerischen Kliniken bietet hingegen erst gar keine Möglichkeit für den Abschluss einer BV an. Als wesentliche Gründe für eine Nicht-Einführung der BV in die klinische Versorgung nannten die Klinikleiter eine mangelnde Nachfrage durch die Patienten wie auch seitens der Kliniken selbst. Demgemäß konnte die Stärkung der Patientenrechte im Jahr 2009 im Rahmen des sogenannten Patientenverfügungsgesetzes (§ 1901a BGB) keine wesentlichen Auswirkungen auf die psychiatrische Versorgung (im exemplarischen Bundesland Bayern) zeigen.

Mögliche Erklärungsansätze können die Ergebnisse der Interviewstudie im Rahmen der genannten Risiken und Hindernisse liefern, die auf vielfältige Hürden für die BV in der psychiatrischen Versorgung hindeuten: Einerseits legen die vorliegenden Ergebnisse unter Einbezug der bisherigen Forschung unterschiedliche und teils divergente Interessen und Zielsetzungen der beteiligten Parteien hinsichtlich des Instrumentes nahe (8). Andererseits führen die gegebenen Rahmenbedingungen (geringe Implementierung, widersprüchliche Anforderungen in der Krisensituation, geringe Klarheit der Rechtslage) zum Verharren in gewohnten Verhaltensschablonen. Ein tradiertter Schutzreflex zur Fürsorge in der ärztlichen Tätigkeit mit dem obersten Ziel der bestmöglichen Behandlung des spezifischen Krankheitsbildes bestärkt womöglich zudem die bestehenden Verhaltensweisen und Strukturen. Hieraus folgt unter Umständen eine gewisse Risiko-Aversion gegenüber Handlungsalternativen und eine restriktive Einstellung der befragten Psychiater gegenüber der BV, wonach das Instrument als zweifelhaft umsetzbar, fraglich nutzbringend für die Behandlung oder sogar mit möglichen schädigenden Folgen behaftet betrachtet wird. Diese Einstellung geht mit gleichzeitiger Kenntnis der möglichen Chancen und Potentiale einer BV einher. Atkinson und Kollegen beschrieben diesen Widerspruch zwischen der Befürwortung von Patientenautonomie und gleichzeitiger Hemmnis in Bezug auf psychiatrische Vorausplanungsinstrumente als Ergebnis einer Befragung unter Behandlern wie folgt:

„There was a real sense of people ‚wanting to do the right thing‘: they wanted to support patient choice, but at the same time wanted to minimise risk and adverse consequences. This led to apparently contradictory statements and a sense that the consequences of many responses had not been thought through.“ (81)

Aus dieser Ambivalenz zwischen Befürwortung der Patienteninteressen einerseits und Fürsorge-Ethos sowie Risikominimierung andererseits entsteht womöglich ein Rollenkonflikt, der zugunsten von Sicherheit (primär Anwendung einer standardisierten Behandlung) und institutionellen Interessen (Auf-

wandsreduktion, standardisierte reibungslose Abläufe) im vermeintlichen Interesse des Patienten entschieden wird. Ein von Fürsorge-Ethos und zugleich von systematischen organisatorischen Abläufen geprägtes ärztliches Rollenbild („context defined me“) behindert so möglicherweise einen personenzentrierten Ansatz im Rahmen einer BV (70). Dem Angebot einer BV in der klinischen Behandlung mangelt es daher womöglich an dem Willen und der nötigen Ernsthaftigkeit zur partizipativen Behandlungsgestaltung. Es lässt sich vermuten, dass die mangelnde Nachfrage nach BVen von Patienten wie auch Behandlern, die als häufigstes Hindernis für die klinische Einführung von den befragten Klinikleitern genannt wurde, diesen tiefer liegenden Gründen geschuldet ist.

5.6 Ausblick: Kulturwandel durch strukturellen Wandel mittels Advanced Care Planning (ACP)

Aus ethischer wie rechtlicher Sicht besteht ein deutlicher Bedarf an Instrumenten der Vorausverfügung, um der Selbstbestimmungsfähigkeit des Patienten auch in Phasen der Einwilligungsunfähigkeit bestmöglich Rechnung zu tragen. Dabei kann das Konzept der BV durch vielfältige Chancen und Potentiale sowohl im Rahmen des Vereinbarungsprozesses als auch in der konkreten Anwendungssituation überzeugen. Die Abschlussrate und Verbreitung der BV in der psychiatrischen Kliniklandschaft zeigt sich bisher jedoch noch als unzureichend, ungeachtet dessen, dass Patienten im Rahmen anderer Studien ein deutliches Interesse an Vorausplanungsinstrumenten gezeigt haben (76, 77, 122, 140). Auch die gesetzliche Stärkung der Patientenrechte im Jahr 2009 durch das sogenannte Patientenverfügungsgesetz konnte die Verbreitung dieser Instrumente nicht erfolgreich fördern. Die vorliegende Interviewstudie deutet dabei vorwiegend auf Hürden in der ärztlichen Einstellung zur Behandlung als auch auf eine geringe Klarheit der Rechtslage hinsichtlich der BV und eine geringe Implementierung in die psychiatrische Versorgung hin.

Demzufolge können die eingangs erwähnten Grundannahmen aus der Metaanalyse von Nicaise et al. aufgegriffen und erweitert werden. So hielten Nicaise und Kollegen fest, dass Vorausverfügungen eine komplexe vielstufige Intervention darstellen, die im Wesentlichen die folgenden drei Stufen vorsieht: das Angebot, den Abschluss sowie die Verfügbarkeit und Anerkennung in der Krise (8). Die BV im Speziellen bedingt jedoch nach den vorliegenden Ergebnissen nicht nur eine Intervention, sondern vielmehr einen komplexen vielstufigen iterativen Prozess. Die Ergebnisse der Interviewstudie deuten darauf hin, dass eine Erfolg versprechende Etablierung von BVen folgende Prozess-Stufen umfasst, die entscheidende Schritte sowohl von der Klinik als auch von den klinischen Mitarbeitern erfordern. Die Klinik übernimmt dabei primär zentrale Aufgaben: Erstens muss sie die BV als Instrument anbieten und Vorlagen bereithalten sowie zweitens das Instrument bekannt machen, die beteiligten Stakeholder informieren, schulen und überzeugen. Den klinischen Mitarbeitern wird dann die Aufgabe zuteil, erstens den Patienten die BV anzubieten und in einen adäquaten Vereinbarungsprozess zu treten sowie die BV gemeinsam abzuschließen, zweitens das Instrument in der Krise zu respektieren und nach Möglichkeit

anzuwenden sowie drittens die Vereinbarung anschließend zu evaluieren und wenn nötig viertens anzupassen.

Aus diesen Ergebnissen lassen sich zwei entscheidende Ansatzpunkte als Implikationen für die Praxis ableiten: Primär ist eine strukturelle Implementierung der BV durch die Klinik in die psychiatrische Versorgung notwendig. Sekundär ist einhergehend nicht weniger als ein Kulturwandel in der ärztlichen Behandlung zu unterstützen. Möglicherweise lässt sich dieser Kulturwandel mittels des strukturellen Wandels im Rahmen einer erfolgreichen Implementierung und Anwendung von BVen befördern. So berichteten behandelnde Psychiater im Rahmen der Einführung einer BV in die klinische Versorgung von „stärkerer Reflexion der eigenen Tätigkeit“ und von einem geschärften „Bewusstsein für die Wirkung von Zwangsmaßnahmen“ sowie von einer größeren „Empathie und Sensibilität gegenüber den Patienten“ (9). Zudem konnte belegt werden, dass die zunehmende Vertrautheit mit psychiatrischen Vorausverfügungen zu einem höheren Einsatz führt (131). Um einen nachhaltigen Effekt zu erzielen, ist es im Rahmen des iterativen Prozesses jedoch notwendig, dass vor allem klinische Führungskräfte der BV Priorität beimessen und sie als ein aufrichtiges Angebot zur partizipativen Behandlungsgestaltung im Rahmen einer patientenzentrierten Behandlungskultur bekanntmachen, vertreten und fördern. Einer kritischen Haltung der Psychiater lässt sich jedoch nicht ausschließlich mit einer Top-Down-Implementierung begegnen. Vielmehr müssen die Behandler mit ihren Bedenken und Bedürfnissen aktiv in den Implementierungsprozess einbezogen werden (135). Um das Bewusstsein für mögliche Konfliktsituationen in der Behandlung und einen adäquaten Umgang mit der BV zu stärken, sollten weiterhin rechtliche, ethische und kommunikative Kompetenzen mittels Schulungsangeboten und Supervisionen aufgebaut werden.

Für den somatischen Bereich konnte im Rahmen von umfassenden strukturierten Konzepten durch Advance Care Planning-Programme (ACP-Programme) einschlägige Erfolge sowohl international als auch in Deutschland für Vorausverfügungen erzielt werden (186, 209). Inwieweit sich diese Ergebnisse auf die psychiatrische Versorgung übertragen lassen, ist fraglich. Die positiven Erfahrungen aus US-amerikanischen Studien mit einer sogenannten „qualifizierte[n] Begleitung des Gesprächsprozesses („facilitation““ (210) durch geschultes Fachpersonal zeigen jedoch (49, 50, 145), dass bereits ein aufsuchendes Gesprächsangebot und eine strukturierte 120-minütige Beratung positive Effekte auf die Abschlussrate (61 % vs. 3 % in der Kontrollgruppe) und die Qualität von psychiatrischen Vorausverfügung haben (12). Damit nähert sich die Abschlussrate mit einer qualifizierten Begleitung des Gesprächsprozesses dem Niveau an, das nahezu der Patientennachfrage nach Vorausverfügungen entspricht (66–77 %), die in einer weiteren Studie ermittelt wurde (76). Es wird somit deutlich, dass die Unterstützung häufig essentiell für den Abschluss einer Vorausverfügung ist. Gerade die Anbahnung und Einleitung des Gesprächsprozesses durch ein behandlungsunabhängiges, geschultes Fachpersonal kann möglicherweise eine Schlüsselrolle für den angestrebten sukzessiven Kulturwandel darstellen. Einerseits ergibt sich aus ganz praktischer Perspektive eine Erleichterung im Abschlussprozess für die Behandler, andererseits

scheinen durch die Behandlungsunabhängigkeit des Gesprächsbegleiters auch das Vertrauen und die Übereinstimmung mit den tatsächlichen Bedürfnissen der Patienten zu steigen (49).

Die Ergebnisse der Interviewstudie (Hindernisse K11, K12, K13) und die Forschungsliteratur deuten jedoch darauf hin, dass die Einbeziehung aller relevanten Stakeholder in den Vereinbarungsprozess einen entscheidenden Erfolgsfaktor darstellt, um ein gemeinsames Commitment für die Anwendungssituation zu schaffen (125) und um die Präzisierung der gewünschten Therapie sowie die klinische Evidenz zu fördern (49). Demnach sollte nicht vernachlässigt werden, dass das Personal (Ärzte, Pflege, ggf. Psychologen), Vorsorgebevollmächtigte/Betreuer sowie auf Wunsch von Patienten auch Angehörige ab einem gewissen Zeitpunkt in den Abschluss einer BV einzubeziehen sind. In diesem zweiten Schritt könnte der Gesprächsbegleiter eine supervidierende Rolle einnehmen, um mögliche Konflikte im Vereinbarungsprozess zu identifizieren und diesen vermittelnd zu begegnen (211). Neben dem „aufsuchenden Gesprächsangebot[s]“ und der „qualifizierte[n] Gesprächsbegleitung“ sind weiterhin folgende Kernelemente eines ACP-Programms zu implementieren: „Professionelle Dokumentation“ und „einheitliche[n] Formulare[n]“, „Archivierung, Zugriff und Transfer von Vorausverfügungen“, „Aktualisierung/Fortführung des Gesprächsprozesses im Verlauf“, „Beachtung und Befolgung von Vorausverfügungen durch Dritte“ sowie die „Installierung eines Prozesses der kontinuierlichen Qualitätssicherung“ (212). Auf Grund der bisher geringen Erfahrungswerte ist dafür zu plädieren, dass die Implementierung der BV primär im Rahmen eines Pilotmodells in einem Forschungsprojekt durch die Psychiatrie und Medizinethik begleitet wird. Dabei sollten sowohl Schwierigkeiten bei der organisatorischen Einführung, beim Abschluss und der Anwendung sowie die konkreten Auswirkungen von BVen auf die psychiatrische Versorgung evaluiert werden, um einen möglichen weiteren Handlungsbedarf ableiten zu können (117).

5.7 Limitation

5.7.1 Quantitative Studie

Ziel der vorliegenden Fragebogenstudie war es, erste Einblicke in die Verbreitung (klinisches Angebot) und Abschlüsse von Behandlungsvereinbarungen in bayerischen psychiatrischen Kliniken zu erhalten, nachdem sich mehr als vier Jahre zuvor die gesetzlichen Rahmenbedingungen durch das sogenannte Patientenverfügungsgesetz (§ 1901a BGB) geändert hatten. Die Ergebnisse unterliegen dabei gewissen Einschränkungen.

So zeigen die Studienergebnisse auf Grund der Begrenzung der Erhebung auf das exemplarische Bundesland Bayern lediglich mögliche Tendenzen für die Verbreitung und Abschlüsse von BVen sowie beispielhafte Erfahrungen mit BVen auf. Sie erheben keinen Anspruch auf verallgemeinerbare Rückschlüsse auf das restliche Bundesgebiet bezüglich BVen. Allerdings lässt sich auf Grundlage der Ergebnisse aus Bayern im Vergleich zu den vorliegenden bundesweiten Verbreitungszahlen annehmen, dass weiterhin die Tendenz zu einer unterschiedlichen regionalen Verbreitung von BVen in Deutschland besteht, wie dies Borbé et al. im Jahr 2009 festgestellt haben (7). So bleibt die Verbreitung von BVen in Bayern nach wie vor deutlich hinter den westdeutschen PLZ-Gebieten 3, 4 und 5 zurück.

In der Diskussion der Ergebnisse wurde eine Gegenüberstellung der eigenen Daten mit denen der deutschlandweiten Studie von Borbé et al. aus dem Jahr 2009 vorgenommen (7). Dabei wurden die erhobenen Verbreitungszahlen der BV mit den Daten zur Verbreitung von Borbé et al. aus den PLZ-Gebieten 8 und 9 verglichen. Diese Gebiete beinhalten jedoch nicht nur das Bundesland Bayern, sondern angrenzend auch Teile der Bundesländer Baden-Württemberg und Thüringen. Die Gegenüberstellung dieser Studienergebnisse in der Diskussion stellt daher nur einen annähernden Vergleich dar, der Tendenzen im Zeitverlauf widerspiegelt.

Limitationen der Ergebnisse sind auch in der Methode der Fragebogenstudie begründet. Auf Grund der schriftlich zugestellten Befragung konnte nicht sichergestellt werden, dass die angeschriebenen Klinikleiter den Fragebogen in allen Fällen selbst ausgefüllt haben. Für die deskriptiven Daten, wie beispielsweise Angaben zum Angebot der BV, der Einsehbarkeit etc., ist dies wenig relevant. Für die Informationen zu den Erfahrungen mit BVen hingegen wäre es bedeutend zu wissen, wer die Angaben gemacht hat. Auch wenn explizit die Klinikleitung adressiert wurde, so ist nicht auszuschließen, dass das Ausfüllen des Fragebogens dennoch delegiert wurde. Diese Problematik muss jedoch bei jeglichen schriftlich durchgeführten Fragebogenstudien in Kauf genommen werden.

Weiterhin wurden die gemachten Angaben nicht auf ihre Richtigkeit überprüft, sodass mögliche Fehlangaben nicht auszuschließen sind. Da die Daten der Fragebögen nach der Rücksendung anonymisiert behandelt wurden, wäre eine Kontrolle der gemachten Angaben letztlich auch nicht möglich gewesen.

Derartige Kontrollen sind zudem eher unüblich für Fragebogenstudien. Darüber hinaus war die Studie auch mit dem Ziel verbunden, die Perspektive der Klinikleiter zu erfassen, sodass eine Kontrolle in der Mehrzahl der Angaben auch nicht zweckdienlich gewesen wäre.

Eine Vollerhebung konnte in der Durchführung der Befragung nicht erreicht werden. Damit einhergehend sind Selbstselektionseffekte nicht auszuschließen. So ist es möglich, dass Klinikleiter in Kliniken ohne BV beziehungsweise Klinikleiter, die dem Instrument nur geringe Bedeutung beimessen oder aber Vorbehalte gegenüber BVen haben, einen geringeren Anreiz hatten, sich mit dem Thema auseinanderzusetzen und an der Studie teilzunehmen. Sollte diese Vermutung zutreffen, könnte sich die derzeitige Situation der Vorausplanung mittels BVen in Bayern ungünstiger als in der Befragung erhoben darstellen. Um Selbstselektionseffekten entgegen zu wirken, wurde eine intensive Nachkontaktierung durchgeführt. Dadurch konnte die Rücklaufquote auf 53 % (30 Fragebögen) gesteigert werden, wodurch anzunehmen ist, dass folglich auch Selbstselektionseffekte zumindest verringert wurden. Daneben ist auch mit Hinblick auf die erhobene vorwiegend kritische Haltung der Klinikleiter gegenüber BVen davon auszugehen, dass Selbstselektionseffekte nur bedingt eingetreten sind.

5.7.2 Qualitative Studie

Gewisse Selbstselektionseffekte sind auch bei den Teilnehmern der persönlichen Interviews möglich. Nicht auszuschließen ist, dass sich vorzugsweise Psychiater zu einem Interview freiwillig bereit erklärt haben, die eine tendenziell aufgeschlosseneren Grundhaltung gegenüber der BV aufwiesen, während mögliche offenkundige Kritiker einer BV nicht erreicht werden konnten. Zudem ist nicht auszuschließen, dass die Gatekeeper in der Funktion als Führungskräfte durch eine gewisse Erwartungshaltung zur Teilnahme an der Studie einen indirekten oder sogar direkten Einfluss auf die Selektion der Interviewpartner ausgeübt haben. Ungeachtet dieser Einschränkungen zeigte sich in der Durchführung der Interviews anhand der Antworten des Begleitfragebogens ein großes Meinungsspektrum in Bezug auf die BV. Ebenso wurden im Rahmen der Interviewfrage zu den Hindernissen sehr kontroverse Sichtweisen zur BV und durchaus kritische Stimmen deutlich. Eine homogene Haltung der Interviewpartner lässt sich so durch die Studienergebnisse widerlegen, weshalb gewichtige Selektionseffekte unwahrscheinlicher erscheinen.

Die Ergebnisse der Interviewstudie repräsentieren exemplarisch Haltungen von Psychiatern im Umfeld einer geringen Verbreitung von BVen, was auch die Gegebenheit in der psychiatrischen Kliniklandschaft in Deutschland widerspiegelt. Gerade mögliche Hindernisse für BVen, aber auch eventuelle Vorbehalte gegenüber der BV konnten so praxisnah erhoben werden. Die Methode des Interviews hat jedoch auch zur Folge, dass der Forscher selbst als Instrument im Rahmen des Erhebungsprozesses fungiert und seine Person nicht in neutraler Wirkung auf die Studienteilnehmer verbleiben kann. Von der Rolle des Interviewers (Vorerfahrung, Alter, Geschlecht etc.) ist schließlich auch abhängig, welche Informationen zugänglich werden beziehungsweise verwehrt bleiben. Um diesem Problem zu begegnen,

wurde vor und während der Feldforschung eine Schulung der Interviewerin für das qualitative Interview vorgenommen.

Bedingt durch die Interviewsituation sind darüber hinaus sozial erwünschte Antworten nicht auszuschließen. Allerdings bietet gerade die Methode des Interviews die Gelegenheit, diese auf Grund der längeren und gleichzeitig vertiefenden Gesprächssituation zu minimieren. Da sich die Interviewpartner dieser Studie im Übrigen auch durchaus kritisch, beispielsweise zur konkreten Anwendbarkeit der BV und auch gegenüber der Haltung von Kollegen in der Psychiatrie äußerten, ist anzunehmen, dass die jeweiligen relevanten Auffassungen auch für andere Bereiche tendenziell frei geäußert wurden.

Wie dem Begleitfragebogen zu entnehmen war, weisen die Interviewpartner eine breite Variation in Bezug auf die Berufserfahrung, die Position, das Alter, den Tätigkeitsbereich (Universitätsklinik vs. Bezirksklinik, offene vs. geschützte Station) sowie in der Grundhaltung zur BV auf. Dennoch kann nicht ausgeschlossen werden, dass sich die Einstellungen klinisch tätiger Psychiater im Hinblick auf die BV in anderen als in den zwei explorierten Kliniken von den vorliegenden Ergebnissen unterscheiden. Ziel dieser Studie war es, exemplarische Einstellungen zu erfassen. Die Untersuchungsergebnisse erheben daher keinen Anspruch auf ein umfassendes Meinungsbild der klinischen Psychiater zu BVen. Kritiker einer qualitativen Methode mögen daher möglicherweise die Repräsentativität der Ergebnisse vermissen. Dem kann jedoch entgegnet werden, dass die Methode einer qualitativen Interviewstudie im Gegensatz zur quantitativen Forschung hierauf keinen Anspruch erhebt (93). Vielmehr fokussiert die qualitative Forschung „das Besondere“ und im weiteren Sinne „latente Sinnstrukturen“, die „bereits anhand des Einzelfalls bestimmt werden können und eine objektive Gültigkeit über diesen Fall hinaus haben“ (93). Die Studie erforschte so lediglich exemplarische Perspektiven der klinisch tätigen Psychiater zur BV.

Nicht erfasst wurden ferner die Einstellungen des weiteren Klinikpersonals (Pflegepersonal, Psychologen, Sozialarbeiter etc.) sowie der Patienten. Die Erhebung weiterer Forschungsdaten hierzu wäre wünschenswert.

6 Literaturverzeichnis

1. Steinert T, Birk M, Flammer E, Bergk J. Subjective distress after seclusion or mechanical restraint. One-year follow-up of a randomized controlled study. *Psychiatric services*. 2013;64(10): 1012–7.
2. Frajo-Apor B, Stippler M, Meise U. „Etwas Erniedrigenderes kann dir eigentlich in der Psychiatrie nicht passieren“. *Psychiatrische Praxis*. 2011;38(06): 293–9.
3. Längle G, Bayer W. Psychiatrische Zwangsbehandlung und die Sichtweise der Patienten. *Psychiatrische Praxis*. 2007;34(S 2): S203–S7.
4. Olzen D. Die Auswirkungen des Betreuungsrechtsänderungsgesetzes (Patientenverfügungsgesetz) auf die medizinische Versorgung psychisch Kranker 2010. URL: http://www.dgppn.de/fileadmin/user_upload/_medien/download/pdf/stellungnahmen/2010/stn-2010-04-15-anh-gutachten-prof-olzen-pat-vg.pdf (Zugriff am 02.03.2014)
5. Deutscher Bundestag. Drittes Gesetz zur Änderung des Betreuungsrechts vom 29.07.2009. URL: http://www.bundesanzeiger-verlag.de/fileadmin/BT-Prax/Dokumente/Jubilaeum/03_Drittes_BtAEndG_BGBI.pdf (Zugriff am 26.08.2014).
6. Olzen D. Auswirkungen des Patientenverfügungsgesetzes auf die medizinische Versorgung psychisch Kranker. In: *Aktion psychisch Kranke e. V. (Hrsg.). Patientenverfügung und Behandlungsvereinbarung bei psychischen Erkrankungen*. Bonn: Psychiatrie-Verlag; 2010, 11–21.
7. Borbé R, Jaeger S, Borbé S, Steinert T. Anwendung psychiatrischer Behandlungsvereinbarungen in Deutschland. *Der Nervenarzt*. 2012;83(5): 638–43.
8. Nicaise P, Lorant V, Dubois V. Psychiatric Advance Directives as a complex and multistage intervention. A realist systematic review. *Health & social care in the community*. 2013;21(1): 1–14.
9. Grätz J, Brieger P. Einführung und Umsetzung einer Behandlungsvereinbarung. Eine empirische Studie unter Berücksichtigung von Betroffenen, Ärzten und Sozialarbeitern. *Psychiatrische Praxis*. 2012;39: 388–93.
10. Henderson C, Flood C, Leese M, Thornicroft G, Sutherby K, Szmukler G. Views of service users and providers on joint crisis plans. Single blind randomized controlled trial. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*. 2009;44(5): 369–76.
11. Swanson JW, Swartz MS, Elbogen EB, Van Dorn RA, Wagner HR, Moser LA, et al. Psychiatric advance directives and reduction of coercive crisis interventions. *Journal of mental health*. 2008;17(3): 255–67.
12. Swanson JW, Swartz MS, Elbogen EB, Van Dorn RA, Ferron J, Wagner HR, et al. Facilitated psychiatric advance directives. A randomized trial of an intervention to foster advance treatment planning among persons with severe mental illness. *The American journal of psychiatry*. 2006;163(11): 1943–51.
13. Rittmannsberger H, Lindner H. Erste Erfahrungen mit dem Angebot einer Behandlungsvereinbarung. *Psychiatrische Praxis*. 2006;33(02): 95–8.
14. Flood C, Byford S, Henderson C, Leese M, Thornicroft G, Sutherby K, et al. Joint crisis plans for people with psychosis. Economic evaluation of a randomised controlled trial. *BMJ*. 2006;333(7571): 729.

15. Henderson C, Flood C, Leese M, Thornicroft G, Sutherby K, Szmukler G. Effect of joint crisis plans on use of compulsory treatment in psychiatry. Single blind randomised controlled trial. *BMJ*. 2004;329(7458): 136.
16. Voelzke W. Sinn und Zweck, Chancen und Grenzen der Behandlungsvereinbarung. In: Dietz A, Pörksen N, Voelzke W (Hrsg.). *Behandlungsvereinbarungen. Vertrauensbildende Maßnahmen in der Akutpsychiatrie*. Bonn: Psychiatrie Verlag; 1998, 16–28.
17. Radenbach K, Falkai P, Weber-Reich T, Simon A. Joint crisis plans and psychiatric advance directives in German psychiatric practice. *Journal of medical ethics*. 2013.
18. Schneider F, Falkai P, Maier W. *Psychiatrie 2020 plus*. Berlin und Heidelberg: Springer; 2012.
19. Gaebel W, Kowitz S, Fritze J, Zielasek J. Inanspruchnahme des Versorgungssystems bei psychischen Erkrankungen. *Deutsches Ärzteblatt International*. 2013;110(47): 799–808.
20. Appelbaum PS. Clinical practice. Assessment of patients' competence to consent to treatment. *The New England journal of medicine*. 2007;357(18): 1834–40.
21. DGPPN. Memorandum der DGPPN zur Autonomie und Selbstbestimmung von Menschen mit psychischen Störungen. URL: <https://www.dgppn.de/aktuelles/detailansicht/article//memorandum-d.html> (Zugriff am 20.03.2017).
22. Bundesärztekammer. Stellungnahme der Zentralen Kommission zur Wahrung ethischer Grundsätze in der Medizin und ihren Grenzgebieten (Zentrale Ethikkommission) bei der Bundesärztekammer Zwangsbehandlung bei psychischen Erkrankungen. *Deutsches Ärzteblatt*. 2013;110(26): 1334–8.
23. Henking T. *Zwangsbehandlung psychisch kranker Menschen*. Berlin und Heidelberg: Springer; 2015.
24. Swartz MS, Swanson JW, Hannon MJ. Does fear of coercion keep people away from mental health treatment? Evidence from a survey of persons with schizophrenia and mental health professionals. *Behavioral sciences & the law*. 2003;21(4): 459–72.
25. Beauchamp TL, Childress JF. *Principles of biomedical ethics*. 7. Aufl. New York [u. a.]: Oxford Univ. Press; 2013.
26. Marckmann G. Selbstbestimmung bei entscheidungsunfähigen Patienten aus medizinethischer Sicht. In: Breitsameter C (Hrsg.). *Autonomie und Stellvertretung in der Medizin. Entscheidungsfindung bei nichteinwilligungsfähigen Patienten*. Stuttgart: Kohlhammer; 2011, 17–33.
27. Schott H, Tölle R. *Geschichte der Psychiatrie. Krankheitslehren, Irrwege, Behandlungsformen*. München: Beck; 2006.
28. Vereinte Nationen. Gesetz zu dem Übereinkommen der Vereinten Nationen vom 13. Dezember 2006 über die Rechte von Menschen mit Behinderungen sowie zum dem Fakultativprotokoll vom 13. Dezember 2006 zum Übereinkommen der Vereinten Nationen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen (amtliche deutsche Übersetzung). URL: <http://www.un.org/Depts/german/gv-61/band1/ar61106.pdf> (Zugriff am 17.03.2015).
29. Graumann S. *Assistierte Freiheit*. Frankfurt am Main und New York: Campus; 2011.
30. Deutsches Institut für Menschenrechte. Stellungnahme der Monitoringstelle zur UN-Behindertenrechtskonvention anlässlich der Öffentlichen Anhörung am Montag, den 10. Dezember 2012, im Rahmen der 105. Sitzung des Rechtsausschusses. URL: http://www.institut-fuer-menschenrechte.de/uploads/tx_commerce/Stellungnahme_der_Monitoring_Stelle_zur_UNBRK_anlaesslich_der_Oeffentlichen_Anhoerung_am_10_12_2012_im_Rahmen_der_105_Sitzung_des_Rechtsausschusses.pdf (Zugriff am 03.10.2017).

31. Borasio GD, Hefler H-J, Wiesing U. Patientenverfügungsgesetz. Umsetzung in der klinischen Praxis. *Deutsches Ärzteblatt International*. 2009;106(40): A 1952–7.
32. Bundesverfassungsgericht. Beschluss des Zweiten Senats vom 23.03.2011, 2 BvR 882/09, Absatz-Nr. (1–83). URL: http://www.bverfg.de/entscheidungen/rs20110323_2bvr088209.html (Zugriff am 26.08.2014).
33. Bundesverfassungsgericht. Beschluss vom 12.10.2011, 2 BvR 633/11, Absatz-Nr. (1–47). URL: http://www.bverfg.de/entscheidungen/rs20111012_2bvr063311.html (Zugriff am 26.08.2014).
34. Mittag M. Die verfassungsrechtlichen Anforderungen an psychiatrische Zwangsbehandlungen im Betreuungsrecht. *Recht & Psychiatrie*. 2012;30(4): 197–205.
35. Marschner R. Aktuelles zur Zwangsbehandlung. In welchen Grenzen ist sie noch möglich? *Recht & Psychiatrie*. 2011;29(3): 160–7.
36. Bundesgerichtshof. Beschluss des XII. Zivilsenats vom 20.6.2012, XII ZB 130/12 und XII ZB 99/12. URL: <http://juris.bundesgerichtshof.de/cgi-bin/rechtsprechung/document.py?Gericht=bgh&Art=en&Datum=Aktuell&nr=60958&linked=p> m (Zugriff am 26.08.2014).
37. Borbé R. Patientenautonomie in der Psychiatrie. In: Wiesemann C, Simon A (Hrsg.). *Handbuch Patientenautonomie. Theoretische Grundlagen – Praktische Anwendungen*. Münster: Mentis; 2013, 190–203.
38. Petit M, Klein JP. Psychisch Kranke. Zwangsbehandlung mit richterlicher Genehmigung wieder möglich. *Deutsches Ärzteblatt International*. 2013;110(9): 377–9.
39. Deutscher Bundestag. Gesetz zur Regelung der betreuungsrechtlichen Einwilligung in eine ärztliche Zwangsmaßnahme vom 18. Februar 2013. URL: <http://npl.ly.gov.tw/pdf/8129.pdf> (Zugriff am 17.03.2015).
40. Deutscher Bundestag. Gesetz zur Änderung der materiellen Zulässigkeitsvoraussetzungen von ärztlichen Zwangsmaßnahmen und zur Stärkung des Selbstbestimmungsrechts von Betreuten vom 17.07.2017. URL: https://www.bgbl.de/xaver/bgbl/text.xav?SID=&tf=xaver.component.Text_0&toef=&qmf=&hlf=xaver.component.Hitlist_0&bk=bgbl&start=%2F%2F%5B%40node_id%3D%27263216%27%5D&skin=pdf&tlevel=-2&nohist=1 (Zugriff am 31.07.2017).
41. Bundesverfassungsgericht. Urteil des Zweiten Senats vom 24.07.2018, 2 BvR 309/15, Rn. (1–131). URL: http://www.bverfg.de/e/rs20180724_2bvr030915.html (Zugriff am 24.09.2018).
42. Bundesverfassungsgericht. Pressemitteilung Nr. 62/2018 vom 24.07.2018: Zu den verfassungsrechtlichen Anforderungen an die Fixierung von Patienten in der öffentlich-rechtlichen Unterbringung. URL: <https://www.bundesverfassungsgericht.de/SharedDocs/Pressemitteilungen/DE/2018/bvg18-062.html> (Zugriff am 24.09.2018).
43. Alonso A, Dorr D, Szabo K. Critical appraisal of advance directives given by patients with fatal acute stroke. An observational cohort study. *BMC Med Ethics*. 2017;18(1): 7.
44. Sommer S, Marckmann G, Pentzek M, Wegscheider K, Abholz H-H, in der Schmitten J. Patientenverfügungen in stationären Einrichtungen der Seniorenpflege. *Deutsches Ärzteblatt International*. 2012;109(37): 577–83.
45. Evans N, Bausewein C, Menaca A, Andrew EV, Higginson IJ, Harding R, et al. A critical review of advance directives in Germany. Attitudes, use and healthcare professionals' compliance. *Patient education and counseling*. 2012;87(3): 277–88.
46. Borbé R, Jaeger S, Steinert T. Behandlungsvereinbarungen in der Psychiatrie. *Psychiatrische Praxis*. 2009;36(01): 7–15.
47. Szasz TS. The psychiatric will. A new mechanism for protecting persons against „psychosis“ and psychiatry. *The American psychologist*. 1982;37(7): 762–70.

48. Radenbach K, Simon A. Advance Care Planning in der Psychiatrie. *Ethik in der Medizin*. 2016;28(3): 183–94.
49. Ruchlewska A, Mulder CL, Van der Waal R, Kamperman A, Van der Gaag M. Crisis plans facilitated by patient advocates are better than those drawn up by clinicians. Results from an RCT. *Administration and policy in mental health*. 2014;41(2): 220–7.
50. Van Dorn RA, Swanson JW, Swartz MS, Elbogen E, Ferron J. Reducing barriers to completing psychiatric advance directives. *Administration and policy in mental health*. 2008;35(6): 440–8.
51. Deutscher Bundestag. Gesetz zur Verbesserung der Rechte von Patientinnen und Patienten vom 20.02.2013. URL: <https://www.bundesanzeiger-verlag.de/fileadmin/BT-Prax/Dokumente/PDF/bgb1113s0277.pdf> (Zugriff am 27.07.2017).
52. Dietz A, Pörksen N, Voelzke W. *Behandlungsvereinbarungen. Vertrauensbildende Maßnahmen in der Akutpsychiatrie*. Bonn: Psychiatrie Verlag; 1998.
53. Bielefelder Behandlungsvereinbarung. Hrsg.: Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie in Bethel URL: <http://psychiatrie-bielefeld.de/behandlungsvereinbarung/behandlungsvereinbarung.pdf> (Zugriff am 23.03.2015).
54. Dietz A, Pörksen N. Verhandeln als Leitlinie psychiatrischen Handelns. In: Dietz A, Pörksen N, Voelzke W (Hrsg.). *Behandlungsvereinbarungen. Vertrauensbildende Maßnahmen in der Akutpsychiatrie*. Bonn: Psychiatrie Verlag; 1998, 9–15.
55. Finzen A. Auf dem Wege zur Reform. Die Psychiatrie-Enquete wird 40. *Psychiatrische Praxis*. 2015;42(07): 392–6.
56. Hildebrandt B, Dietz A. Bielefeld. Offenheit und Neugier waren der Anfang. In: Dietz A, Pörksen N, Voelzke W (Hrsg.). *Behandlungsvereinbarungen. Vertrauensbildende Maßnahmen in der Akutpsychiatrie*. Bonn: Psychiatrie Verlag; 1998, 29–44.
57. Vollmann J. Patientenverfügungen von Menschen mit psychischen Störungen. *Der Nervenarzt*. 2012;83(1): 25–30.
58. Heinz A, Borbé R. *Behandlungsvereinbarungen aus therapeutischer Sicht*. In: *Aktion psychisch Kranke e. V. (Hrsg.). Patientenverfügung und Behandlungsvereinbarung bei psychischen Erkrankungen*. Bonn: Psychiatrie-Verlag; 2010, 45–8.
59. DGPPN. Für Patientenautonomie und ärztliche Fürsorge in der Psychiatrie. DGPPN: Stellungnahme zur Anhörung im Deutschen Bundestag über Patientenrechte und Patientenverfügungen. URL: <http://www.dgppn.de/aktuelles/detailansicht/browse/4/select/presse-2009/article/249/fuer-patient.html> (Zugriff am 03.03.2014).
60. Radenbach K, Simon A. Patientenverfügungen und Behandlungsvereinbarungen in psychiatrischen Kliniken in Deutschland. In: Feuerstein G, Schramme T (Hrsg.). *Ethik der Psyche. Normative Fragen im Umgang mit psychischer Abweichung*. Frankfurt am Main und New York: Campus; 2015, 473–84.
61. Marschner R. Rechtliche Aspekte von Behandlungsvereinbarungen. In: *Aktion psychisch Kranke e. V. (Hrsg.). Patientenverfügung und Behandlungsvereinbarung bei psychischen Erkrankungen*. Bonn: Psychiatrie-Verlag; 2010, 22–7.
62. Sutherby K, Szmukler G. Crisis cards and self-help crisis initiatives. *Psychiatric Bulletin*. 1998;22(1): 4–7.
63. Kapp MB. Implications of the Patient Self-Determination Act for psychiatric practice. *Hospital & community psychiatry*. 1994;45(4): 355–8.
64. Scottish Parliament. Mental Health (Care and Treatment) (Scotland) Act 2003. URL: http://www.legislation.gov.uk/asp/2003/13/pdfs/asp_20030013_en.pdf (Zugriff am 14.06.2017).

65. Parliament of the United Kingdom. Mental Capacity Act 2005. URL: http://www.legislation.gov.uk/ukpga/2005/9/pdfs/ukpga_20050009_en.pdf (Zugriff am 14.06.2017).
66. Joshi KG. Psychiatric Advance Directives. *Journal of Psychiatric Practice*. 2003;9(4): 303–6.
67. Wilder CM, Elbogen EB, Moser LL, Swanson JW, Swartz MS. Medication Preferences and Adherence Among Individuals With Severe Mental Illness and Psychiatric Advance Directives. *Psychiatric Services*. 2010;61(4): 380–5.
68. Kühlmeyer K, Borbé R. Vorausplanung und Vorausverfügung in der Psychiatrie. In: Coors M, Jox RJ, in der Schmitt J (Hrsg.). *Advance care planning*. Stuttgart: Kohlhammer; 2015, 328–41.
69. Campbell LA, Kisely SR. Advance treatment directives for people with severe mental illness. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2009(1): 1–30.
70. Farrelly S, Lester H, Rose D, Birchwood M, Marshall M, Waheed W, et al. Improving Therapeutic Relationships. *Joint Crisis Planning for Individuals With Psychotic Disorders*. *Qualitative health research*. 2015: 1–11.
71. Borschmann R, Barrett B, Hellier JM, Byford S, Henderson C, Rose D, et al. Joint crisis plans for people with borderline personality disorder. Feasibility and outcomes in a randomised controlled trial. *The British Journal of Psychiatry*. 2013;202(5): 357–64.
72. Thornicroft G, Farrelly S, Szmukler G, Birchwood M, Waheed W, Flach C, et al. Clinical outcomes of Joint Crisis Plans to reduce compulsory treatment for people with psychosis. A randomised controlled trial. *Lancet*. 2013;381(9878): 1634–41.
73. Maitre E, Debien C, Nicaise P, Wyngaerden F, Le Galudec M, Genest P, et al. Advanced directives in psychiatry. A review of the qualitative literature, a state-of-the-art and viewpoints. *Encephale*. 2013;39(4): 244–51.
74. Khazaal Y, Chatton A, Pasandin N, Zullino D, Preisig M. Advance directives based on cognitive therapy. A way to overcome coercion related problems. *Patient education and counseling*. 2009;74(1): 35–8.
75. Papageorgiou A, King M, Janmohamed A, Davidson O, Dawson J. Advance directives for patients compulsorily admitted to hospital with serious mental illness. Randomised controlled trial. *The British Journal of Psychiatry*. 2002;181: 513–9.
76. Swanson J, Swartz M, Ferron J, Elbogen E, Van Dorn R. Psychiatric advance directives among public mental health consumers in five U.S. cities. Prevalence, demand, and correlates. *The journal of the American Academy of Psychiatry and the Law*. 2006;34(1): 43–57.
77. Srebnik DS, Russo J, Sage J, Peto T, Zick E. Interest in psychiatric advance directives among high users of crisis services and hospitalization. *Psychiatric services*. 2003;54(7): 981–6.
78. Farrelly S, Lester H, Rose D, Birchwood M, Marshall M, Waheed W, et al. Barriers to shared decision making in mental health care. *Qualitative study of the Joint Crisis Plan for psychosis*. *Health expectations*. 2015: 1–11.
79. Elbogen EB, Swartz MS, Van Dorn R, Swanson JW, Kim M, Scheyett A. Clinical decision making and views about psychiatric advance directives. *Psychiatric services*. 2006;57(3): 350–5.
80. Van Dorn RA, Swartz MS, Elbogen EB, Swanson JW, Kim M, Ferron J, et al. Clinicians' attitudes regarding barriers to the implementation of psychiatric advance directives. *Administration and policy in mental health*. 2006;33(4): 449–60.
81. Atkinson JM, Garner HC, Gilmour WH. Models of advance directives in mental health care. Stakeholder views. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*. 2004;39(8): 673–80.

82. Burzan N. Methodenplurale Forschung. Chancen und Probleme von Mixed Methods. Weinheim und Basel: Beltz Juventa; 2016.
83. Kelle U. Die Integration qualitativer und quantitativer Methoden in der empirischen Sozialforschung theoretische Grundlagen und methodologische Konzepte. 2. Aufl. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften; 2008.
84. Flick U, Kardoff Ev, Steinke I. Qualitative Forschung. Ein Handbuch. 8. Aufl. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt; 2010.
85. Thomas P, Cahill AB. Compulsion and psychiatry. The role of advance statements. *BMJ*. 2004;329(7458): 122–3.
86. Bayerisches Staatsministerium für Umwelt und Gesundheit Krankenhausplan des Freistaates Bayern, Stand: 01.01.2013 (38. Fortschreibung) URL: <http://www.bkg-online.de/media/file/11606.khplan13.pdf> (Zugriff am 13.11.2013).
87. Katz D, Stotland E. A Preliminary Statement to a Theory of Attitude Structure and Change. In: Koch S (Hrsg.). *Psychology. A Study of a Science*. Vol. 3. Formulations of the person and the social context. New York, Toronto und London: McGraw-Hill; 1959, 423–75.
88. Rosenberg M. Attitude organization and change. An analysis of consistency among attitude components. New Haven: Yale University Press; 1960.
89. Bierhoff HW. Sozialpsychologie. Ein Lehrbuch. Stuttgart: Kohlhammer; 2006.
90. Hopf C. Qualitative Interviews. Ein Überblick. In: Flick U (Hrsg.). *Qualitative Forschung. Ein Handbuch*. 8. Aufl. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt; 2010, 349–60.
91. Gläser J, Laudel G. Experteninterviews und qualitative Inhaltsanalyse als Instrumente rekonstruierender Untersuchungen. 4. Aufl. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften; 2010.
92. Hull SC, Taylor HA, Kass NE. Qualitative Methods. In: Sugarman J (Hrsg.). *Methods in medical ethics*. Washington, D.C.: Georgetown Univ. Press; 2001, 146–68
93. Helfferich C. Die Qualität qualitativer Daten. Manual für die Durchführung qualitativer Interviews. 4. Aufl. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften; 2011.
94. Kelle U, Kluge S. Vom Einzelfall zum Typus. Fallvergleich und Fallkontrastierung in der qualitativen Sozialforschung. 2. Aufl. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften; 2010.
95. Patton MQ. *Qualitative evaluation and research methods*. 2. Aufl. Newbury Park [u. a.]: Sage Publications; 1990.
96. Merkens H. Auswahlverfahren, Sampling, Fallkonstruktion. In: Flick U, Kardoff Ev, Steinke I (Hrsg.). *Qualitative Forschung. Ein Handbuch*. 8. Aufl. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt; 2010, 286–99.
97. Mayer HO. Interview und schriftliche Befragung. Entwicklung, Durchführung und Auswertung. 5. Aufl. München [u. a.]: Oldenbourg; 2009.
98. Merkens H. Stichproben bei qualitativen Studien. In: Friebertshäuser B (Hrsg.). *Handbuch qualitative Forschungsmethoden in der Erziehungswissenschaft*. Weinheim und München: Juventa-Verlag; 1997, 97–106.
99. Przyborski A, Wohlrab-Sahr M. *Qualitative Sozialforschung. Ein Arbeitsbuch*. 3. Aufl. München: Oldenbourg; 2010.
100. Froschauer U, Lueger M. *Das qualitative Interview. Zur Praxis interpretativer Analyse sozialer Systeme*. Wien: WUV; 2003.
101. Kuckartz U. *Einführung in die computergestützte Analyse qualitativer Daten*. 3. Aufl. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften; 2010.
102. Kuckartz U. *Qualitative Evaluation. Der Einstieg in die Praxis*. 2. Aufl. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften; 2008.

103. Mayring P. Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken. 11. Aufl. Weinheim und Basel: Beltz; 2010.
104. Fröh W. Inhaltsanalyse. Theorie und Praxis. 6. Aufl. Konstanz: UVK Verlagsgesellschaft; 2007.
105. Schmidt C. Analyse von Leitfadeninterviews. In: Flick U (Hrsg.). Qualitative Forschung. Ein Handbuch. 8. Aufl. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt; 2010, 447–56.
106. Knuf A. Empowerment-Förderung: Ein zentrales Anliegen psychiatrischer Arbeit. In: Knuf A, Osterfeld M, Seibert U (Hrsg.). Selbstbefähigung fördern. Empowerment und psychiatrische Arbeit. 3. Aufl. Bonn: Psychiatrie-Verlag; 2007, 28–40.
107. Muss A. Empowerment. Die Zeitschrift für Psychiatrische Pflege heute. 2002;8(05): 277–84.
108. Theunissen G, Plaute W. Empowerment und Heilpädagogik. Ein Lehrbuch. Freiburg im Breisgau: Lambertus; 1995.
109. Theunissen G. Wege aus der Hospitalisierung. Empowerment in der Arbeit mit schwerstbehinderten Menschen. 4. Aufl. Bonn: Psychiatrie-Verlag; 1999.
110. Stark W. Empowerment. Neue Handlungskompetenzen in der psychosozialen Praxis. Freiburg im Breisgau: Lambertus; 1996.
111. Seehausen M, Hänel P. Arzt-Patienten-Kommunikation. Adhärenz im Praxisalltag effektiv fördern. Deutsches Ärzteblatt. 2011;108(43): 2276–80.
112. World Health Organization (WHO). Adherence to long-term therapies: Evidence for action. URL: http://www.who.int/chp/knowledge/publications/adherence_report/en/ (Zugriff am 30.08.2014).
113. Knuf A, Wörishofer G. Der Münchner Krisenpass für Menschen mit Psychose-Erfahrung. In: Dietz A, Pörksen N, Voelzke W (Hrsg.). Behandlungsvereinbarungen. Vertrauensbildende Maßnahmen in der Akutpsychiatrie. Bonn: Psychiatrie Verlag; 1998, 163–7.
114. Müller S, Walter H, Kunze H, Konrad N, Heinz A. Zwangsbehandlungen unter Rechtsunsicherheit. Der Nervenarzt. 2012;83(9): 1150–5.
115. Zinkler M, Kousseimou JM. Nach den Entscheidungen des Bundesverfassungsgerichts und des Bundesgerichtshofs zur Zwangsbehandlung. Drei Fallberichte. Recht & Psychiatrie. 2013;31(2): 76–9.
116. Simon A. Zwischen Selbstbestimmung und Zwang. Zwangsbehandlung in der Psychiatrie aus ethischer Perspektive. Psychiatrische Praxis. 2014;41(S 01): 58–62.
117. DGPPN. Achtung der Selbstbestimmung und Anwendung von Zwang bei der Behandlung von psychisch erkrankten Menschen. Eine ethische Stellungnahme der DGPPN. URL: <http://www.dgppn.de/publikationen/stellungnahmen/detailansicht/article//achtung-der.html> (Zugriff am 23.09.2014).
118. Zinkler M. Neuregelung von Zwang. Ein Auftrag für die Fachgesellschaft? Psychiatrische Praxis. 2013;40(03): 115–6.
119. Spengler A, Koller M. Zwingend ohne Zwang? Psychiatrische Praxis. 2012;39(07): 313–5.
120. Steinert T. „Freiheit“ zur Krankheit ohne Freiheit zur Selbstbestimmung? Ärzteblatt Baden-Württemberg. 2012(11): 484.
121. Bohnert C. Zwangsbehandlung auf rechtsgeschäftlicher Grundlage. Recht & Psychiatrie. 2013;31(1): 18–22
122. Amering M, Stastny P, Hopper K. Psychiatric advance directives. Qualitative study of informed deliberations by mental health service users. The British Journal of Psychiatry. 2005;186(3): 247–52.

123. Backlar P, McFarland B, Swanson J, Mahler J. Consumer, Provider, and Informal Caregiver Opinions on Psychiatric Advance Directives. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*. 2001;28(6): 427–41.
124. Peto T, Srebnik D, Zick E, Russo J. Support Needed to Create Psychiatric Advance Directives. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*. 2004;31(5): 409–19.
125. Henderson C, Jackson C, Slade M, Young AS, Strauss JL. How should we implement psychiatric advance directives? Views of consumers, caregivers, mental health providers and researchers. *Administration and policy in mental health*. 2010;37(6): 447–58.
126. Nicaise P, Soto VE, Dubois V, Lorant V. Users' and Health Professionals' Values in Relation to a Psychiatric Intervention. The Case of Psychiatric Advance Directives. *Administration and policy in mental health*. 2014.
127. Osterfeld M. Empowerment-Förderung auf einer alltagspsychiatrischen Akutstation. In: Knuf A, Osterfeld M, Seibert U (Hrsg.). *Selbstbefähigung fördern. Empowerment und psychiatrische Arbeit*. 3. Aufl. Bonn: Psychiatrie-Verlag; 2007, 132–47.
128. Wilder CM, Swanson JW, Bonnie RJ, Wanchek T, McLaughlin L, Richardson J. A survey of stakeholder knowledge, experience, and opinions of advance directives for mental health in Virginia. *Administration and policy in mental health*. 2013;40(3): 232–9.
129. Srebnik D, Brodoff L. Implementing psychiatric advance directives. Service provider issues and answers. *The journal of behavioral health services & research*. 2003;30(3): 253–68.
130. Srebnik DS, Rutherford LT, Peto T, Russo J, Zick E, Jaffe C, et al. The content and clinical utility of psychiatric advance directives. *Psychiatric services*. 2005;56(5): 592–8.
131. Srebnik D, Russo J. Use of Psychiatric Advance Directives During Psychiatric Crisis Events. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*. 2008;35(4): 272–82.
132. Henking T, Bruns H. Die Patientenverfügung in der Psychiatrie. *GesundheitsRecht*. 2014;2014(10).
133. Simon A, Nauck F. Patientenautonomie in der klinischen Praxis. In: Wieseemann C, Simon A (Hrsg.). *Handbuch Patientenautonomie. Theoretische Grundlagen. Praktische Anwendungen*. Münster: Mentis; 2013, 167–79.
134. Ruchlewska A, Wierdsma AI, Kamperman AM, van der Gaag M, Smulders R, Roosenschoon BJ, et al. Effect of crisis plans on admissions and emergency visits. A randomized controlled trial. *PLoS One*. 2014;9(3): e91882.
135. Farrelly S, Szmukler G, Henderson C, Birchwood M, Marshall M, Waheed W, et al. Individualisation in crisis planning for people with psychotic disorders. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*. 2013;September: 1–7.
136. Khazaal Y, Manghi R, Delahaye M, Machado A, Penzenstadler L, Molodynski A. Psychiatric advance directives, a possible way to overcome coercion and promote empowerment. *Front Public Health*. 2014;2: 37.
137. Sutherby K, Szmukler GI, Halpern A, Alexander M, Thornicroft G, Johnson C, et al. A study of „crisis cards“ in a community psychiatric service. *Acta psychiatrica Scandinavica*. 1999;100(1): 56–61.
138. Srebnik DS, Fond JQL. Advance Directives for Mental Health Treatment. *Psychiatric Services*. 1999;50(7): 919–25.
139. Atkinson J, Garner H, Patrick H, Stuart S. Issues in the development of advance directives in mental health care. *Journal of Mental Health*. 2003;12(5): 463–74.

140. Swartz MS, Swanson JW, Van Dorn RA, Elbogen EB, Shumway M. Patient Preferences for Psychiatric Advance Directives. *International Journal of Forensic Mental Health*. 2006;5(1): 67–81.
141. Hohendorf G. Zwangsunterbringung und Zwangsbehandlung in der Psychiatrie. *Psychiatrische Praxis*. 2014;41(S 01): 49–53.
142. Marckmann G. Zwischen Skylla und Charybdis. Reformoptionen im Gesundheitswesen aus ethischer Perspektive. *Gesundheitsökonomie & Qualitätsmanagement*. 2007;12(2): 96–100.
143. Wenzel B, Klinge F. Behandlungsvereinbarung und Patientenverfügung für Psychiatrie-Erfahrene aus Nutzersicht. Erwartungen, Chancen und Grenzen. *Ethik in der Medizin*. 2016;28(3): 179–81.
144. Rössler W, Theodoridou A. Neue Versorgungsmodelle in der Psychosebehandlung. *Der Nervenarzt*. 2006;77(3): 111–20.
145. Elbogen EB, Swanson JW, Appelbaum PS, Swartz MS, Ferron J, Van Dorn RA, et al. Competence to Complete Psychiatric Advance Directives. Effects of Facilitated Decision Making. *Law and human behavior*. 2007;31(3): 10.1007/s10979-006-9064-6.
146. Srebnik DS, Russo J. Consistency of psychiatric crisis care with advance directive instructions. *Psychiatric services*. 2007;58(9): 1157–63.
147. Opfermann B, Heberlein A. Leistungsrechtliche Konsequenzen einer Behandlungsablehnung bei untergebrachten Patienten. Chancen und Risiken einer Anwendung von Vorausverfügungen in der Psychiatrie. *Ethik in der Medizin*. 2017;29(2): 109–18.
148. Maio G. Gefährdung der Patientensicherheit im Zeitalter der DRGs. *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen*. 2014;108(1): 32–4.
149. Marckmann G. Kann Rationierung im Gesundheitswesen ethisch vertretbar sein? *GGW - Das Wissenschaftsforum in Gesundheit und Gesellschaft*. 2010;10(1): 8–15.
150. Marckmann G, Maschmann J. Zahlt sich Ethik aus? Notwendigkeit und Perspektiven des Wertemanagements im Krankenhaus. *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen*. 2014;108(2–3): 157–65.
151. Huber CG, Schneeberger AR, Sollberger D, Lang UE. Empowerment versus Stigma. Wo steht die Psychiatrie? Hrsg.: Universimed Cross Media Content GmbH. URL: <http://neurologie-psychiatrie.universimed.com/artikel/empowerment-versus-stigma-wo-steht-die-psychiatrie> (Zugriff am 24.03.2015).
152. Gaebel W, Wölwer W. Schizophrenie. Heft 50. 2010. In: Gesundheitsberichterstattung des Bundes [Online]. Berlin: Robert-Koch-Institut. URL: <http://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsT/Schizophrenie.html?nn=2543868> (Zugriff am 24.03.2015)
153. Stuber JP, Rocha A, Christian A, Link BG. Conceptions of mental illness. Attitudes of mental health professionals and the general public. *Psychiatric services*. 2014;65(4): 490–7.
154. Hansson L, Jormfeldt H, Svedberg P, Svensson B. Mental health professionals' attitudes towards people with mental illness. Do they differ from attitudes held by people with mental illness? *The International journal of social psychiatry*. 2013;59(1): 48–54.
155. Harangozo J, Reneses B, Brohan E, Sebes J, Csukly G, Lopez-Ibor J, et al. Stigma and discrimination against people with schizophrenia related to medical services. *The International journal of social psychiatry*. 2013;60(4): 359–66.
156. Arens EA, Berger C, Lincoln TM. Stigmatisierung von Patienten mit Schizophrenie. *Der Nervenarzt*. 2009;80(3): 329–39.
157. Nordt C, Rössler W, Lauber C. Attitudes of mental health professionals toward people with schizophrenia and major depression. *Schizophrenia bulletin*. 2006;32(4): 709–14.

158. Jankovic J, Richards F, Priebe S. Advance statements in adult mental health. *BJPsych Advances*. 2010;16(6): 448–55.
159. Kim MM, Van Dorn RA, Scheyett AM, Elbogen EE, Swanson JW, Swartz MS, et al. Understanding the personal and clinical utility of psychiatric advance directives. A qualitative perspective. *Psychiatry*. 2007;70(1): 19–29.
160. Taylor TL, Killaspy H, Wright C, Turton P, White S, Kallert TW, et al. A systematic review of the international published literature relating to quality of institutional care for people with longer term mental health problems. *BMC Psychiatry*. 2009;9: 55.
161. Schildmann J, Bauer A, Tilmann A, Vollmann J. Aufklärung und Einwilligung zur Psychopharmakotherapie aus Sicht schizophrener und depressiver Patienten In: Vollmann J, Schildmann J (Hrsg.). *Empirische Medizinethik. Konzepte, Methoden und Ergebnisse. Ethik in der Praxis/Practical Ethics*. Münster: LIT; 2011, 87–99.
162. Marckmann G, Bormuth M. Arzt-Patient-Verhältnis und Informiertes Einverständnis. In: Wiesing U (Hrsg.). *Ethik in der Medizin. Ein Studienbuch*. 4. Aufl. Stuttgart: Reclam; 2012, 96–106.
163. Lotze J. Subtile Macht im liberalen Kostüm? In: Dietz A, Pörksen N, Voelzke W (Hrsg.). *Behandlungsvereinbarungen. Vertrauensbildende Maßnahmen in der Akutpsychiatrie*. Bonn: Psychiatrie Verlag; 1998, 69–74.
164. Knuf A. Krankheitsbewusstsein als Schlüssel zu Selbsthilfe und Selbstbestimmung bei psychotischen Krisen. In: Knuf A, Osterfeld M, Seibert U (Hrsg.). *Selbstbefähigung fördern. Empowerment und psychiatrische Arbeit*. 3. Aufl. Bonn: Psychiatrie-Verlag; 2007, 102–12.
165. Baumann B. Die Feststellung des Einverständnisses zur Behandlung bei Patienten in Neurologie und Psychiatrie. Vorschlag eines gestuften Entscheidungsablaufs. *Fortschritte der Neurologie, Psychiatrie*. 2003;71(04): 205–10.
166. Friedrich O, Heinrichs J-H. Autonomie als Rechtfertigungsgrund psychiatrischer Therapien. *Ethik in der Medizin*. 2013: 1–14.
167. Ach JS, Schöne-Seifert B. „Relationale Autonomie“. Eine kritische Analyse. In: Wiesemann C, Simon A (Hrsg.). *Handbuch Patientenautonomie. Theoretische Grundlagen. Praktische Anwendungen*. Münster: Mentis; 2013, 42–60.
168. Hemkendreis B. Arbeitskreis „Zwangmaßnahmen in der psychiatrischen Versorgung“ der Zentralen Ethikkommission bei der Bundesärztekammer, Expertenanhörung am 04.05.2012 Hrsg.: Deutsche Fachgesellschaft Psychiatrische Pflege (DFPP). URL: http://www.dfpp.de/archiv/dfpp/ZEKO_BAEK-DFPP.pdf (Zugriff am 31.03.2015).
169. Meise U, Frajo-Apor B. Die „subjektive Seite“ von Zwang und Gewalt in der Psychiatrie. *Psychiatrische Praxis*. 2011;38(04): 161–2.
170. Armgart C, Schaub M, Hoffmann K, Illes F, Emons B, Jendreyshak J, et al. Negative Emotionen und Verständnis. Zwangsmaßnahmen aus Patientensicht. *Psychiatrische Praxis*. 2013;40: 278–84.
171. Borbé R, Klein A, Onnen M, Flammer E, Bergk J, Steinert T. Subjektives Erleben der Aufnahmesituation in einer psychiatrischen Klinik aus Sicht der Patienten. *Psychiatrische Praxis*. 2010;37(01): 20–6.
172. Stoecker R. Philosophie der Menschenwürde und die Ethik der Psychiatrie. *Psychiatrische Praxis*. 2014;41(S 01): 19–25.
173. Borschmann R, Trevillion K, Henderson RC, Rose D, Szmukler G, Moran P. Advance statements for borderline personality disorder. A qualitative study of future crisis treatment preferences. *Psychiatric services*. 2014;65(6): 802–7.

174. Farrelly S, Brown G, Rose D, Doherty E, Henderson RC, Birchwood M, et al. What service users with psychotic disorders want in a mental health crisis or relapse. Thematic analysis of joint crisis plans. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*. 2014;49(10): 1609–17.
175. Reker M. Behandlungsvereinbarungen für Suchtkranke. In: Dietz A, Pörksen N, Voelzke W (Hrsg.). *Behandlungsvereinbarungen. Vertrauensbildende Maßnahmen in der Akutpsychiatrie*. Bonn: Psychiatrie Verlag; 1998, 147–53.
176. Hamann J, Mendel R, Cohen R, Heres S, Ziegler M, Buhner M, et al. Psychiatrists' use of shared decision making in the treatment of schizophrenia. Patient characteristics and decision topics. *Psychiatric services* 2009;60(8): 1107–12.
177. Atkinson JM, Garner HC, Stuart S, Patrick H. The development of potential models of advance directives in mental health care. *Journal of Mental Health*. 2003;12(6): 575–84.
178. Adams JR, Drake RE, Wolford GL. Shared Decision-Making Preferences of People With Severe Mental Illness. *Psychiatric Services*. 2007;58(9): 1219–21.
179. Quirk A, Chaplin R, Lelliott P, Seale C. How pressure is applied in shared decisions about antipsychotic medication. A conversation analytic study of psychiatric outpatient consultations. *Sociology of health & illness*. 2012;34(1): 95–113.
180. Hamann J, Loh A, Kasper J, Neuner B, Spies C, Kissling W, et al. Partizipative Entscheidungsfindung. Implikationen des Modells des „Shared Decision Making“ für Psychiatrie und Neurologie. *Der Nervenarzt*. 2006;77(9): 1071–8.
181. Hamann J, Heres S. SDM will not be adopted if it is not adapted. *Psychiatric services*. 2015;66(2): 212–3.
182. Kemp K, Zelle H, Bonnie RJ. Embedding advance directives in routine care for persons with serious mental illness. Implementation challenges. *Psychiatric services* 2015;66(1): 10–4.
183. Shields LS, Pathare S, van der Ham AJ, Bunders J. A Review of Barriers to Using Psychiatric Advance Directives in Clinical Practice. *Administration and policy in mental health*. 2013.
184. Swanson JW, Swartz MS, Hannon MJ, Elbogen EB, Wagner HR, McCauley BJ, et al. Psychiatric Advance Directives. A Survey of Persons With Schizophrenia, Family Members, and Treatment Providers. *International Journal of Forensic Mental Health*. 2003;2(1): 73–86.
185. in der Schmitten J, Marckmann G. Vorausschauende Behandlungsplanung. In: Marckmann G (Hrsg.). *Praxisbuch Ethik in der Medizin*. Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft; 2015, 53–66.
186. in der Schmitten J, Lex K, Mellert C, Rothärmel S, Wegscheider K, Marckmann G. Patientenverfügungsprogramm. Implementierung in Senioreneinrichtungen. Eine interregional kontrollierte Interventionsstudie. *Deutsches Ärzteblatt*. 2014;111(4): 50–7.
187. Schädle-Deiningner H. Ein-Blick in Ethik und Haltungen der psychiatrischen Pflege. *Psychiatrische Praxis*. 2014;41(S 01): 11–5.
188. Helmchen H. Das Arzt-Patient-Verhältnis aus der Sicht der Psychiatrie. In: e.V. K-A-S (Hrsg.). *Arzt und Patient. Beiträge des Symposiums vom 15. bis 18. September 2005 in Cadenabbia*. Freiburg: Herder Verlag; 2006, 282–92.
189. Marckmann G, Jox RJ. Ethische Grundlagen medizinischer Behandlungsentscheidungen. Auftaktartikel zur Serie „Ethik in der Medizin“. *Bayerisches Ärzteblatt*. 2013(9): 442–5.
190. Marckmann G. Im Einzelfall ethisch gut begründet entscheiden. Das Modell der prinzipienorientierten Falldiskussion. In: Marckmann G (Hrsg.). *Praxisbuch Ethik in der Medizin*. Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft; 2015, 15–22.
191. Koller M. Rechtliche Aspekte einer Behandlung in der Psychiatrie. *Psychiatrische Praxis*. 2014;41(S 01): 44–8.

192. Grözinger M, Olzen D, Metzmacher A, Podoll K, Schneider F. Patientenverfügungsgesetz. *Der Nervenarzt*. 2011;82(1): 57–66.
193. Zinkler M, Koussemou JM. Menschenrechte in der Psychiatrie. Wege und Hindernisse zu einem umfassenden Gewaltverzicht. *Recht & Psychiatrie*. 2014;32: 142–7.
194. Papageorgiou A, Janmohamed A, King M, Davidson O, Dawson J. Advance directives for patients compulsorily admitted to hospital with serious mental disorders. Directive content and feedback from patients and professionals. *Journal of Mental Health*. 2004;13(4): 379–88.
195. Amering M, Denk E, Griengl H, Sibitz I, Stastny P. Psychiatric wills of mental health professionals. A survey of opinions regarding advance directives in psychiatry. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*. 1999;34(1): 30–4.
196. Bundesanzeiger Verlag GmbH. Natürlicher Wille. URL: http://www.bundesanzeiger-verlag.de/betreuung/wiki/Nat%C3%BCrlicher_Wille (Zugriff am 18.02.2017).
197. Finzen A. Zwangsmedikation. Die Psychiatrie nach den Urteilen – und davor. *Recht & Psychiatrie*. 2013;31(2): 71–5.
198. Srebnik DS, Kim SY. Competency for Creation, Use, and Revocation of Psychiatric Advance Directives. *Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law Online*. 2006;34(4): 501–10.
199. Duttge G. Grenzen des Selbstbestimmungsrechts im psychiatrischen Behandlungskontext. *Ethik in der Medizin*. 2016;28(3): 195–205.
200. Dresser R. Bound to treatment. The Ulysses contract. *The Hastings Center report*. 1984;14(3): 13–6.
201. Hallich O. Selbstbindungen und medizinischer Paternalismus. Zum normativen Status von „Odysseus-Anweisungen“. *Zeitschrift für philosophische Forschung*. 2011;65(2): 151–72.
202. Vollmann J. Patientenselbstbestimmung und Selbstbestimmungsfähigkeit. Beiträge zur klinischen Ethik. Stuttgart: Kohlhammer; 2008.
203. Feinberg J. Legal Paternalism. *Canadian Journal of Philosophy*. 1971;1(1): 105.
204. Bundesverfassungsgericht. Beschluss der 2. Kammer des Zweiten Senats vom 14.07.2015, 2 BvR 1549/14, Rn. (1–48),. URL: http://www.bverfg.de/e/rk20150714_2bvr154914.html (Zugriff am 30.01.2017).
205. Maio G. Ethische Reflexionen zum Zwang in der Psychiatrie. In: Rössler W, Hoff P (Hrsg.). *Psychiatrie zwischen Autonomie und Zwang*. Heidelberg: Springer Medizin Verlag; 2005, 146–64.
206. Vollmann J. Aufklärung und Einwilligung in der Psychiatrie. Ein Beitrag zur Ethik in der Medizin. Darmstadt: Steinkopff; 2000.
207. Schramme T. Paternalismus, Zwang und Manipulation in der Psychiatrie. In: Ach JS (Hrsg.). *Grenzen der Selbstbestimmung in der Medizin*. Münster: Mentis; 2013, 263–81.
208. Schöne-Seifert B. Paternalismus. Zu seiner ethischen Rechtfertigung in Medizin und Psychiatrie. *Jahrbuch für Wissenschaft und Ethik*. 2009;14: 107–28.
209. Coors M, Jox RJ, in der Schmitten J. *Advance care planning*. Stuttgart: Kohlhammer; 2015.
210. in der Schmitten J, Marckmann G. Was ist Advance Care Planning? Internationale Bestandsaufnahme und Plädoyer für eine transparente, zielorientierte Definition. In: Coors M, Jox RJ, in der Schmitten J (Hrsg.). *Advance care planning*. Stuttgart: Kohlhammer; 2015, 75–94.
211. Mitzscherlich B. Ethische Konflikte in der Psychiatrie als Thema der Supervision. *Psychiatrische Praxis*. 2014;41(07): 379–84.

-
212. in der Schmitten J, Marckmann G. Das Pilotmodell beizeiten begleiten. In: Coors M, Jox RJ, in der Schmitten J (Hrsg.). Advance care planning. Stuttgart: Kohlhammer; 2015, 234–57.

7 Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Durchführung und Rücklauf der Fragebogenstudie.....	26
--	----

8 Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Kliniken nach Klinikbezirk	28
Tabelle 2: Kliniken nach Kliniktyp	28
Tabelle 3: Kliniken nach Bettenzahl	29
Tabelle 4: Kliniken nach Trägerschaft	29
Tabelle 5: Kliniken der Pflichtversorgung	29
Tabelle 6: Kliniken mit der Möglichkeit zum Abschluss einer BV	30
Tabelle 7: Kliniken mit Überlegungen zur Einführung einer BV	30
Tabelle 8: Kliniken im Prozess der Einführung einer BV.....	30
Tabelle 9: Hindernisse für die Einführung einer BV	31
Tabelle 10: Anzahl der abgeschlossenen BVen seit der Einführung	32
Tabelle 11: Instrumente der Vorausplanung, mit denen Erfahrungen in der Klinik vorliegen.....	32
Tabelle 12: Patienten, die über das Angebot einer BV informiert werden	33
Tabelle 13: Art der Information der Patienten über das Angebot einer BV.....	33
Tabelle 14: Zeitpunkt der Ausarbeitung und des Abschlusses einer BV	34
Tabelle 15: Unterstützung des Abschlusses einer BV durch Ärzte bzw. Therapeuten	34
Tabelle 16: Einsehbarkeit der BV zu jedem Zeitpunkt in der Klinik gegeben	34
Tabelle 17: Unterzeichnende Personen beim Abschluss einer BV	35
Tabelle 18: Erforderliches Einverständnis von Personen bei Handeln entgegen der BV	35
Tabelle 19: Erfahrungen der Kliniken mit BVen.....	36
Tabelle 20: Stichprobenplanung der Interviewstudie.....	42
Tabelle 21: Tatsächlich durchgeführte Interviews in der Interviewstudie	43
Tabelle 22: Ergebnisse des Begleitfragebogens der Interviewstudie.....	48
Tabelle 23: Übersicht Kategoriensystem: Chancen und Potentiale	49
Tabelle 24: Übersicht Kategoriensystem: Risiken und Hindernisse	62

9 Abkürzungsverzeichnis

ACP	Advance Care Planning (deutsch: vorausschauende Behandlungsplanung)
Abs.	Absatz
Art.	Artikel
BGB	Bürgerliches Gesetzbuch
BV	Behandlungsvereinbarung
DGPPN	Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde
EKT	Elektrokonvulsionstherapie
et al.	et alii (deutsch: und andere)
GG	Grundgesetz
GV	Gesetz- und Verordnungsblatt
I.	Interview
K	Kategorie
k. A.	keine Angabe
KIS	Krankenhausinformationssysteme
NRW	Nordrhein-Westfalen
OA	Oberarzt
P.	Patient
PEPP	Pauschalierendes Entgeltsystem Psychiatrie und Psychosomatik
PLZ	Postleitzahl
PPV	Psychiatrische Patientenverfügung
PsychKG	Psychisch-Kranken-Gesetz
PV	Patientenverfügung
SDM	Shared decision making (deutsch: Partizipative Entscheidungsfindung)
SGB	Sozialgesetzbuch
SGB V	Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch (V)

SPSS	Statistical Package for the Social Sciences (Statistiksoftware der Softwarefirma IBM)
UN-BRK	UN-Behindertenrechtskonvention
UnterbrG	Unterbringungsgesetz
USA	United States of America (deutsch: Vereinigte Staaten von Amerika)
WHO	World Health Organization (deutsch: Weltgesundheitsorganisation)

10 Anhang

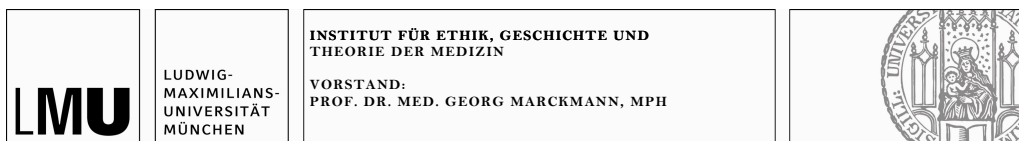
Quantitative Studie:

- 10.1 Anschreiben zur schriftlichen Fragebogenstudie
- 10.2 Schriftlicher Fragebogen
- 10.3 Formular zur Studieninformation im Rahmen der Fragebogenstudie

Qualitative Studie:

- 10.4 Einwilligungserklärung zur Teilnahme an der Interviewstudie
- 10.5 Begleitfragebogen zur Interviewstudie
- 10.6 Interviewleitfaden

10.1 Anschreiben zur schriftlichen Fragebogenstudie (quantitative Studie)



Institut für Ethik, Geschichte und Theorie der Medizin
Lessingstr. 2, 80336 München

«Klinik»
«KlinikleitungChefarzt_Adressfeld»
«Straße_und_Hausnr»
«PLZ» «Stadt»

Forschungsprojekt
Vorausplanung von psychiatrischen
Behandlungsentscheidungen
Mitarbeiterin: Dr. Katja Kühlmeyer
Doktorandin: Katja Schwarz

E-Mail:
katja.kuehlmeyer@med.lmu.de;
katja.schwarz@med.uni-muenchen.de

Institut für Ethik, Geschichte und Theorie der
Medizin
Lessingstr. 2, 80336 München

München, den 03.10.17

Forschungsprojekt: Vorausplanung von psychiatrischen Behandlungsentscheidungen

«Anrede_KlinikleitungDirektor_» «KlinikleitungDirektor_Brief»,

innerhalb der letzten Jahre hat in der Psychiatrie verstärkt eine Reflexion über die ethische und rechtliche Legitimation von „Zwangsbehandlungen“ stattgefunden. Instrumente der Vorausplanung von psychiatrischen Behandlungsentscheidungen, wie die so genannte Behandlungsvereinbarung, werden zunehmend in psychiatrischen Kliniken eingesetzt. Unter anderem wird damit das Ziel verfolgt, Zwangsbehandlungen zu reduzieren. Es gibt allerdings keine aktuellen Zahlen darüber, wie häufig psychiatrische Behandlungsvereinbarungen in bayerischen Kliniken zur Anwendung kommen.

In einer Replikation der Studie von Borbé et al. 2012, bei der die Datenerhebung im Frühjahr 2009 stattgefunden hatte, möchten wir erfassen, wie weit verbreitet der Einsatz von Behandlungsvereinbarungen gerade **in Bayerischen psychiatrischen Kliniken** ist. Wenn Behandlungsvereinbarungen vorgehalten werden, interessiert uns besonders wie häufig solche Dokumente ausgefüllt werden und welche Faktoren bei einem Einsatz förderlich oder hinderlich sein könnten.

Mit Hilfe des beiliegenden Fragebogens möchten wir Sie daher fragen, ob Sie, «**Zuständig_für_**», bereits Behandlungsvereinbarungen anbieten und wenn ja welche Erfahrungen Sie damit gemacht haben.

Die Untersuchung ist Teil der Doktorarbeit der Medizinstudentin Katja Schwarz und wird vom Lehrstuhlinhaber des Lehrstuhls für Geschichte, Ethik und Theorie der Medizin Prof. Dr. med. Georg Marckmann und der wissenschaftlichen Mitarbeiterin Dr. Katja Kühlmeyer betreut.

Wir möchten Sie bitten, den jeweils beigefügten Fragebogen für «**Fragebogen_für**» auszufüllen. Das Ausfüllen des Fragebogens wird ca. 10-15 Minuten in Anspruch nehmen. Die Daten werden nach der Trennung vom Rücksendekuvert anonymisiert gespeichert.

Beiliegend finden Sie ein frankiertes Rücksendekuvert, Sie können uns den ausgefüllten Fragebogen aber auch gerne per Fax (089 / 2180-72799) oder per Email (katja.schwarz@med.uni-muenchen.de) zukommen lassen.

Dienstgebäude
Lessingstr. 2
80336 München

Öffentliche Verkehrsmittel
Bus: 58 Beethovenplatz
U-Bahn: U1, U2 Sendlinger Tor
U3, U6 Goetheplatz

Bayerische Landesbank München
Kto. 24 868 BLZ 700 500 00
UST-IdNr. DE 811 205 325

Eine Teilnahme ist freiwillig. **Auch wenn Sie keine Behandlungsvereinbarungen vorhalten, bitten wir Sie an der Studie teilzunehmen.**

Wenn Sie teilnehmen, schicken Sie bitte den Fragebogen bis spätestens **Mittwoch, den 04.12.2013** zurück.

Gerne informieren wir Sie nach Abschluss der Befragung über die Ergebnisse der Studie.

Herzlichen Dank!

Mit freundlichen Grüßen,

Dr. Katja Kühlmeyer
Wissenschaftliche Mitarbeiterin

Katja Schwarz
Doktorandin

10.2 Schriftlicher Fragebogen (quantitative Studie)

Fragebogen: Vorausplanung von psychiatrischen Behandlungsentscheidungen

LFNR 1

Definition der „Behandlungsvereinbarung“

= ein Instrument der Willensbekundung des Patienten im Sinne einer Vorausverfügung für den Fall einer erneuten Erkrankungsphase, die mit einer Einschränkung der Willensbildung einhergeht; wird von einem Betroffenen und einem Vertreter der Klinik gemeinsam ausgefüllt

Quelle: R. Borbé, S. Jaeger, S. Borbé, T. Steinert (2012). Anwendung psychiatrischer Behandlungsvereinbarungen in Deutschland Ergebnisse einer bundesweiten Befragung. *Der Nervenarzt* 83:638–643.

1. Kliniktyp (Mehrfachnennungen sind möglich):

- Fachkrankenhaus
- Abteilung/Klinik am Allgemeinkrankenhaus
- Universitätsklinik
- Tagesklinik

2. Trägerschaft (Mehrfachnennungen sind möglich):

- Land
- Kommune
- privat
- frei-gemeinnützig

3. Pflichtversorgungsgebiet Ihrer Klinik/Abteilung bzw. Größe des Einzugsgebiets:

- keine Pflichtversorgung
- ja, für ca. Einwohner

4. Mit welchen Instrumenten einer partizipativen Behandlungsgestaltung haben Sie an Ihrer Einrichtung bislang Erfahrungen gemacht? (Mehrfachnennungen sind möglich)

- Vorsorgevollmacht
- Patientenverfügung
- Psychiatrisches Testament
- Krisenpass
- Krisenplan
- Therapievertrag
- Andere Instrumente, nämlich.....
- weiß nicht/ist nicht bekannt

5. Besteht in Ihrer Einrichtung für Patienten die Möglichkeit eine Behandlungsvereinbarung abzuschließen?

- nein → bitte fahren Sie fort mit den Fragen 6 bis 9
- ja → bitte blättern Sie weiter und fahren Sie fort mit Frage 10

6. Gibt oder gab es in Ihrer Einrichtung Überlegungen zur Einführung von Behandlungsvereinbarungen?

- nein
- ja
- weiß nicht/ist nicht bekannt/keine Aussage möglich

7. Befindet sich Ihre Einrichtung derzeit im Prozess der Einführung von Behandlungsvereinbarungen?

- nein
- ja
- weiß nicht/ist nicht bekannt/keine Aussage möglich

8. Worin sehen Sie die wichtigsten Gründe dafür, dass es in Ihrer Klinik bislang keine Behandlungsvereinbarungen gibt? (*Mehrfachnennungen sind möglich*)

- Keine Nachfrage seitens der Patienten
- Keine Nachfrage seitens der Klinik
- Bürokratischer und organisatorischer Mehraufwand
- Ärztlicher und therapeutischer Mehraufwand
- Umsetzbarkeit der individuellen Vereinbarungen im Klinikalltag
- Verbindlichkeit der individuellen Vereinbarungen für die Ärzte/Therapeuten
- Verbindlichkeit der individuellen Vereinbarungen für die Patienten
- Die Verfügbarkeit und Einsehbarkeit der Vereinbarungen kann im Notfall nicht gewährleistet werden
- Viele Patienten können die Tragweite der Behandlungsvereinbarungen nicht erfassen
- Behandlungsvereinbarungen können im Widerspruch zu Zwangsmaßnahmen stehen
- Behandlungsvereinbarungen sind nicht immer vereinbar mit unseren Therapieleitlinien
- Wir legen den Schwerpunkt auf andere Instrumente (z.B. Krisenplan)
- Sonstiges

9. Gibt es sonstige Erfahrungen, die Ihnen in diesem Zusammenhang wichtig erscheinen?

.....

.....

.....

.....

.....

Vielen Dank für Ihre Teilnahme! Wir informieren Sie gerne über die Ergebnisse!

Für diejenigen Einrichtungen, in denen Behandlungsvereinbarungen angeboten werden:

10. Ungefähr seit welchem Jahr gibt es bei Ihnen die Möglichkeit Behandlungsvereinbarung abzuschließen?

Seit etwa (← bitte hier die Jahreszahl einfügen)

11. Wie viele Behandlungsvereinbarungen wurden seither in etwa abgeschlossen?

Ungefähr.....

12. Hat nach Ihrer Einschätzung die Nachfrage nach Behandlungsvereinbarungen seitens der Patienten in den letzten Jahren zugenommen?

- eher ja
 eher nein
 weiß nicht/ist nicht bekannt/ist nicht einzuschätzen

13. Gibt es in Ihrer Einrichtung eine Vorlage zum Abschluss von Behandlungsvereinbarungen?

- nein
 ja

14. Wie stark waren bei der Ausarbeitung und Etablierung des Instruments der Behandlungsvereinbarungen in Ihrer Einrichtung Betroffenen- und/oder Angehörigengruppen involviert?

- Betroffenen- und/oder Angehörigengruppen waren unmittelbar beteiligt
 Betroffenen- und/oder Angehörigengruppen waren nicht unmittelbar beteiligt

15. Wie werden Ihre Patienten in der Regel über die Möglichkeit des Abschlusses einer Behandlungsvereinbarung informiert? (Mehrfachnennungen sind möglich)

- Im Rahmen eines persönlichen Gespräches
 Im Rahmen von Gruppenangeboten (z.B. Psychoedukation)
 Durch Informationsmaterial (z.B. Homepage der Klinik/ Aushänge/ Flugblätter)
 Sonstiges, nämlich.....

16. Welche Patienten werden bei Ihnen in der Regel über die Möglichkeit von Behandlungsvereinbarungen informiert?

- In der Regel wird jeder Patient darauf angesprochen
 Die Möglichkeit einer Behandlungsvereinbarung wird nicht generell mit jedem Patienten besprochen, sondern in der Regel mit einzelnen Patienten, die hiervon profitieren könnten
 Die Möglichkeit einer Behandlungsvereinbarung wird von Klinikseite aus nicht direkt angesprochen

17. Zu welchem Zeitpunkt der Behandlung werden Behandlungsvereinbarungen bei Ihnen in der Regel abgeschlossen?

- Noch während des stationären Aufenthalts
- Die Behandlungsvereinbarungen werden während des Aufenthalts ausgearbeitet, der endgültige Abschluss erfolgt jedoch erst nach der Entlassung
- Sowohl Ausarbeitung als auch Abschluss der Behandlungsvereinbarung erfolgen stets außerhalb eines stationären Aufenthalts
- Bei uns ist dies variabel (*Haben Sie hierzu Anmerkungen?*).....

18. Ist die Behandlungsvereinbarung im Bedarfsfall jederzeit einsehbar (z.B. für den Arzt vom Dienst)?

- nein, weil.....
.....
(*bitte nennen Sie uns kurz ein paar Stichpunkte zu den Gründen*)
- ja, weil.....
.....
(*bitte nennen Sie uns kurz ein paar Stichpunkte, wie Sie dies möglich machen*)

19. Wer unterzeichnet bei Ihnen in der Regel den Abschluss einer Behandlungsvereinbarung?

(*Mehrfachnennungen sind möglich*)

- Patient
- Vertrauensperson des Patienten
- Patientenfürsprecher
- Pflegekraft/ Bezugspfleger
- behandelnder Therapeut
- behandelnder Arzt
- Facharzt
- Oberarzt
- Chefarzt/ Ärztlicher Direktor
- sonstige, nämlich.....

20. Wer muss bei Ihnen **immer** sein Einverständnis geben, damit **entgegen** getroffenen Behandlungsvereinbarungen gehandelt werden darf? (*Mehrfachnennungen sind möglich*)

- der Patient selbst
- eine Vertrauensperson des Patienten
- der Patientenfürsprecher
- eine Pflegekraft/ ein Bezugspfleger
- der behandelnde Therapeut
- der behandelnde Arzt
- ein Facharzt
- ein Oberarzt
- ein Chefarzt/ Ärztlicher Direktor
- eine andere Person, nämlich.....

21. Wird bei Ihnen der Abschluss von Behandlungsvereinbarungen von den Ärzten bzw. Therapeuten unterstützt?

- eher ja
- eher nein
- weiß nicht/nicht bekannt/ist nicht einzuschätzen

22. Welche Erfahrungen haben Sie mit Behandlungsvereinbarungen gemacht hinsichtlich folgender Bereiche

	eher positive	gemischte	eher negative
Zeitlicher bzw. organisatorischer Aufwand für Ausarbeitung und Abschluss der Behandlungsvereinbarungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zeitlicher bzw. organisatorischer Aufwand für Behandlungsmaßnahmen entsprechend der Vereinbarungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Praktische Umsetzbarkeit der getroffenen Vereinbarungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verbindlichkeit der Vereinbarungen für die Beschäftigten der Klinik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Akzeptanz der Vereinbarungen durch die Beschäftigten der Klinik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verbindlichkeit der Vereinbarungen für die Patienten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Reduktion von Zwangseinweisungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Reduktion von gesetzlichen Unterbringungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Reduktion von Zwangsmaßnahmen während des Aufenthaltes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aktive Teilnahme des Patienten an der Behandlung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kooperation zwischen Therapeuten und Patienten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.....(Sonstiges)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

23. Gibt es noch andere Erfahrungen mit Behandlungsvereinbarungen, die Ihnen in diesem Zusammenhang wichtig erscheinen?

.....

.....

.....

.....

Vielen Dank für Ihre Teilnahme an der Befragung! Selbstverständlich informieren wir Sie gerne über die Ergebnisse!

Vielleicht haben Sie Anmerkungen und Anregungen zur Befragung oder zum Thema allgemein.
Gerne dürfen Sie uns diese hier mitteilen:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

10.3 Formular zur Studieninformation im Rahmen der Fragebogenstudie (quantitative Studie)

**STUDIENINFORMATION**

*Forschungsprojekt: Vorausplanung von psychiatrischen Behandlungsentscheidungen –
Die Verbreitung von Behandlungsvereinbarungen in Bayerischen Kliniken.*

Leitung: Dr. K. Kühlmeyer (089-2180-72790; katja.kuehlmeyer@med.uni-muenchen.de)
Doktorandin: Katja Schwarz (katja.schwarz@med.uni-muenchen.de)
Wissenschaftliche Betreuung: Prof. Dr. Georg Marckmann

Ich möchte über die Ergebnisse der Studie informiert werden, bitte verwenden Sie dazu die folgende

E-Mail-Adresse: _____

Diese E-Mail-Adresse wird getrennt von den erhobenen Daten aufbewahrt und ausschließlich zum Zweck der Teilnehmerinformation nach Abschluss der Studie verwendet.

10.4 Einwilligungserklärung zur Teilnahme an der Interviewstudie (qualitative Studie)

EINWILLIGUNGSERKLÄRUNG ZUR TEILNAHME AN DER INTERVIEWSTUDIE
Forschungsprojekt: Vorausplanung von psychiatrischen Behandlungsentscheidungen**Forschungsprojekt am Institut für Ethik, Geschichte und Theorie der Medizin der Ludwig-Maximilians-Universität, München**

Name: _____

Institution: _____

Aufgeklärt von: Katja Schwarz (Interviewerin)

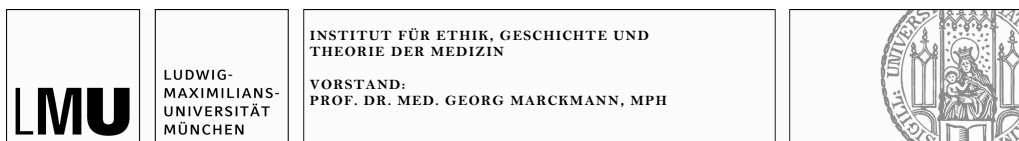
1. Ich wurde über Sinn und Zweck sowie den Inhalt der Studie aufgeklärt. Ich hatte ausreichend Zeit, alle meine aufkommenden Fragen zu meiner Zufriedenheit zu klären, auch im Hinblick auf die datenschutzrechtlichen Fragen.
2. Ich erkläre mich bereit, an oben genannter Studie teilzunehmen.
3. Ich verstehe, dass meine Teilnahme freiwillig ist und ich meine Einwilligung jederzeit zurückziehen kann, ohne dass mir hieraus Nachteile entstehen.
4. Ich bin mit der im Rahmen der Studie erfolgenden Aufzeichnung von persönlichen Daten/Auskünften einverstanden. Ich habe verstanden, dass mein Name im Rahmen dieser Studie nicht genannt wird, alle Informationen nur in anonymisierter Form wiedergegeben werden und ich bin daher einverstanden, dass Berichte erstellt werden, ohne dass es meiner Zustimmung bedarf.
5. Eine Kopie der Information und der Einwilligung wurde mir ausgehändigt.

Teilnehmer/in: Die oben genannten Punkte sind erfüllt und ich bin mit der Erhebung und Verwendung persönlicher Daten einverstanden.

- Ich bin nicht damit einverstanden, dass das Transkript des Interviews zum Zweck der sachgemäßen Auswertung in einer Gruppe von Wissenschaftlern besprochen wird.
- Ich wünsche am Ende der Studie eine Information über die Ergebnisse.

Ort, Datum_____
Unterschrift Teilnehmer/in**Interviewer/in: Ich habe den Teilnehmer umfassend über die Studie sowie die Verwendung seiner Daten aufgeklärt.**_____
Ort, Datum_____
Unterschrift Interviewer/in

10.5 Begleitfragebogen zur Interviewstudie (qualitative Studie)



Begleitfragebogen zur Interviewstudie:
Vorausplanung von psychiatrischen Behandlungsentscheidungen
 (Bitte ausfüllen und zum Gespräch mitbringen)

1. Was verstehen Sie unter einer Behandlungsvereinbarung in der Psychiatrie?
 Bitte beschreiben Sie es kurz in eigenen Worten:

2. Zu Ihrer persönlichen Erfahrung mit der Behandlungsvereinbarung:

- a. Haben Sie sich bereits zum Thema Behandlungsvereinbarungen in der Psychiatrie informiert?

ja
 nein

- b. Waren Sie schon einmal beim Abschluss einer Behandlungsvereinbarung involviert?

ja
 nein
 weiß nicht

- c. Haben Sie bereits Patienten mit einer Behandlungsvereinbarung betreut?

ja (wenn ja: weiter mit Frage d)
 nein (wenn nein: weiter mit Frage 3)
 weiß nicht (wenn weiß nicht: weiter mit Frage 3)

- d. Wenn ja:

Wie viele Patienten mit einer Behandlungsvereinbarung haben Sie bereits betreut?
 [Patientenanzahl]

- e. Wegen welcher Diagnosen waren die Patienten in der stationären Behandlung?

Suchterkrankungen
 Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen
 Affektive Störungen (z.B.: Bipolare Störungen, Depression)
 Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen (z.B.: Angst-, Zwangsstörungen)
 Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen
 Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren

f. Wer hat die Behandlungsvereinbarung veranlasst?

- Patient selbst
 Angehörige
 ein Vertreter des Betroffenenverbandes
 Arzt
 Sozialarbeiter
 Andere: _____

g. Wie viele Ihrer Patienten haben aktuell eine Behandlungsvereinbarung?

[Patientenanzahl]

3. Werden in Ihrer Klinik Behandlungsvereinbarungen angeboten?

- ja (wenn ja: weiter mit Frage 5)
 nein (wenn nein: weiter mit Frage 4)
 weiß nicht (wenn weiß nicht: weiter mit Frage 4)

4. Falls Sie Frage 3 mit „nein“ bzw. „weiß nicht“ beantwortet haben:

a. Gibt es derzeit Planungen in Ihrer Klinik eine Behandlungsvereinbarung einzuführen?

- ja
 nein
 weiß nicht

5. Falls Sie Frage 3 mit „ja“ beantwortet haben:

a. Gibt es standardisierte Vorlagen für den Abschluss einer Behandlungsvereinbarung?

- ja
 nein
 weiß nicht

b. Wer ist in Ihrer Klinik in der Regel beim Abschluss einer Behandlungsvereinbarung involviert?

[Mehrfachantworten möglich]

- Oberarzt/Oberärztin der zuständigen Station
 Stationsarzt/Stationsärztin
 Psychologe/Psychologin
 Pflegende/Pflegender
 Sozialarbeiter/in
 Koordinator/in für Behandlungsvereinbarungen
 Patient/in
 Angehörige des Patienten / der Patientin
 Andere: _____

6. Wie bewerten Sie das Verhältnis von zeitlichem und organisatorischem Aufwand gegenüber dem Nutzen einer Behandlungsvereinbarung?

- angemessen
 eher angemessen
 eher unangemessen
 unangemessen
 weiß nicht

Anmerkungen: _____

7. Welche Bedeutung messen Sie der Behandlungsvereinbarung für den Fachbereich der Psychiatrie zu?

- sehr wichtig
 wichtig
 eher unwichtig
 unwichtig
 weiß nicht

8. Zu Ihrer Person:

a) Geschlecht: weiblich männlich

b) Alter: _____ Jahre

c) Berufserfahrung (seit Approbation): _____ Jahre

d) Auf welcher Station sind Sie aktuell tätig?

- Offene Station
 Geschützte Station

e) Welchen Beruf üben Sie zur Zeit aus?

[Mehrfachantworten möglich]

- Assistenzarzt
 Facharzt (für _____)
 Oberarzt
 Chefarzt

9. Haben Sie noch Anmerkungen zu der Befragung?

Vielen Dank für Ihre Teilnahme.

Bitte bringen Sie den ausgefüllten Fragebogen zu unserem Gesprächstermin mit.

10.6 Interviewleitfaden (qualitative Studie)



LUDWIG-
MAXIMILIANS-
UNIVERSITÄT
MÜNCHEN

INSTITUT FÜR ETHIK, GESCHICHTE UND THEORIE
DER MEDIZIN
VORSTAND:
PROF. DR. MED. GEORG MARCKMANN, MPH



Leitfragen (Erzählaufforderungen)	Check-Liste – Würde das erwähnt? (Ansatzpunkte für evtl. Nachfragen)	Konkrete Fragen (an passender Stelle im Interviewverlauf entsprechend stellen)	Aufrecht- erhaltungs- / Steuerungsfragen
Teil 1: Erfahrungen (verhaltensbasiert, kognitiv, affektiv)			
Welche Erfahrungen haben Sie bei der Behandlung psychisch Erkrankter mit der Behandlungsvereinbarung (BV) gemacht?	<ul style="list-style-type: none"> - welcher Art (positiv/negativ), in welcher Situation - Unterschiede in Behandlungssituationen mit/ohne BV - evtl. Patientengruppen, die besonders profitieren - Beurteilung der Inhalte (sinnvoll, angemessen, anwendbar) - Einfluss auf Zwangsbehandlungen/-maßnahmen - Einfluss auf Klinikaufenthaltsdauer - Fälle, in denen BV nicht befolgt werden konnte - Erfahrungen mit Angehörigen (Interessenskonflikte) - Zusammenarbeit im Team (Interessenskonflikte) - Einstellung der Klinikleitung und Kollegen zur BV 	<ul style="list-style-type: none"> Können Sie von konkreten Erfahrungen berichten? Gibt es Patientengruppen, für die eine BV besonders geeignet ist? Welche Inhalte empfinden Sie für eine BV als sinnvoll, welche eher als überflüssig? Denken Sie, dass BVen Einfluss auf den ausgeübten Zwang in der Psychiatrie nehmen? Hatten Sie bereits Fälle, in denen Sie von einer BV abweichen mussten? Was denken Sie, wie Angehörige auf eine BV reagieren? Verändert sich die Zusammenarbeit im Team durch die Vorausplanung mit einer BV? Kenne Sie die Einstellung der Klinikleitung und der Kollegen zur BV? 	<ul style="list-style-type: none"> Haben Sie hierzu auch konträre Erfahrungen? Wie ging das dann weiter?
Teil 2: Beweggründe, Chancen und Risiken, Hürden und Grenzen (kognitiv, affektiv)			
Welche Gründe hätten SIE mit IHREN Patienten eine BV abzuschließen?	<ul style="list-style-type: none"> - Informationszugewinn - bessere Kommunikation - therapeutische Kooperation (shared decision making) - bessere Arzt-Patienten-Beziehung (vertrauensbildend) - Compliance/Adhärenz - Patient setzt sich aktiver mit Krankheit auseinander - höherer Grad an Selbstbestimmung des Patienten - Vermeidung von Entscheidungen gegen den Patientenwillen - Reduktion von Zwang - Entlastung Dritter (Angehörige) - Aufwandsreduktion durch Dokumentation der Erfahrungen - Klarheit für das Behandlungsteam - Evtl. spezifische Situationen, in denen BV hilfreich ist 	<ul style="list-style-type: none"> Wirkt sich eine BV aus Ihrer Sicht auf das Arzt-Patienten-Verhältnis aus? Wirkt sich eine BV aus Ihrer Sicht auf die Compliance/Adhärenz des Patienten aus? Welchen Einfluss hat die BV auf die Entscheidungssituation im Behandlungsteam? Gibt es Situationen, in denen eine BV hilfreich sein könnte? 	<ul style="list-style-type: none"> Können Sie hierzu evtl. ein Beispiel nennen? Gibt es für Sie weitere Gründe, die für eine BV sprechen?
Welche Chancen (+) und Risiken (-) sehen Sie durch die BV?	<ul style="list-style-type: none"> (+) siehe vorhergehende Frage [obenstehend] (-) Kompetenzverlust (Richtlinienkompetenz) (-) Therapieverweigerung durch Patienten (-) fehlendes Bewußtsein über Konsequenz (-) Interessenskonflikte (Stakeholder) (-) erhöhter Aufwand (organisatorisch, zeitlich) (-) juristische Konsequenzen 	<ul style="list-style-type: none"> Sehen Sie die Gefahr, dass BVen zur Therapieablehnung angewendet werden? Inwieweit können Patienten die Tragweite ihrer Entscheidungen abschätzen? Sehen Sie durch die BV Interessenskonflikte unter den beteiligten Akteuren? Wie schätzen Sie den Aufwand für Ihre klinischen Tätigkeit durch die BV ein? 	
Gibt es aus Ihrer Sicht Hürden bzw. Grenzen für den Einsatz einer BV?	<ul style="list-style-type: none"> - siehe vorhergehende Frage [obenstehend (-)] - organisatorischer, zeitlicher Art - mangelnde Nachfrage 	<ul style="list-style-type: none"> Kann sichergestellt werden, dass die BV bei einer Akuttaufnahme verfügbar ist? 	
Teil 3: Haltung (kognitiv, affektiv)			
Wie ist Ihre Haltung zur BV?	<ul style="list-style-type: none"> - Grenze zwischen Patientenautonomie und ärztl. Fürsorge - Richtlinienkompetenz - Kriterien zur Orientierung, ob BV befolgt wird - Fälle in denen eine Abweichung sinnvoll 	<ul style="list-style-type: none"> Wie beurteilen Sie die das Verhältnis zwischen der Patientenautonomie und der ärztlichen Fürsorgepflicht und wo sehen Sie die Grenze? Worauf lassen wir uns mit einer BV ein? An welchen Kriterien würden Sie sich orientieren, wenn Sie entscheiden müssen, ob Sie der BV im konkreten Fall folgen oder nicht? In welchen Fällen könnte aus Ihrer Sicht eine Abweichung sinnvoll sein? 	<ul style="list-style-type: none"> Können Sie das näher beschreiben?
Teil 4: Bedeutung (kognitiv, affektiv)			
Verändert sich die ärztliche Tätigkeit durch Instrumente wie die BV? Falls ja, inwiefern beziehungsweise falls nein, wieso nicht?	<ul style="list-style-type: none"> - Bedeutung für die psychiatrische Behandlung 		<ul style="list-style-type: none"> Welche Bedeutung messen Sie der BV insgesamt zu?
Welche Bedeutung hat die BV für IHRE ärztliche Tätigkeit ?	<ul style="list-style-type: none"> - Bedeutung für die eigene ärztliche Tätigkeit 		
Wie beurteilen Sie die Bedeutung der BV für das Fachgebiet der Psychiatrie ?	<ul style="list-style-type: none"> - Bedeutung für die Psychiatrie insgesamt 		
Teil 5: Annahmen über rechtliche Grundlagen (wissensbasiert)			
Wie verbindlich sehen Sie die BV?	<ul style="list-style-type: none"> - Rechtliche Beachtlichkeit nach PatVG, § 1901a BGB (2009) - Maßnahmen unbeflusst vom PatVG; - zur Feststellung der Betreuungs-/Unterbringungsbedürftigkeit - unterbringungsähn. Maßnahmen zur Gefahrenabwehr - bei Selbstgefährdung - bei Fremdgefährdung - Wünsche in Bezug auf die Rechtslage 	<ul style="list-style-type: none"> Gibt es Maßnahmen in der Versorgung, die eine Abweichung von der BV rechtfertigen? Gibt es aus Ihrer Sicht Handlungsbedarf in der Rechtsprechung? 	<ul style="list-style-type: none"> Wie sehen Sie die Rechtslage in Bezug auf die BV?
Teil 6: Zukunftsperspektive (kognitiv, affektiv)			
Was erwarten Sie für die Zukunft der Instrumente der psychiatrischen Vorausplanung, wie der BV?	<ul style="list-style-type: none"> - Annahmen über zukünftige Entwicklungen 		<ul style="list-style-type: none"> Welche zukünftige Entwicklung würden Sie der BV vorhersagen?
Teil 7: Offene Themen			
Gibt es noch Themen, die in diesem Zusammenhang wichtig sind, die wir noch nicht angesprochen haben?	<ul style="list-style-type: none"> - bisher nicht genannte Themen 		<ul style="list-style-type: none"> Haben wir noch etwas vergessen, das sie gerne ergänzen möchten?

11 Eidesstattliche Versicherung

Ich, Katja Schwarz, erkläre hiermit an Eides statt, dass ich die vorliegende Dissertation mit dem Titel

„Behandlungsvereinbarungen in der Akutpsychiatrie.

Eine methodenplurale Studie zur Einstellung klinisch tätiger Psychiater“

selbständig verfasst, mich außer der angegebenen keiner weiteren Hilfsmittel bedient und alle Erkenntnisse, die aus dem Schrifttum ganz oder annähernd übernommen sind, als solche kenntlich gemacht und nach ihrer Herkunft unter Bezeichnung der Fundstelle einzeln nachgewiesen habe.

Ich erkläre des Weiteren, dass die hier vorgelegte Dissertation nicht in gleicher oder in ähnlicher Form bei einer anderen Stelle zur Erlangung eines akademischen Grades eingereicht wurde.

Heidelberg, den 12.03.2020

Katja Schwarz

Ort, Datum

Doktorandin Katja Schwarz