

AUS DEM INSTITUT FÜR ETHIK, GESCHICHTE UND THEORIE DER MEDIZIN
DER LUDWIG-MAXIMILIANS-UNIVERSITÄT MÜNCHEN
VORSTAND: PROF. DR. GEORG MARCKMANN, MPH

Psychiatrische Behandlungsvorausplanung

Eine qualitative Interviewstudie mit Verfassern von
Patientenverfügungen, Krisenpässen und
Behandlungsvereinbarungen

Dissertation
zum Erwerb des Doktorgrades der Medizin
an der Medizinischen Fakultät der
Ludwig-Maximilians-Universität zu München

vorgelegt von
Nina-Kathinka Walter, geb. Schwenk
aus
Stuttgart
2020

Mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät
der Universität München

Berichterstatter: Prof. Dr. med. Dr. phil. Ralf Jox

Mitberichterstatter: Prof. Dr. Andreas Spickhoff

Prof. Dr. Randolph Penning

Mitbetreuung durch die
promovierte Mitarbeiterin: Dr. rer. biol. hum. Dipl.-Psych. Katja Kühlmeyer

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

Tag der mündlichen Prüfung: 13. 02. 2020



Eidesstattliche Versicherung

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

„Psychiatrische Behandlungsvorausplanung: Eine qualitative Interviewstudie mit Verfassern von Patientenverfügungen, Krisenpässen und Behandlungsvereinbarungen“

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.

Stuttgart, 22.10.2020

Nina-Kathinka Walter

INHALTSVERZEICHNIS

| | | |
|-----------|--|-----------|
| 1 | ZUSAMMENFASSUNG | 2 |
| 2 | EINLEITUNG | 4 |
| 2.1 | GRUNDLAGEN VON BEHANDLUNGSENTSCHEIDUNGEN | 5 |
| 2.1.1 | <i>Ethischer Rahmen von Behandlungsentscheidungen</i> | 5 |
| 2.1.1.1 | Das Prinzip der Fürsorge | 5 |
| 2.1.1.2 | Autonomie und Einwilligung | 6 |
| 2.1.1.2.1 | Selbstbestimmungsrechte in der Rechtsordnung | 7 |
| 2.1.1.2.2 | Aufklärung und informierte Einwilligung (<i>informed consent</i>) | 9 |
| 2.1.1.2.3 | Einwilligungsfähigkeit | 10 |
| 2.1.2 | <i>Modelle der Arzt-Patienten-Beziehung</i> | 11 |
| 2.2 | VORAUSSPLANUNG IM PSYCHIATRISCHEN KONTEXT | 13 |
| 2.2.1 | <i>Relevanz</i> | 13 |
| 2.2.2 | <i>Feststellen des Patientenwillens</i> | 14 |
| 2.2.3 | <i>Psychiatrische Patientenverfügung</i> | 15 |
| 2.2.3.1 | Geschichtliche Entwicklung psychiatrischer Patientenverfügungen (PV) | 15 |
| 2.2.3.2 | Rechtliche Grundlagen der Patientenverfügung (PV) | 16 |
| 2.2.3.3 | Dokumententypen und Modelle der Vorausplanung | 19 |
| 2.2.3.3.1 | Einseitige Verfügungen | 20 |
| 2.2.3.3.2 | Gegenseitige Vereinbarungen | 22 |
| 2.2.3.3.3 | Sonstige Schriftstücke | 24 |
| 2.2.3.3.4 | Dokumente zur Bestimmung eines Stellvertreters | 25 |
| 2.2.3.4 | Ziele und Effekte von Vorausplanung | 26 |
| 2.2.3.5 | Inhalte von Vorausverfügungen | 28 |
| 2.2.4 | <i>Zwangsmaßnahmen</i> | 30 |
| 2.2.5 | <i>Unterschiede zur Vorausplanung am Lebensende</i> | 34 |
| 2.2.6 | <i>Problemfelder im Umgang mit psychiatrischen Vorausverfügungen</i> | 35 |
| 2.2.6.1 | Rechtfertigung einer Abweichung vom vorausverfügten Willen | 35 |
| 2.2.6.2 | Hürden bei der Umsetzung von Vorausplanung | 36 |
| 2.2.6.3 | Perspektive der Behandler | 37 |
| 2.2.6.4 | Verbreitung von psychiatrischen Vorausplanungen | 38 |
| 2.2.7 | <i>Advance Care Planning (ACP) und Behandlung im Voraus planen (BVP) als Modelle der Vorausplanung</i> | 39 |
| 2.2.7.1 | ACP im psychiatrischen Kontext | 41 |
| 2.2.7.2 | Aktuelle Entwicklung von ACP/BVP in Deutschland | 41 |
| 2.2.8 | <i>Perspektive der potentiellen Patienten</i> | 42 |
| 2.3 | ZUSAMMENFASSUNG DER AUSGANGSLAGE | 44 |
| 2.4 | FRAGESTELLUNG UND ZIELSETZUNG DER STUDIE | 45 |
| 3 | METHODEN | 47 |
| 3.1 | STUDIENDESIGN | 47 |
| 3.1.1 | <i>Interviewleitfaden</i> | 48 |
| 3.1.2 | <i>Begleitfragebogen</i> | 48 |
| 3.2 | SAMPLING UND REKRUTIERUNG | 49 |
| 3.3 | ETHISCHE ERWÄGUNGEN | 50 |
| 3.4 | DATENERHEBUNG | 51 |
| 3.4.1 | <i>Interviews</i> | 51 |
| 3.4.2 | <i>Dokumente</i> | 53 |
| 3.5 | AUSWERTUNG | 53 |
| 3.5.1 | <i>Methodische Konzeption der Auswertung</i> | 53 |

| | | |
|-----------|---|-----------|
| 3.5.2 | Dokumentenanalyse..... | 54 |
| 3.5.3 | Fallbildung..... | 54 |
| 3.5.4 | Kodierung..... | 55 |
| 3.5.5 | Materialübersicht..... | 56 |
| 3.5.6 | Fallkontrastierung und Überprüfung einer Typenbildung..... | 56 |
| 3.5.7 | Feedback..... | 56 |
| 3.6 | QUALITÄTSPRÜFUNG UND REFLEXIVITÄT | 57 |
| 4 | ERGEBNISSE | 58 |
| 4.1 | STICHPROBE | 58 |
| 4.2 | ERGEBNISÜBERSICHT | 59 |
| 4.2.1 | <i>Dokumente</i> | 59 |
| 4.2.1.1 | Dokumententypen..... | 59 |
| 4.2.1.2 | Funktionen der Dokumente..... | 61 |
| 4.2.2 | <i>Vertrauenspersonen</i> | 63 |
| 4.2.2.1 | Auswahl der Vertrauenspersonen..... | 63 |
| 4.2.2.2 | Aufgaben und Rollenfunktion der Vertrauenspersonen..... | 64 |
| 4.2.3 | <i>Behandlungswünsche</i> | 65 |
| 4.2.3.1 | Behandlung mit Medikamenten..... | 65 |
| 4.2.3.2 | Freiheitsentziehende Maßnahmen..... | 68 |
| 4.2.3.3 | Umgang mit Zwangsmaßnahmen..... | 69 |
| 4.2.3.4 | Sonstige Wünsche..... | 71 |
| 4.2.4 | <i>Bisherige Erfahrungen</i> | 73 |
| 4.2.5 | <i>Einstellungen gegenüber der Psychiatrie</i> | 75 |
| 4.2.6 | <i>Übergeordnete Ziele</i> | 76 |
| 4.2.7 | <i>Framework (Anwendungsmodelle)</i> | 77 |
| 4.2.7.1 | Definitionen der Anwendungsmodelle..... | 77 |
| 4.2.7.2 | Anwendungsabsichten unter den Teilnehmern..... | 78 |
| 4.3 | FALLBERICHTE | 81 |
| 4.3.1 | <i>Fallbericht Teilnehmer Nr. 1</i> | 81 |
| 4.3.1.1 | Initiative..... | 81 |
| 4.3.1.2 | Dokumente..... | 81 |
| 4.3.1.3 | Rolle der Vertrauenspersonen..... | 83 |
| 4.3.1.3.1 | Auswahl der Vertrauensperson..... | 83 |
| 4.3.1.3.2 | Aufgaben der Vertrauenspersonen..... | 84 |
| 4.3.1.4 | Behandlungswünsche..... | 85 |
| 4.3.1.4.1 | Behandlung mit Medikamenten..... | 85 |
| 4.3.1.4.2 | Freiheitsentziehende Maßnahmen..... | 86 |
| 4.3.1.4.3 | Umgang mit Zwangsmaßnahmen..... | 87 |
| 4.3.1.4.4 | Sonstige Wünsche..... | 87 |
| 4.3.1.5 | Bisherige Erfahrungen..... | 88 |
| 4.3.1.5.1 | Erfahrungen in Zusammenhang mit psychiatrischen Aufenthalten..... | 88 |
| 4.3.1.5.2 | Erfahrungen in Zusammenhang mit Dokumenten zur Vorausplanung..... | 89 |
| 4.3.1.6 | Zukunftsvorstellungen..... | 89 |
| 4.3.1.7 | Einstellung gegenüber der Psychiatrie..... | 90 |
| 4.3.1.8 | Übergeordnete Ziele der schriftlichen Vorausplanung..... | 91 |
| 4.3.1.9 | Funktion der Dokumente..... | 93 |
| 4.3.1.10 | <i>Framework</i> und Appell..... | 93 |
| 4.3.1.11 | Zusammenfassung..... | 94 |
| 4.3.2 | <i>Fallbericht Teilnehmer Nr. 2</i> | 95 |
| 4.3.2.1 | Initiative..... | 95 |
| 4.3.2.2 | Dokumente..... | 95 |

| | | |
|--------------|---|------------|
| 4.3.2.3 | Rolle der Vertrauensperson..... | 96 |
| 4.3.2.3.1 | Auswahl der Vertrauensperson | 96 |
| 4.3.2.3.2 | Aufgaben der Vertrauensperson | 97 |
| 4.3.2.4 | Behandlungswünsche..... | 97 |
| 4.3.2.4.1 | Behandlung mit Medikamenten | 97 |
| 4.3.2.4.2 | Freiheitsentziehende Maßnahmen..... | 98 |
| 4.3.2.4.3 | Umgang mit Zwangsmaßnahmen | 99 |
| 4.3.2.4.4 | Sonstige Wünsche..... | 99 |
| 4.3.2.5 | Bisherige Erfahrungen | 100 |
| 4.3.2.5.1 | Erfahrungen in Zusammenhang mit psychiatrischen Aufenthalten..... | 100 |
| 4.3.2.5.2 | Erfahrungen in Zusammenhang mit Dokumenten zur Vorausplanung..... | 100 |
| 4.3.2.6 | Zukunftsvorstellungen | 100 |
| 4.3.2.7 | Einstellung gegenüber der Psychiatrie | 101 |
| 4.3.2.8 | Übergeordnete Ziele der schriftlichen Vorausplanung..... | 101 |
| 4.3.2.9 | Funktion des Dokumentes | 103 |
| 4.3.2.10 | <i>Framework</i> und Appell | 103 |
| 4.3.2.11 | Zusammenfassung | 104 |
| 4.3.3 | <i>Fallbericht Teilnehmer Nr. 3</i> | 105 |
| 4.3.3.1 | Initiative..... | 105 |
| 4.3.3.2 | Dokumente | 105 |
| 4.3.3.3 | Rolle der Vertrauensperson..... | 106 |
| 4.3.3.4 | Behandlungswünsche..... | 107 |
| 4.3.3.4.1 | Behandlung mit Medikamenten | 107 |
| 4.3.3.4.2 | Freiheitsentziehende Maßnahmen..... | 108 |
| 4.3.3.4.3 | Umgang mit Zwangsmaßnahmen | 108 |
| 4.3.3.4.4 | Sonstige Wünsche..... | 108 |
| 4.3.3.5 | Bisherige Erfahrungen | 109 |
| 4.3.3.5.1 | Erfahrungen in Zusammenhang mit psychiatrischen Aufenthalten..... | 109 |
| 4.3.3.5.2 | Erfahrungen in Zusammenhang mit Dokumenten zur Vorausplanung..... | 109 |
| 4.3.3.6 | Zukunftsvorstellungen | 110 |
| 4.3.3.7 | Einstellung gegenüber der Psychiatrie | 110 |
| 4.3.3.8 | Übergeordnete Ziele der schriftlichen Vorausplanung..... | 111 |
| 4.3.3.9 | Funktion des Dokumentes | 112 |
| 4.3.3.10 | <i>Framework</i> und Appell | 114 |
| 4.3.3.11 | Zusammenfassung | 115 |
| 4.3.4 | <i>Fallbericht Teilnehmer Nr. 4</i> | 116 |
| 4.3.4.1 | Initiative..... | 116 |
| 4.3.4.2 | Dokumente | 116 |
| 4.3.4.3 | Rolle der Vertrauenspersonen..... | 118 |
| 4.3.4.3.1 | Auswahl der Vertrauensperson | 118 |
| 4.3.4.3.2 | Aufgaben der Vertrauensperson | 118 |
| 4.3.4.4 | Behandlungswünsche..... | 120 |
| 4.3.4.4.1 | Behandlung mit Medikamenten | 120 |
| 4.3.4.4.2 | Freiheitsentziehende Maßnahmen..... | 121 |
| 4.3.4.4.3 | Umgang mit Zwangsmaßnahmen | 122 |
| 4.3.4.4.4 | Sonstige Wünsche..... | 122 |
| 4.3.4.5 | Bisherige Erfahrungen | 122 |
| 4.3.4.5.1 | Erfahrungen in Zusammenhang mit psychiatrischen Aufenthalten..... | 122 |
| 4.3.4.5.2 | Erfahrungen in Zusammenhang mit Dokumenten zur Vorausplanung..... | 123 |
| 4.3.4.6 | Zukunftsvorstellungen | 123 |
| 4.3.4.7 | Einstellung gegenüber der Psychiatrie | 124 |
| 4.3.4.8 | Übergeordnete Ziele der schriftlichen Vorausplanung..... | 124 |
| 4.3.4.9 | Funktion des Dokumentes | 126 |
| 4.3.4.10 | <i>Framework</i> und Appell | 127 |

| | | |
|--------------|---|------------|
| 4.3.4.11 | Zusammenfassung..... | 128 |
| 4.3.5 | Fallbericht Teilnehmer Nr. 5 | 129 |
| 4.3.5.1 | Initiative..... | 129 |
| 4.3.5.2 | Dokumente..... | 129 |
| 4.3.5.3 | Rolle der Vertrauenspersonen..... | 130 |
| 4.3.5.3.1 | Auswahl der Vertrauensperson | 130 |
| 4.3.5.3.2 | Aufgaben der Vertrauensperson | 130 |
| 4.3.5.4 | Behandlungswünsche..... | 131 |
| 4.3.5.4.1 | Behandlung mit Medikamenten | 131 |
| 4.3.5.4.2 | Freiheitsentziehende Maßnahmen..... | 134 |
| 4.3.5.4.3 | Umgang mit Zwangsmaßnahmen | 134 |
| 4.3.5.4.4 | Sonstige Wünsche..... | 135 |
| 4.3.5.5 | Bisherige Erfahrungen | 137 |
| 4.3.5.5.1 | Erfahrungen in Zusammenhang mit psychiatrischen Aufenthalten..... | 137 |
| 4.3.5.5.2 | Erfahrungen in Zusammenhang mit Dokumenten zur Vorausplanung..... | 137 |
| 4.3.5.6 | Zukunftsvorstellungen..... | 137 |
| 4.3.5.7 | Einstellung gegenüber der Psychiatrie | 138 |
| 4.3.5.8 | Übergeordnete Ziele der schriftlichen Vorausplanung..... | 138 |
| 4.3.5.9 | Funktion des Dokumentes..... | 139 |
| 4.3.5.10 | <i>Framework</i> und Appell | 139 |
| 4.3.5.11 | Zusammenfassung..... | 140 |
| 4.3.6 | Fallbericht Teilnehmer Nr. 6 | 141 |
| 4.3.6.1 | Initiative..... | 141 |
| 4.3.6.2 | Dokumente..... | 141 |
| 4.3.6.3 | Rolle der Vertrauenspersonen..... | 142 |
| 4.3.6.3.1 | Auswahl der Vertrauenspersonen | 142 |
| 4.3.6.3.2 | Aufgaben der Vertrauenspersonen | 143 |
| 4.3.6.4 | Behandlungswünsche..... | 143 |
| 4.3.6.4.1 | Behandlung mit Medikamenten | 143 |
| 4.3.6.4.2 | Freiheitsentziehende Maßnahmen..... | 145 |
| 4.3.6.4.3 | Umgang mit Zwangsmaßnahmen | 145 |
| 4.3.6.4.4 | Sonstige Wünsche..... | 146 |
| 4.3.6.5 | Bisherige Erfahrungen | 147 |
| 4.3.6.5.1 | Erfahrungen in Zusammenhang mit psychiatrischen Aufenthalten..... | 147 |
| 4.3.6.5.2 | Erfahrungen mit dem Dokument..... | 148 |
| 4.3.6.6 | Zukunftsvorstellungen..... | 148 |
| 4.3.6.7 | Einstellung gegenüber der Psychiatrie | 148 |
| 4.3.6.8 | Übergeordnete Ziele der schriftlichen Vorausplanung..... | 149 |
| 4.3.6.9 | Funktion des Dokumentes..... | 150 |
| 4.3.6.10 | <i>Framework</i> und Appell | 150 |
| 4.3.6.11 | Zusammenfassung..... | 151 |
| 4.3.7 | Fallbericht Teilnehmer Nr. 7..... | 152 |
| 4.3.7.1 | Initiative..... | 152 |
| 4.3.7.2 | Dokumente..... | 152 |
| 4.3.7.3 | Rolle der Vertrauenspersonen..... | 153 |
| 4.3.7.3.1 | Auswahl der Vertrauenspersonen | 154 |
| 4.3.7.3.2 | Aufgaben der Vertrauenspersonen | 154 |
| 4.3.7.4 | Behandlungswünsche..... | 155 |
| 4.3.7.4.1 | Behandlung mit Medikamenten | 155 |
| 4.3.7.4.2 | Freiheitsentziehende Maßnahmen..... | 156 |
| 4.3.7.4.3 | Umgang mit Zwangsmaßnahmen | 157 |
| 4.3.7.4.4 | Sonstige Wünsche..... | 157 |
| 4.3.7.5 | Bisherige Erfahrungen | 159 |
| 4.3.7.5.1 | Erfahrungen in Zusammenhang mit psychiatrischen Aufenthalten..... | 159 |

| | | |
|-----------|--|------------|
| 4.3.7.5.2 | Erfahrungen in Zusammenhang mit dem Dokument zur Vorausplanung..... | 160 |
| 4.3.7.6 | Zukunftsvorstellungen..... | 161 |
| 4.3.7.7 | Einstellung gegenüber der Psychiatrie..... | 161 |
| 4.3.7.8 | Übergeordnete Ziele der schriftlichen Vorausplanung..... | 162 |
| 4.3.7.9 | Funktion des Dokumentes..... | 164 |
| 4.3.7.10 | <i>Framework</i> und Appell..... | 164 |
| 4.3.7.11 | Zusammenfassung..... | 165 |
| 4.3.8 | <i>Fallbericht Teilnehmer Nr. 8</i> | 166 |
| 4.3.8.1 | Initiative..... | 166 |
| 4.3.8.2 | Dokumente..... | 166 |
| 4.3.8.3 | Rolle der Vertrauenspersonen..... | 168 |
| 4.3.8.3.1 | Auswahl der Vertrauenspersonen..... | 168 |
| 4.3.8.3.2 | Aufgaben der Vertrauenspersonen..... | 168 |
| 4.3.8.4 | Behandlungswünsche..... | 169 |
| 4.3.8.4.1 | Behandlung mit Medikamenten..... | 169 |
| 4.3.8.4.2 | Freiheitsentziehende Maßnahmen..... | 170 |
| 4.3.8.4.3 | Umgang mit Zwangsmaßnahmen..... | 171 |
| 4.3.8.4.4 | Sonstige Wünsche..... | 171 |
| 4.3.8.5 | Bisherige Erfahrungen..... | 171 |
| 4.3.8.5.1 | Erfahrungen in Zusammenhang mit psychiatrischen Aufenthalten..... | 171 |
| 4.3.8.5.2 | Erfahrungen in Zusammenhang mit dem Dokument zur Vorausplanung..... | 172 |
| 4.3.8.6 | Zukunftsvorstellungen..... | 172 |
| 4.3.8.7 | Einstellung gegenüber der Psychiatrie..... | 173 |
| 4.3.8.8 | Übergeordnete Ziele der schriftlichen Vorausplanung..... | 174 |
| 4.3.8.9 | Funktion des Dokumentes..... | 174 |
| 4.3.8.10 | <i>Framework</i> und Appell..... | 174 |
| 4.3.8.11 | Zusammenfassung..... | 175 |
| 4.4 | FALLKONTRASTIERUNG | 176 |
| 5 | DISKUSSION | 178 |
| 5.1 | STÄRKEN DER STUDIE | 178 |
| 5.2 | LIMITATIONEN | 179 |
| 5.3 | EINORDNUNG DER WESENTLICHEN ERGEBNISSE | 181 |
| 5.3.1 | <i>Dokumente</i> | 181 |
| 5.3.2 | <i>Behandlungswünsche</i> | 183 |
| 5.3.3 | <i>Umgang mit Zwangsmaßnahmen</i> | 186 |
| 5.3.4 | <i>Vertrauensperson</i> | 187 |
| 5.3.5 | <i>Umgangswünsche, übergeordnete Ziele und Motive</i> | 188 |
| 5.3.5.1 | Wunsch nach respektvollem Umgang..... | 188 |
| 5.3.5.2 | Kommunikation..... | 189 |
| 5.3.5.3 | Patientenorientierung..... | 191 |
| 5.3.6 | <i>Erfahrungen und Einstellungen</i> | 192 |
| 5.3.7 | <i>Zukunftsvorstellungen und Hürden</i> | 193 |
| 5.3.8 | <i>Anwendungsabsichten der Teilnehmer und Modelle der Anwendung</i> | 193 |
| 5.3.9 | <i>Besonderheiten psychiatrischer Vorausplanung und Motive der Verfasser</i> | 196 |
| 5.3.10 | <i>Ethische Überlegungen</i> | 197 |
| 5.4 | CHANCEN UND RISIKEN VON VORAUSPLANUNG | 198 |
| 5.4.1 | <i>Chancen</i> | 198 |
| 5.4.2 | <i>Risiken</i> | 199 |
| 5.5 | BEDEUTUNG FÜR DIE PRAXIS UND EMPFEHLUNGEN | 202 |
| 5.5.1 | <i>Hürden</i> | 202 |

| | | |
|----------|---|------------|
| 5.5.1.1 | Infragestellung der Gültigkeit/Bescheinigung der Einwilligungsfähigkeit | 203 |
| 5.5.1.2 | Übergehen der Vorausverfügung | 205 |
| 5.5.1.3 | Fehlende Umsetzbarkeit..... | 206 |
| 5.5.1.4 | Mangelnde Rechtssicherheit | 207 |
| 5.5.2 | <i>Empfehlungen und Ideen für die Zukunft</i> | 208 |
| 5.5.2.1 | ACP/BVP für die Psychiatrie..... | 215 |
| 5.5.2.2 | Prüfung der Eignung verschiedener Dokumente..... | 216 |
| 5.5.3 | <i>Ausblick</i> | 218 |
| 5.6 | Schluss | 220 |
| 6 | LITERATURVERZEICHNIS | 223 |
| 7 | ANHANG | 237 |
| 7.1 | ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS..... | 237 |
| 7.2 | TABELLENVERZEICHNIS..... | 239 |
| 7.3 | INTERVIEWLEITFADEN | 240 |
| 7.4 | BEGLEITFRAGEBOGEN | 242 |
| 7.5 | UNBEDENKLICHKEITSERKLÄRUNG DER ETHIKKOMMISSION..... | 243 |
| 7.6 | TRANSKRIPTIONSREGELN | 244 |
| 7.7 | KODIERLEITFADEN..... | 245 |
| 8 | DANKSAGUNGEN | 255 |

Meinen Eltern

1 Zusammenfassung

Das Patientenrecht auf selbstbestimmte Behandlungsentscheidungen, das in der gegenwärtigen Medizinethik eine zentrale Rolle einnimmt (vgl. Beauchamp & Childress 2013), rückt auch im psychiatrischen Bereich immer mehr in den Fokus (vgl. etwa Drake & Deegan 2009; Singh & Singh 2016). Um dem Umstand Rechnung zu tragen, dass das Recht auf Selbstbestimmung grundsätzlich auch bei Verlust der Einwilligungsfähigkeit bestehen bleibt (vgl. Beauchamp & Childress 2013), bedient man sich schriftlich vorausverfügter Willenserklärungen (vgl. § 1901 a BGB). Diese sollen die Teilhabe von Patienten an Behandlungsentscheidungen auch dann noch ermöglichen, wenn der Patient¹ nicht mehr in der Lage ist, selbst informiert zu entscheiden (vgl. Rosenson & Kasten 1991). Potentielle Patienten legen dabei, in einem gegenwärtigen Zustand der Einwilligungsfähigkeit, medizinische Behandlungsentscheidungen für die Zukunft, in Form einer Patientenverfügung, schriftlich fest (vgl. Srebnik & La Fond 1999).

Patientenverfügungen können auch im psychiatrischen Bereich eingesetzt werden, wenn etwa in psychiatrischen Krisensituationen keine Einwilligungsfähigkeit besteht (vgl. § 1901 a Abs. 3 BGB; Appelbaum 1991; Zentrale Ethikkommission bei der Bundesärztekammer 2013). Gleichwohl stellen psychiatrische Vorausplanungen eine Herausforderung bezüglich der Erstellung und Umsetzung dar (vgl. Henderson et al. 2015).

Diese als qualitative, semi-strukturierte Interviewstudie konzipierte Arbeit, untersucht die Zielsetzungen und Anwendungsabsichten der Verfasser verschiedener Dokumente zur Vorausplanung psychiatrischer Behandlungsentscheidungen und macht durch die Methode der qualitativen Forschung deren Erfahrungen zugänglich (vgl. Flick, Kardorff & Steinke 2008). Das in Form von Interviews, Begleitfragebogen und Dokumenten erhobene Datenmaterial wurde zu acht Fällen zusammengefasst und ausgehend von der Methode der zusammenfassenden, qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring analysiert (vgl. Mayring 2010).

Die gewonnenen Ergebnisse zeigen, dass die Verfasser, durch ihre Rolle als ehemalige Patienten, bereits über einen großen Erfahrungsschatz verfügen – etwa hinsichtlich der für sie in Frage kommenden, nützlichsten Medikation. Auch wurde deutlich, dass eine Behandlung, die sich rein an diagnosespezifischen, medizinischen Leitlinien orientiert, nicht unbedingt mit den individuellen Zielen und Präferenzen potentieller Patienten übereinstimmt. Die in den schriftlichen Vorausverfügungen festgehaltenen Wünsche gehen zum Teil weit über die Verfügung spezifischer psychiatrischer Behandlungsentscheidungen hinaus und werden auch genutzt, um Entscheidungen gemeinsam mit den Behandlern auszuloten. Einige Teilnehmer wollen durch ihr Dokument eine Diskussion in der Krisensituation vermeiden, andere – gerade im Gegenteil – ein Gespräch herbeiführen.

¹ Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird im Text verallgemeinernd das generische Maskulinum verwendet. Diese Formulierungen umfassen gleichermaßen Personen jeden Geschlechtes; alle sind damit selbstverständlich gleichberechtigt angesprochen.

Neben den festgelegten, konkreten Behandlungsmaßnahmen wurde auch der Wunsch nach mehr Respekt und Ansprache identifiziert. Vorausverfügungen werden auch dazu eingesetzt, um die Behandler für individuelle Bedürfnisse zu sensibilisieren und bei ihnen ein Bild davon entstehen zu lassen, welchen Menschen sie vor sich haben. Im Gegensatz zu Patientenverfügungen, die sich auf Entscheidungen am Lebensende beziehen, werden die Dokumente zur Vorausplanung psychiatrischer Behandlungsentscheidungen genutzt, um eine Lebensführung nach eigenen Vorstellungen abzusichern.

Die Verzeichnung interindividuell unterschiedlicher Anwendungsabsichten bezüglich der Verbindlichkeit, nach der potentielle Patienten ihre Dokumente zum Einsatz bringen wollen, ist ein wichtiges Ergebnis, das in der Konsequenz eine verstärkte Patientenorientierung – im Sinne einer individuelleren *Behandlungsplanung* – fordert. Dokumente zur Vorausplanung sollten es erlauben, die jeweiligen Zielsetzungen der Verfasser zu berücksichtigen und anzugeben, wie bindend die einzelnen Festlegungen sind.

Eine psychiatrische Vorausverfügung kann im Umgang mit einem einwilligungsunfähigen Patienten hilfreich und notwendig sein, um dessen Behandlungswünsche und Wertvorstellungen zu identifizieren. Bei der Entscheidung, welche Maßnahmen vorrangig zu ergreifen sind, kann sie ausschlaggebend sein. Es droht jedoch ein tiefgreifender Vertrauensverlust in das psychiatrische Hilfesystem, wenn Versprechen gegeben werden, die nicht gehalten werden (können) und so die Hoffnungen, die die Verfasser mit ihrem Dokument verbinden, enttäuscht werden. Im aktuellen Stadium stehen den theoretischen Potentialen noch praktische Hürden im Weg. Die hier gewonnenen Erkenntnisse sind im Hinblick auf eine eventuelle zukünftige Implementierung eines *Advance Care Plannings (ACP)* für den psychiatrischen Bereich zu berücksichtigen, insbesondere muss auf die Gefahren, die mit einer nicht gewährleisteten Umsetzung der Verfügungen verbunden sind, hingewiesen werden. Eine gelingende Kommunikation zwischen Behandlern und Patienten sollte als wichtige zukünftige Aufgabe begriffen werden.

Die Erfahrungswerte der Verfasser psychiatrischer Vorausplanungen sollten als Ressource erkannt und die Wiederholung negative Erfahrungen (beispielsweise Nebenwirkungen durch Medikamente) vermieden werden. Die aus der Sicht potentieller Patienten dargestellten Schwierigkeiten, bei der Umsetzung psychiatrischer Vorausverfügungen, können dazu dienen, einen sinnvollen Umgang mit diesem Instrument herbeizuführen und Entwicklungsprozesse anzustoßen.

Trotz der Gegebenheit von standardisierten Behandlungsabläufen und Zeitdruck, sollte Raum für die Berücksichtigung der individuellen Patientenwünsche und -bedürfnisse geschaffen werden – alleine schon um (erneute) Traumatisierungen zu vermeiden und einer Abwendung potentieller Patienten vom psychiatrischen Hilfesystem zu begegnen und vorzubeugen. Für eine sorgsame Handhabung psychiatrischer Vorausplanungen sind dazu Entwicklungen von entsprechenden Strukturen und Haltungen in den Psychiatrien notwendig. Zweifellos bestehen Grenzen im Ausmaß der Umsetzungsmöglichkeiten, die – sofern sie transparent gegenüber den Verfassern kommuniziert werden – jedoch kein grundsätzliches Hindernis in der Nutzung des Instrumentes darstellen sollten.

2 Einleitung

In Deutschland ist die Patientenautonomie durch das Recht auf Selbstbestimmung verfassungsrechtlich geschützt (vgl. Art. 2 GG; *siehe Kapitel 2.1.1.2.1*). Das Patientenrecht auf selbstbestimmte Behandlungsentscheidungen nimmt in der gegenwärtigen Medizinethik eine zentrale Rolle ein (vgl. Beauchamp & Childress 2013) und rückt auch im psychiatrischen Bereich immer mehr in den Fokus (vgl. etwa Drake & Deegan 2009; Owen et al. 2009 A; Singh & Singh 2016). Dieses Recht entsprechend umzusetzen und die Teilhabe von Patienten zu steigern, wird in den letzten Jahrzehnten gesellschaftlich vermehrt gefordert (z. B. bei Richards et al. 2013).

Die Entwicklung in der Arzt-Patienten-Beziehung – von einem paternalistischen Verhältnis hin zu einer gemeinsamen Entscheidungsfindung unter gleichberechtigten Partnern – bildet sich auch dadurch ab, dass die Patientenautonomie 2017 als schützenswerter Bestandteil in die moderne Fassung des hippokratischen Eides aufgenommen wurde (vgl. Montgomery, Parsa-Parsi & Wiesing 2018; Parsa-Parsi 2017; WMA 2017). Auch die Vereinten Nationen fördern durch ihre Konventionen diesen Wandel (vgl. CRPD 2006).

Die Autonomie von Patienten zu achten und zu fördern ist ein wichtiges Prinzip ärztlichen Handelns (vgl. Beauchamp & Childress 2013). Dieses Prinzip ist in Deutschland im sog. „ärztlichen Gelöbnis“ enthalten und wird der „Berufsordnung für Ärzte vorangestellt“ (Montgomery, Parsa-Parsi & Wiesing 2018, S. 68). Patienten haben demzufolge das Recht, an Behandlungsentscheidungen teilzuhaben und ihre Behandlung selbst zu bestimmen (ebd.).

Um dem Umstand Rechnung zu tragen, dass das Recht auf Selbstbestimmung grundsätzlich auch bei Verlust der Einwilligungsfähigkeit bestehen bleibt (vgl. Beauchamp & Childress 2013), bedient man sich schriftlich vorausverfügter Willenserklärungen (vgl. § 1901 a BGB). Diese sollen die Teilhabe von Patienten an Behandlungsentscheidungen auch dann noch ermöglichen, wenn der Patient nicht mehr in der Lage ist, selbst informiert zu entscheiden und somit die Autonomie der Patienten und deren Recht auf selbstbestimmte Behandlungsentscheidungen sicherstellen (vgl. Rosenson & Kasten 1991). Potentielle Patienten legen dabei vorsorglich, in einem gegenwärtigen Zustand der Einwilligungsfähigkeit, medizinische Behandlungsentscheidungen für die Zukunft, in Form einer Patientenverfügung, schriftlich fest (vgl. Srebnik & La Fond 1999). Sie antizipieren dabei einen Zustand der Einwilligungsunfähigkeit und legen dar, wie in bestimmten zukünftigen Situationen zu verfahren ist (vgl. Elbogen et al. 2006). Besteht dann in einer Krisensituation Einwilligungsunfähigkeit, wird die Patientenverfügung aktiviert (vgl. ABA 2007).

Patientenverfügungen können auch im psychiatrischen Bereich eingesetzt werden, wenn etwa in psychiatrischen Krisensituationen keine Einwilligungsfähigkeit besteht (vgl. Appelbaum 1991; § 1901 a BGB; ZEKO 2013).

In dieser Arbeit soll die Sicht der Verfasser psychiatrischer Patientenverfügungen, Behandlungsvereinbarungen und anderer Dokumente zur Vorausverfügung psychiatrischer Behandlungsentscheidungen untersucht werden. Es soll dabei beleuchtet werden, mit welchen Zielsetzungen und Anwendungsabsichten die Verfasser ihre Dokumente zur Vorausplanung von Behandlungsentscheidungen einsetzen wollen.

2.1 Grundlagen von Behandlungsentscheidungen

In diesem Kapitel werden zunächst allgemeine ethische und theoretische Grundlagen von Behandlungsentscheidungen erläutert, die Relevanz in Bezug auf Patientenverfügungen besitzen. Im darauf aufbauenden Kapitel 2.2 wird dann Bezug auf den psychiatrischen Kontext genommen.

2.1.1 Ethischer Rahmen von Behandlungsentscheidungen

Die psychiatrische Gesundheitspolitik ist vor allem von den Leitprinzipien geprägt, dass Patienten selbstbestimmt entscheiden können und die am wenigsten restriktive Form der Behandlung erfahren sollten (vgl. Thornicroft et al. 2013).

In der ethischen Diskussion klinischer Konfliktsituationen und für die Handhabung medizinethischer Probleme wird häufig die Prinzipienethik nach Beauchamp und Childress als normativer Rahmen zu Grunde gelegt. Sie kann hilfreich sein, um Probleme aufzudecken und sich strukturiert mit ihnen auseinanderzusetzen (vgl. Marckmann 2000). Entscheidungen ärztlichen Handelns werden im Rahmen der Prinzipienethik nach Beauchamp und Childress in Bezug auf vier Prinzipien geprüft (vgl. Beauchamp & Childress 2013): Wohltun („*beneficence*“), Nichtschaden („*nonmaleficence*“), Respekt vor der Autonomie von Personen („*respect for autonomy*“) und Gerechtigkeit („*justice*“). Relevanz im Kontext dieser Arbeit besitzen vor allem das Prinzip der Fürsorge, welches die Prinzipien des Nichtschadens und des Wohltuns zusammenfasst und das Autonomie-Prinzip.

2.1.1.1 Das Prinzip der Fürsorge

Es ist die Aufgabe des Arztes, seine Patienten unter der Berücksichtigung ethischer und rechtlicher Regeln bestmöglich zu behandeln und ihnen nicht zu schaden. Fürsorge soll dem Wohlergehen des Patienten dienen und neben medizinischen Aspekten auch die Situation des Patienten berücksichtigen (vgl. Beauchamp & Childress 2013). Jeder Patienten kann dabei als „Experte für sein Leben und sein Wohlergehen“ (Jox 2011, S. 131) betrachtet werden.

Wohltuns-Verpflichtung

In der Prinzipienethik wird unter dem Wohltuns-Prinzip verstanden, das Wohl des Patienten zu fördern, den Patienten zu heilen, ihm zu helfen, seine Symptome zu lindern, aber auch, ihn gegebenenfalls vor sich selbst zu schützen (vgl. Beauchamp & Childress 2013).

Ein weiterer Aspekt in diesem Zusammenhang ist die Pflicht zur Erhaltung und Steigerung der Lebensqualität – eine Therapie kann dafür die Voraussetzung sein, jedoch auch die Lebensqualität mindern.

Nichtschadens-Verpflichtung

Im Zusammenhang mit der Pflicht zur Schadensvermeidung ist der moralische Grundsatz *primum non nocere*, der meist Hippokrates zugeordnet wird, weitläufig bekannt (vgl. Gifford 1977).²

² Der genaue Ursprung wird diskutiert, manche schreiben ihn dem englischen Arzt Thomas Sydenham zu (vgl. Smith 2005).

Der Arzt hat demzufolge vorrangig die Pflicht, seinem Patienten keinen (weiteren) Schaden zuzufügen. Abzuwägen ist, welcher Schaden (etwa durch Nebenwirkungen) gerechtfertigt werden kann, um einen noch größeren Schaden abzuwehren und inwieweit ein Schaden überhaupt *objektiv* beurteilt werden kann (oder ob es nicht viel mehr von der Perspektive abhängig ist, was als Schaden gelten kann).

Ein potentieller Schaden für den einzelnen Patienten wird gemeinhin dadurch gerechtfertigt, dass der Nutzen den Schaden überwiegt, der Patient aufgeklärt einwilligt oder auch dadurch, dass Dritte geschützt werden müssen. Unter Umständen kann auch eine medizinische Indikation als Rechtfertigung diskutiert werden.

2.1.1.2 Autonomie und Einwilligung

Unter dem Prinzip des Respektes vor der Autonomie des Patienten ist die Anerkennung des Rechts auf Selbstbestimmung zu verstehen. Das Prinzip der ärztlichen Fürsorge kann nicht als „Behandlungspflicht gegen den selbstbestimmten Willen des Patienten geltend gemacht werden“ (Vollmann 2012, S. 28). Medizinische Maßnahmen sollen die Autonomie des Patienten respektieren und fördern, erhalten oder wiederherstellen (vgl. Beauchamp & Childress 2013). Das Autonomie-Prinzip kann außerdem als eine Art *Vetorecht* des Patienten verstanden werden, um medizinische Maßnahmen abzulehnen. Grundsätzlich gilt das Recht des Patienten auf körperliche Unversehrtheit sowie das Recht sich frei zu entfalten und frei zu bewegen – und damit auch das Recht sich nicht behandeln zu lassen (*siehe auch Kapitel 2.1.1.2.1 Abwehrrechte im GG sowie 2.2.4 Grundrechte*).

Aus dem Autonomieprinzip folgt, dass die Einwilligung in medizinische Maßnahmen kein rein formaler Akt sein darf (vgl. Beauchamp & Childress 2013). Der vorausverfügte Wille kann als Prinzip zur Stärkung der Autonomie des Patienten beitragen, da er in Situationen der Einwilligungsunfähigkeit ersatzweise gilt (vgl. § 1901 a BGB).

Unter dem Oberbegriff der Autonomie finden sich verschiedene Konzepte (vgl. Buss & Westlund 2018). Grundsätzlich drückt sich Respekt vor der Autonomie von Patienten dadurch aus, dass Betroffene auch in Krisensituationen an Entscheidungen teilhaben – aber das Prinzip findet sich auch in der Vorstellung, dass der Arzt darauf hinwirkt, die Autonomie eines einwilligungsunfähigen Patienten durch eine Behandlung wiederherzustellen. Des Weiteren gibt es den Ansatzpunkt, einen Verlust der Autonomie präventiv zu verhindern und die Verfahrensweise, die Patientenautonomie dadurch zu wahren, dass ein Stellvertreter vorausverfügte Entscheidungen umsetzt. Theoretisch ist eine schriftliche Vorausplanung zur Umsetzung bzw. zur Ergänzung dieser Ansätze geeignet.

2.1.1.2.1 Selbstbestimmungsrechte in der Rechtsordnung

Im Zusammenhang mit dem Selbstbestimmungsrecht und der Patientenautonomie sind verschiedene Rechte von Bedeutung. Sie werden im Folgenden kurz erläutert.

Selbstbestimmungsrecht des Patienten im Grundgesetz (GG)

Im Grundgesetz ergibt sich das Selbstbestimmungsrecht des Patienten aus dem Grundrecht auf Handlungsfreiheit und Freiheit der Person nach Artikel 2. Das sogenannte *allgemeine Persönlichkeitsrecht* ergibt sich aus Artikel 2 in Verbindung mit Artikel 1 (vgl. Art. 2 Abs. 1 GG; Art. 1 Abs. 1 GG). Di Fabio formuliert: „Aus dem allgemeinen Persönlichkeitsrecht ist (auch im Zusammenhang mit Art. 2 Abs. 2) ein Verfügungsrecht über den eigenen Körper abzuleiten“ (Di Fabio 2017, Rdn. 204). Koppernock spricht in diesem Zusammenhang von einem „Grundrecht auf bioethische Selbstbestimmung“ (Koppernock 1997).

Abwehrrechte im Grundgesetz

Sogenannte Abwehrrechte dienen dazu den einzelnen Bürger vor „Übergriffen der öffentlichen Gewalt“ zu schützen (Pötzsch 2009). Die im Grundgesetz in Artikel 1 bis 19 verbürgten Grundrechte gewähren ein subjektives Abwehrrecht gegen staatliche Eingriffe in diese Rechtsgüter. Hervorzuheben ist das Recht auf Leben und körperliche Unversehrtheit (Art. 2 Abs. 2 GG).

Bezogen auf den medizinischen Kontext *„ist es grundsätzlich Sache des Einzelnen, darüber zu entscheiden, ob er sich therapeutischen oder sonstigen Maßnahmen unterziehen will, auch wenn sie der Erhaltung oder Verbesserung seiner Gesundheit dienen. Die grundrechtlich geschützte Freiheit schließt 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“* (BVerfG 2016, Rdn. 74 m.w.N). Dies erläutert auch Jox folgendermaßen: *„Jeder Patient hat das Recht, eine indizierte [...] Behandlung abzulehnen, und dies durchaus auch ohne weitere Erklärung oder auf irrationaler Basis. Umgekehrt steht ihm jedoch nicht das Recht zu, eine bestimmte Behandlung vom Arzt einzufordern. Das Abwehrrecht des Patienten begründet eine ‚negative‘ Verpflichtung des Arztes, die abgelehnte Behandlung zu unterlassen“* (Jox 2011, S. 129/130).

Relevant sind die Abwehrrechte auch in Zusammenhang mit einer Zwangsbehandlung, die auf Basis des öffentlichen Rechts erfolgt. „Eine medizinische Zwangsbehandlung gegen den freien Willen eines Menschen ist ausgeschlossen“ (BVerfG 2016, Rdn. 75). Der Patient kann diese – verfassungsrechtlich geschützt – abwehren.

UN-Behindertenrechtskonvention (BRK) / *Convention on the Rights of Persons with Disabilities (CRPD)*

„Die UN-Behindertenrechtskonvention (BRK), die in Deutschland Gesetzeskraft hat“, kann „als Auslegungshilfe für die Bestimmung von Inhalt und Reichweite der Grundrechte herangezogen werden“ (BVerfG 2011, Rdn. 52). Laut Artikel 1 der BRK – im Original als *Convention on the Rights of Persons with Disabilities (CRPD)* bezeichnet – zählen auch Menschen mit langfristiger seelischer Beeinträchtigung, die sie an der „Teilhabe an der Gesellschaft hindern“ kann, zu den Menschen mit Behinderungen, für die diese Rechte festgelegt werden (vgl. BRK 2008, Art. 1; CRPD 2006; Degener 2010). Die Konvention gebietet „die Achtung der dem Menschen innewohnenden Würde, seiner individuellen Autonomie, einschließlich der Freiheit, eigene Entscheidungen zu treffen“ (BRK 2008, Art. 3 a).

Europäische Menschenrechtskonvention (EMRK)

Auch in der europäischen Menschenrechtskonvention (EMRK) ist das Selbstbestimmungsrecht verankert: „Nach der Rechtsprechung des Europäischen Gerichtshofs für Menschenrechte ergibt sich aus Artikel 8 EMRK ein Recht, sein Leben so zu leben, wie man es selbst bestimmt hat. Das schließt auch die Möglichkeit ein, Dinge zu tun, die körperlich schädlich oder gefährlich sind“ (BVerfG 2016, Rdn. 93, unter Bezugnahme auf die dort zitierte Rechtsprechung des Europäischen Gerichtshofs für Menschenrechte).

Einwilligungsfähigkeit im BGB

Die Patienteneinwilligung ist grundsätzlich bei allen medizinischen Maßnahmen erforderlich – diagnostischen wie auch therapeutischen (vgl. § 630 d BGB). Einwilligungsfähigkeit beinhaltet „die natürliche Einsichts- und Steuerungsfähigkeit des Betroffenen, Art, Bedeutung, Tragweite und Risiken der [konkreten zur Entscheidung stehenden medizinischen] Maßnahmen zu erfassen und seinen Willen hiernach zu richten“ (Götz 2018; § 1901 a BGB, Rdn. 10).

Grundsatz der fortwirkenden Selbstbestimmung im BGB

„Auf die Wirksamkeit der Willenserklärung ist es ohne Einfluss, wenn der Erklärende nach der Abgabe stirbt oder geschäftsunfähig wird“ (§ 130 Abs. 2 BGB). Dies ist relevant, da dadurch auch eine vorausverfügte Behandlungsentscheidung nach Wegfall der Geschäftsfähigkeit rechtsgültig bleibt und das Selbstbestimmungsrecht des potentiellen Patienten damit fortwirkt.

2.1.1.2.2 Aufklärung und informierte Einwilligung (*informed consent*)

Die Achtung der Patientenautonomie findet im medizinischen Bereich ihren Ausdruck in den Maßnahmen der Aufklärung und des Einholens einer informierten Einwilligung des Patienten. Die Entscheidung des Patienten auf der bestmöglichen Wissensgrundlage wird dabei als sog. informierte Einwilligung (*informed consent*) verstanden. Informierte Einwilligung ist die Grundlage für einen medizinischen Eingriff, der im eigentlichen Sinne eine Körperverletzung darstellt (vgl. BVerfG 2011, Rdn. 44).

„Jede medizinische Handlung ist nur dann ethisch (und rechtlich) gerechtfertigt, wenn sie auf der freiwilligen Einwilligung eines informierten, entscheidungsfähigen Betroffenen beruht“ (Jox 2011, S. 127/128, unter Verweis auf Faden, Beauchamp & King 1986).

Der Arzt hat die Pflicht, durch Aufklärung zu gewährleisten, dass der Patient eine fundierte und wohlüberlegte Entscheidung treffen kann. Auch nicht einwilligungsfähige Patienten müssen in einem bestimmten Umfang aufgeklärt werden (vgl. Landesärztekammer 2016, unter Verweis auf § 630 e Abs. 5 BGB). Der Patient hat aber auch das Recht auf eine Aufklärung zu verzichten (vgl. Landesärztekammer 2016).

Als Voraussetzungen der informierten Einwilligung muss der Patient in der Lage sein, Informationen zu verarbeiten, Entscheidungen zu treffen, die Konsequenzen seiner Entscheidungen zu überblicken und auf freiwilliger Basis in Maßnahmen einzuwilligen (vgl. Jox, in der Schmitt & Marckmann 2015; Marckmann 2013). In Bezug auf die Aufklärung ist es notwendig, dass der Arzt alle relevanten Informationen erklärt und eine Empfehlung ausspricht (vgl. Marckmann 2013). Wichtig ist, dass der Patient die Informationen und Empfehlungen auch wirklich versteht und Fragen stellen kann (ebd.). Die Einwilligung besteht schließlich in der „Entscheidung für eine Vorgehensweise“ und der „Erteilung des Behandlungsauftrages“ (ebd., Nr. 4).

Ivashkov und Van Norman beschreiben als Ziel des *informed consent*, die Autonomie zu stärken, den Patienten vor ungewollter Behandlung zu schützen und dazu beizutragen, dass angemessene medizinische Entscheidungen, die im Einklang mit den Werten des Patienten stehen, getroffen werden (*„the purpose of informed consent is to promote autonomy, to protect a patient from undesired treatment, and to help the patient to make appropriate medical care decisions that correlate with his or her personal values“*, Ivashkov & Van Norman 2009, S. 569). Für den Fall der Einwilligungsunfähigkeit empfehlen sie, einen Stellvertreter zu benennen (ebd.). Informierte Einwilligung sei die Grundlage für die Ausübung von Autonomie, eine Patientenverfügung diene der Patientenautonomie nur, wenn in ihrem Rahmen unter anderem auch adäquat aufgeklärt werde (vgl. Jox, in der Schmitt & Marckmann 2015, unter Verweis auf in der Schmitt & Marckmann 2012).

2.1.1.2.3 Einwilligungsfähigkeit

Die Einwilligung eines Patienten ist grundsätzlich bei allen medizinischen Maßnahmen erforderlich – sowohl diagnostischen, als auch therapeutischen und präventiven (vgl. § 630 d BGB). Eine informierte Einwilligung kann nur durch eine einwilligungsfähige Person gegeben werden. Sie ist Grundlage für einen *informed consent* (siehe Kapitel 2.1.1.2.2 *Aufklärung und informierte Einwilligung*).

Die Einwilligungsfähigkeit ist nicht mit der Geschäftsfähigkeit gleichzusetzen (vgl. Götz 2018, § 1901 a BGB, Rdn. 10). Krankheitseinsicht, Behandlungseinsicht, Urteilsvermögen, Selbstreflexion und verfügbare Information spielen eine Rolle bei der Beurteilung der Einwilligungsfähigkeit einer Person (vgl. Götz 2018, §1901 a BGB, Rdn. 10; Appelbaum & Grisso 1988; Vollmann 2008). Die Person muss in der Lage sein, eine Entscheidung zu äußern, die relevanten Informationen zu verstehen, ihre Situation und deren Konsequenzen zu begreifen und Optionen gegeneinander abzuwägen (vgl. Appelbaum 2007; Grisso & Appelbaum 1998). Eine einwilligungsfähige Person muss dabei nicht nur in der Lage sein „entscheidungsrelevante Sachverhalte, Folgen und Risiken medizinischer Maßnahmen zu verstehen“ sondern auch, diese „zu [ihrer] persönlichen Situation in Beziehung zu setzen, das Für und Wider im Lichte [ihrer] Wertehaltung zu bewerten und daraus eine Willensentscheidung abzuleiten“ (Jox 2011, S. 263).

Zwischen dem rechtlichen Status der Einwilligungsfähigkeit und der klinischen Fähigkeit, Behandlungsentscheidungen zu treffen, kann es Diskrepanzen geben (vgl. Mandarelli et al. 2017). Im Englischen wird manchmal der medizinische Begriff der mentalen *capacity* (etwa *geistige Fassungskraft*, die abgestuft vorliegen kann) von dem juristischen Begriff der *competency* (etwa *Zurechnungsfähigkeit*, die entweder besteht oder nicht) unterschieden (vgl. Purser, Magner & Madison 2009). Viele Autoren verzichten aber auch bewusst auf diese Unterscheidung. Vollmann diskutiert die Einwilligungsfähigkeit als „relationales Modell“ (Vollmann 2000).

Unter psychiatrischen Patienten wird ein Mangel an Einsichtsfähigkeit bezüglich der Erkrankung und der Notwendigkeit einer Therapie, oft mit Einwilligungsunfähigkeit assoziiert (vgl. Cairns et al. 2005). Die Einwilligungsfähigkeit ist dabei in der Praxis unter Umständen nicht immer eindeutig zu beurteilen (vgl. Appelbaum & Grisso 1988; Vollmann 2008), weshalb zuweilen eine Konkretisierung der Kriterien gefordert wird (z. B. bei Jox 2011).

Das *MacCAT-T* als Hilfsmittel zur Beurteilung der Einwilligungsfähigkeit

Das *MacArthur Competence Assessment Tool for Treatment (MacCAT-T)* wurde als Instrument zur strukturierten Erhebung und Feststellung der Einwilligungsfähigkeit entwickelt (vgl. Appelbaum 2007; Grisso & Appelbaum 1995; 1998; Grisso, Appelbaum & Hill-Fotouhi 1997). Das *MacCAT-T* prüft mittels eines systematisierten Interviews die diesbezüglich ausschlaggebenden Fähigkeiten von Patienten auf verschiedenen Gebieten (ebd.): Verständnis von relevanten Informationen (bzgl. Zustand und Behandlung), Urteilskraft in Bezug auf mögliche Risiken und Nutzen zu treffender Entscheidungen, Einsicht in Beschaffenheit ihrer Situation und Konsequenzen ihrer Entscheidungen sowie die Fähigkeit, eine Entscheidung auszudrücken (ebd.). Am Ende ergibt sich ein Score, der gemeinsam mit weiteren Daten durch den Arzt beurteilt wird und zu einer Bewertung führt (ebd.).

2.1.2 Modelle der Arzt-Patienten-Beziehung

Der Prozess der Entscheidungsfindung in Bezug auf die Wahl der Behandlung, kann durch unterschiedliche Modelle beschrieben werden, nach denen Arzt und Patient verschiedene Rollen in der Beziehung zukommen (vgl. Emanuel & Emanuel 1992).

Paternalistisches Modell

Die Arzt-Patienten-Beziehung im paternalistischen Modell zeichnet sich dadurch aus, dass der Arzt die Behandlungsentscheidungen trifft, die er als am besten für die Gesundheit und das Wohlergehen seines Patienten erachtet (vgl. Emanuel & Emanuel 1992). Er lässt dem Patienten nur ausgewählte Informationen zukommen, um sein Einverständnis einzuholen oder informiert den Patienten lediglich über die in seinem Sinne bereits getroffene Behandlungsentscheidung (ebd.). Diesem Modell liegt u. a. die Prämisse zugrunde, dass es eine objektiv beste Behandlungsentscheidung gibt („*a single best treatment*“, Charles, Gafni & Whelan 1999, S. 652; „*the paternalistic model assumes that there are shared objective criteria for determining what is best*“, Emanuel & Emanuel 1992, S. 2221).

Da der Patient das Recht hat, dass seine Wertevorstellungen berücksichtigt werden und er – nach umfassender Informationsgewährung – an den ihn betreffenden, medizinischen Entscheidungen beteiligt wird, ist die Anwendung des paternalistischen Modells problematisch und bringt Schwierigkeiten mit sich. Jox weist darauf hin, dass „eine paternalistische Medizin, die den Patienten gegen seinen selbstbestimmten Willen gesund machen will, [...] ethisch bedenklich [ist]“ (Jox 2011, S. 132).

Patienten nicht in Behandlungsentscheidungen zu involvieren, kann eine Beschneidung ihrer Autonomie bedeuten und es besteht die Gefahr eines Machtmissbrauches durch den Arzt, wenn ihm die alleinige Entscheidungsmacht zukommt. Nichtsdestotrotz können in Notfallsituationen – etwa wenn keine Zeit verloren werden darf, da sonst irreversible Schäden für den Patienten drohen – Entscheidungen gerechtfertigter Weise auch nach diesem Modell getroffen werden (vgl. Emanuel & Emanuel 1992; Veatch 1981).

Informatives Modell

Der Arzt nimmt bei der Entscheidungsfindung nach dem informativen Modell die Rolle ein, dem Patienten alle medizinisch und wissenschaftlich relevanten Informationen zur Verfügung zu stellen (vgl. Emanuel & Emanuel 1992). Auf dieser Grundlage trifft der Patient autonom und unabhängig Behandlungsentscheidungen nach seinen Vorstellungen, die der Arzt dann ausführt (ebd.).

Interpretatives Modell

Bei dem interpretativen Modell geht es für den Arzt darum, die Wertevorstellungen des Patienten zu ermitteln und ihm zu helfen, die Behandlungsentscheidung zu treffen, die am besten mit diesen Werten übereinstimmt (vgl. Emanuel & Emanuel 1992). Die Entscheidung wird letztendlich aber durch den Patienten getroffen, der Arzt übernehme die Funktion eines Beraters (ebd.).

Deliberatives Modell: *Partizipative Entscheidungsfindung/Shared Decision-Making*

Beim deliberativen Modell der *Partizipativen Entscheidungsfindung* (PEF) oder auf Englisch *Shared Decision-Making (SDM)*, handelt es sich um ein Konzept der partnerschaftlichen Arzt-Patienten-Beziehung. Kennzeichnend ist, dass sowohl der Patient, als auch der Arzt aktiv in den Prozess der Entscheidungsfindung involviert sind, beide Informationen miteinander teilen und ihre jeweiligen Präferenzen ausdrücken (vgl. Brock 1991; Charles, Gafni & Whelan 1997; 1999; Emanuel & Emanuel 1992; Henderson et al. 2008; Jox 2011). Dabei soll im Gespräch unter sich respektierenden, gleichberechtigten Partnern eine gemeinsame Entscheidung gefunden werden, deren Umsetzung beide anstreben (ebd.).

Modell der patientenorientierten Behandlung

Eine patientenorientierte medizinische Versorgung stellt die individuellen Bedürfnisse der Patienten in den Fokus (vgl. Walensi et al. 2010). Grundlegend ist dabei, dass über Behandlungsmaßnahmen gemeinsam entschieden wird und sie gemeinsam geplant werden (ebd.).

Probleme in der Arzt-Patienten-Kommunikation

Mitunter werden Schwierigkeiten in der Arzt-Patienten-Kommunikation beschrieben, die darauf zurückgeführt werde, dass bisher Behandlungspläne eher von den Behandlern, als von den Patienten festgelegt würden (vgl. Thornicroft et al. 2013):³ Farrelly et al. beschreiben, wie ein einseitig ausgerichteter Informationsfluss dazu führe, dass eher eine Beratung durch den Arzt, als eine gemeinsame Entscheidungsfindung stattfinde („*more consultation than SDM*“, Farrelly et al. 2016, S. 452). Die meisten Ärzte würden nicht erkennen, dass gemeinsame Vorausplanung von Behandlungsentscheidungen eine Veränderung der bisher üblichen Arzt-Patienten-Beziehung ihrerseits erfordere (vgl. Thornicroft et al. 2013). Viele Behandler seien sich nicht darüber bewusst, dass die Art und Weise, wie sie Empfehlungen erteilen, nicht in dem Maße den Informationsaustausch fördere, wie es bei *SDM* erforderlich sei (vgl. Farrelly et al. 2016) – es könne zu einer, oft unbewussten, Kontrolle der Entscheidungen durch die Behandler kommen, die wenig Möglichkeiten für eine Ablehnung lasse („*the clinicians (often unconsciously) may control the discussion and provide little opportunity for disagreement*“, ebd., S. 453). Macht und Befugnisse mit den Patienten zu teilen, kann also für die Behandler eine Herausforderung darstellen (vgl. Thornicroft et al. 2013).

³ Daten bezogen auf England.

2.2 Vorausplanung im psychiatrischen Kontext

Patienten können durch Verfügungen festlegen, wie sie behandelt werden wollen, falls sie in einer zukünftigen Situation nicht zu einer Entscheidung fähig sind (vgl. Deutsches Referenzzentrum für Ethik in den Biowissenschaften (DRZE) <http://www.drze.de/im-blickpunkt/patientenverfuegungen/module/patientenautonomie-in-der-psychiatrie>). Mit Hilfe einer Vorausverfügung kann die Einwilligung in medizinische Maßnahmen im Voraus gegeben oder verweigert werden. Derartige Verfügungen beziehen sich primär auf lebenserhaltende Maßnahmen am Lebensende (vgl. Emanuel et al. 1994), eine bekannte Form der schriftlichen Vorausplanung von medizinischen Behandlungsmaßnahmen sind die Formulare zur Patientenverfügung und Betreuungsvollmacht des Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz (BMJV).⁴

Doch ebenso im psychiatrischen Kontext besitzt diese Form der Vorausplanung und Teilhabe Relevanz (vgl. Appelbaum 1991) und wird vermehrt diskutiert (vgl. Kühlmeyer & Borbé 2015). Gleichermaßen treffen potentielle Psychatriepatienten, in einer Phase der Stabilität und Einwilligungsfähigkeit, Behandlungsentscheidungen für den Fall einer zukünftigen psychischen Krise (ebd.; Srebnik & La Fond 1999).

2.2.1 Relevanz

Psychische Erkrankungen sind in der Allgemeinbevölkerung verbreitet: in Deutschland ist laut einer Studie fast ein Drittel von einer psychischen Störung betroffen (vgl. Jacobi et al. 2014). Unter den psychischen Erkrankungen gibt es solche, die einen rezidivierenden Verlauf nehmen (vgl. WHO 2014) – was Krisenzustände und wiederholte stationär-psychiatrische Behandlungen mit sich bringen kann (vgl. Kühlmeyer & Borbé 2015).⁵ Papageorgiou et al. erwähnen, dass 50% der Patienten, die nach Zwangsaufnahme entlassen wurden, innerhalb eines Jahres wieder aufgenommen wurden – davon in 60% der Fälle wieder unter Zwang (Daten aus England von 2001, vgl. Papageorgiou et al. 2002) und Thornicroft et al. weisen darauf hin, dass die Zahl der Zwangseinweisungen steigt (in England und anderen Ländern, vgl. Thornicroft et al. 2013).

Auch wenn Einwilligungsunfähigkeit in psychiatrischen Krisensituationen nicht prinzipiell unterstellt werden darf, weisen Studien darauf hin, dass bei bis zu 60% der psychiatrischen Patienten ein Mangel an Entscheidungsfähigkeit vorhanden sein könnte (vgl. Owen et al. 2008). Es ist bekannt, dass es bei bestimmten psychischen Erkrankungen zu einer reduzierten Einsichts- und Urteilsfähigkeit der betroffenen Personen kommen kann (vgl. Dickerson et al. 1997; Owen et al. 2008; Wang et al. 2017). Die Einwilligungsfähigkeit kann dabei, je nach Schweregrad und Stadium der Erkrankung, unterschiedlich starker beeinträchtigt sein (vgl. Appelbaum 2007).

⁴ Die Formulare des BMJV finden sich unter http://www.bmjv.de/DE/Themen/VorsorgeUndPatientenrechte/Betreuungsrecht/Betreuungsrecht_node.html (zuletzt abgerufen am 07.04.2019). Die Ausführungen des DRZE finden sich unter <http://www.drze.de/im-blickpunkt/patientenverfuegungen/module/patientenautonomie-in-der-psychiatrie> (zuletzt abgerufen am 28.09.2017).

⁵ Das Vorkommen episodischer Verläufe ist beispielsweise bekannt bei Schizophrenie sowie schizotypen, wahnhaften und affektiven Störungen (vgl. WHO 2014).

Studien zufolge finden sich bei etwa 50% der Fälle, die mit der Diagnose einer akuten schizophrenen Episode eingewiesen werden und bei etwa 20-25% der Fälle, die wegen einer Depression eingewiesen werden, Beeinträchtigungen der Einwilligungsfähigkeit (vgl. Grisso & Appelbaum 1995; Vollmann et al. 2003). Dies kann dazu führen, dass Patienten in der Psychiatrie akut behandelt werden müssen, die nicht in die Behandlung einwilligen können und deren Behandlungspräferenzen unbekannt sind. Um die Autonomie der betroffenen Patienten zu stärken (vgl. Rosenson & Kasten 1991) und Lösungsstrategien für zukünftige Krisensituationen zu entwickeln, werden in diesem Kontext Instrumente der Vorausplanung auch in der Psychiatrie eingesetzt (vgl. Henderson et al. 2004).

2.2.2 Feststellen des Patientenwillens

Grundsätzlich ist bei der Behandlung psychischer Erkrankungen – genauso wie bei der Behandlung körperlicher Erkrankungen – der Patientenwille entscheidend. Auch wenn der Patientenwille nicht direkt durch den Patienten vertreten werden kann, ist er zu berücksichtigen. Bei der Therapie psychischer Erkrankungen sind die Wertvorstellungen des Patienten und seine „individuelle Patientenpersönlichkeit“ von besonderer Bedeutung (Vollmann 2012, S. 29).

Da nicht allein durch die Art der Erkrankung und die sich aus den Leitlinien ergebende Indikation festgelegt ist, welche Therapie den größten Nutzen für den Patienten hat, sondern auch die Wertvorstellungen und der Willen des Patienten dafür ausschlaggebend sind, kann es – gerade in akuten psychischen Krisensituationen – zu Herausforderungen kommen (vgl. ZEKO 2013). Die Zentrale Ethikkommission bei der Bundesärztekammer erläutert, dass den Patientenwillen festzustellen und die Werte und Ansichten eines unbekanntes Patienten zu berücksichtigen, dadurch erschwert sein könne, dass die Betroffenen zwar in der Regel in der Lage seien, sich zu äußern – ihre Einschätzungen und ihr geäußertes Wille aber durch die Erkrankung beeinträchtigt sein und von dem abweichen könne, was die Patienten in einem einwilligungsfähigen Zustand entscheiden würden (ebd., 5.2.a).

Problem der Feststellung subjektiver Präferenzen / Wertevorstellungen in der akuten Krise

Im Fall einer psychischen Krise muss der Arzt eine Behandlungsentscheidung treffen, im Zweifel ohne den Willen des Patienten zu kennen. Wie kann der Arzt wissen, was für den individuellen Patienten „die beste Behandlung“ ist, was der Patient subjektiv als „gut“ empfindet bzw. empfinden würde? Und wie kann er verhindern, dem Patienten durch die Behandlung Schaden zuzufügen? Gibt es eine „subjektiv beste“ Therapie, die der „objektiv besten“ Therapie vorzuziehen ist?

Hat der Patient durch eine wirksame Patientenverfügung für Situationen der Einwilligungsunfähigkeit eindeutig vorausgeplant, gilt es diese Verfügung zu berücksichtigen. Im Bürgerlichen Gesetzbuch wird definiert, was juristisch als Patientenverfügung im engeren Sinne gilt (§ 1901a Abs. 1 BGB, *siehe Kapitel 2.2.3.2 Rechtliche Grundlagen der Patientenverfügung*). Fehlt eine Patientenverfügung ist auf die Behandlungswünsche oder den mutmaßlichen Patientenwillen abzustellen (§ 1901 Abs. 2 BGB; ZEKO 2013, 5.2.a). Dabei gehen Behandlungswünsche, im hier verwendeten rechtlichen Sinne, über den mutmaßlichen Patientenwillen deutlich hinaus, es kann sich bei ihnen etwa auch um ausdrückliche mündliche Wünsche oder sonstige schriftliche Willenserklärungen handeln. „Ist ein Behandlungswunsch nicht feststellbar, ist auf den mutmaßlichen Patientenwillen abzustellen“ (Götz

2018, §1901 a BGB, Rdn. 28). Unter diesem versteht man den Willen und die Wertvorstellungen eines Patienten, „die er früher in einwilligungsfähigem Zustand hatte bzw. jetzt haben würde, wenn sie nicht krankheitsbedingt beeinträchtigt wären“ (ZEKO 2013, 5.2.a, S. 1336; vgl. Jox 2004; 2011).

Erschwerend kommt hinzu, dass in akuten psychiatrischen Krisensituationen häufig die Notwendigkeit besteht, zeitnah über ein Vorgehen zu entscheiden, so dass die Behandler nicht viel Zeit haben, um den Patientenwillen, die Behandlungswünsche und die Wertvorstellungen eines Patienten zu ermitteln und zu beurteilen. Ein Dokument mit Angaben zu den Präferenzen erscheint daher hilfreich, wirft aber Folgefragen auf (*siehe dazu auch Kapitel 2.2.6 Problemfelder im Umgang mit psychiatrischen Vorausverfügungen*).

2.2.3 Psychiatrische Patientenverfügung

Im folgenden Kapitel werden, in einzelnen Unterkapiteln, die historischen und rechtlichen Grundlagen psychiatrischer Patientenverfügungen referiert und ein Überblick über die verschiedenen Dokumente und Modelle psychiatrischer Vorausplanung und deren Ziele und Inhalte gegeben.

2.2.3.1 Geschichtliche Entwicklung psychiatrischer Patientenverfügungen (PV)

Hier wird ein kurzer Überblick über die historische Entwicklung psychiatrischer Patientenverfügungen gegeben, zur Zusammenfassung der Entwicklung siehe auch Geller 2000 sowie Kühlmeyer & Borbé 2015 und Weller 2013.

Die Idee der Patientenverfügung, verbunden mit dem Recht eine Behandlung am Lebensende abzulehnen, wurde erstmals 1969 durch Luis Kutner als sogenannter „*living will*“ bekannt (auf Deutsch unter dem Namen „*Testament zu Lebzeiten*“, vgl. Kutner 1969).

Die schlechten Behandlungsumstände in der Psychiatrie und die „*right to refuse treatment*“-Bewegung der 1970er und 80er Jahre in den USA führten zur Entwicklung von Dokumenten zur vorsorglichen Ablehnung von psychiatrischen (Zwangs-)Behandlungen (vgl. Finzen 2009; Kühlmeyer & Borbé 2015; Winick 1994). Anfang der 1980er wurde in den USA das Instrument der Vorausplanung durch ein sog. psychiatrisches Testament beschrieben (analog zum „*living will*“ wurde es als „*psychiatric will*“ bezeichnet, vgl. Szasz 1982). Mit diesem konnte die Zustimmung zu oder die Ablehnung von psychiatrischen Behandlungen festgelegt werden, wobei das Ziel verfolgt wurde, Zwangsinterventionen abzulehnen (ebd.).

In Deutschland entwickelten Initiativen von Betroffenen ab den späten 1980er Jahren Behandlungsvereinbarungen, in denen von Ärzten und Psychiatrieerfahrenen Vereinbarungen über Behandlungsmaßnahmen gemeinsam festgehalten werden sollten (vgl. Dietz, Pörksen & Voelzke 1998; Henderson et al. 2008). Bedeutung erlangt hat in diesem Zusammenhang die „*Bielefelder Behandlungsvereinbarung*“ von 1994 (vgl. Dietz, Pörksen & Voelzke 1998). Weiterentwickelt wurde sowohl die Idee von Verfügungen, in denen im Voraus die Zustimmung zur Behandlung gegeben wurde (sog. „*Ulysses-Kontrakte*“, vgl. Brock 1993; Dresser 1984), als auch von Verfügungen, die Behandlungen bereits im Voraus ablehnen.

Das Instrument der Vorausplanung wurde in den 1990ern verstärkt unter dem Aspekt des Ausdruck von Autonomie gesehen (vgl. Rosenson & Kasten 1991), die Relevanz der Vorausplanung mittels einer Patientenverfügung für den Bereich der Psychiatrie erkannt (vgl. Appelbaum 1991). Der „*Patient Self-Determination Act*“ (PSDA 1990) erlaubte Anfang der 1990er Jahre in fast allen Staaten der USA psychiatrische Behandlungsentscheidungen mittels einer *Psychiatric Advance Directive (PAD)* im Voraus zu verfügen (vgl. Srebnik & Brodoff 2003; Winick 1998).

Im Laufe der letzten Jahre wurde das Thema wieder aktuell: Im Jahr 2009 wurden in Deutschland mit dem sogenannten *Patientenverfügungsgesetz* Vorausplanungen im Bürgerlichen Gesetzbuch erstmals gesetzlich geregelt (vgl. §1901 a BGB). Angestoßen durch Entscheidungen des Bundesverfassungsgerichtes wurden diese Regelungen in den Jahren 2013 und 2017 ergänzt, insbesondere erfolgte eine Überarbeitung der Rechtsbestimmungen zur freiheitsentziehenden Unterbringung sowie der ärztlichen Zwangsmaßnahmen⁶. Hierdurch wurden auch für den Bereich der Psychiatrie Anpassungen und Reformen erforderlich.

Mittlerweile entwickeln sich die *PADs*, die ursprünglich entstanden sind um der Macht der Behandler etwas entgegenzusetzen, immer mehr zu einem nützlichen Mittel in der psychiatrischen Versorgung (vgl. Maitre et al. 2013). Dennoch werden psychiatrische Behandlungsvereinbarungen bisher – im Vergleich zu Patientenverfügungen, die sich inhaltlich auf Entscheidungen am Lebensende beziehen – noch selten abgeschlossen (vgl. Deutsche Schlaganfall-Hilfe 2012; GfK 2009; Borbé et al. 2012).⁷

2.2.3.2 Rechtliche Grundlagen der Patientenverfügung (PV)

Die Möglichkeit, psychiatrische Vorausplanungen rechtlich übergehen zu können, wird von Behandlern und Nutzern unterschiedlich betrachtet (vgl. Thom, O'Brien & Tellez 2015, Studie aus Neuseeland). Wie Vollmann feststellt, wurden in Deutschland ethische und klinische Konflikte durch den Gesetzgeber „eindeutig zugunsten des selbstbestimmten Patientenwillens geregelt“ (Vollmann 2012, S. 29). Im Zuge der Verabschiedung der letzten Änderungsgesetze⁶ wurde dies vom Gesetzgeber nochmals ausdrücklich betont: „*Wer seinen Willen frei bilden kann, hat im Rahmen des Rechts zur Selbstbestimmung auch ‚die Freiheit zur Krankheit‘. Entscheidet er sich mit freiem Willen gegen eine ärztliche Behandlung oder andere ärztliche Maßnahmen, ist dies als Ausdruck seiner Selbstbestimmung zu akzeptieren*“ (Bundestagsdrucksache 18/11240 2017, S. 12).

Das Recht auf Selbstbestimmung in Bezug auf Behandlungsentscheidungen bleibt grundsätzlich auch bei Verlust der Einwilligungsfähigkeit bestehen, es gilt dann den schriftlich vorausverfügten Willen als Ersatz zu berücksichtigen (vgl. § 1901 a BGB; ZEKO 2013).

⁶ Durch das *Gesetz zur Änderung der materiellen Zulässigkeitsvoraussetzungen von ärztlichen Zwangsmaßnahmen und zur Stärkung des Selbstbestimmungsrechts von Betreuten vom 17.07.2017* (BGBl 2017 I S. 2426). Wird im Folgenden von Gesetzesbegründung gesprochen, wird auf dieses Gesetz Bezug genommen.

⁷ In einer repräsentativen Umfrage der Gesellschaft für Konsumforschung (GfK) i.A.d. Apotheken Umschau von 2009 gaben fast 20% der Stichprobe an, eine PV für Entscheidungen am Lebensende erstellt zu haben. Im Jahr 2012 hatten Erhebungen zu Folge bis zu 26% der Bürger eine PV für diesen Bereich – und sogar bis zu 52% der über 65-Jährigen (Deutsche Schlaganfall-Hilfe 2012; DHPV 2012).

In Deutschland finden sich die rechtlichen Grundlagen zu einem vorsorglichen Festhalten dieser Behandlungsentscheidungen mittels einer sogenannten Patientenverfügung im Bürgerlichen Gesetzbuch (§§ 1901 a, 1901 b, 1904, 1906 (a) BGB). Bis zur Einführung im Jahr 2009 war das Recht der Patientenverfügung gesetzlich nicht geregelt.

In § 1901 a Abs. 1 des Bürgerlichen Gesetzbuches wird die Patientenverfügung rechtlich definiert. Als inhaltliche Kriterien werden Festlegung über Einwilligung oder Untersagung von konkreten „Untersuchungen [des] Gesundheitszustandes, von Heilbehandlungen oder ärztlichen Eingriffen“ für den zukünftigen „Fall [der] Einwilligungsunfähigkeit“ genannt (§ 1901 a Abs. 1 BGB).

Damit eine Patientenverfügung rechtlich bindend ist, müssen bestimmte formale und inhaltliche Anforderungen erfüllt sein. Neben der schriftlichen Form und der Verfassung durch eine volljährige Person muss das Kriterium der Einwilligungsfähigkeit erfüllt sein: Es müsse *„mit hinreichender Sicherheit [feststehen], dass der Patient in einwilligungsfähigem Zustand die konkret eingetretene Situation vorherbedacht und für sie eine eigenverantwortliche Entscheidung getroffen hat“* (ZEKO 2013, 6.2, S. 1337/8). Außerdem müsse die Vorausverfügung auf die aktuelle Situation zutreffen (ebd.).

Allgemeinverbindlichkeit

Eine Patientenverfügung ist für den Bereich ihrer Wirksamkeit gültig und für alle Beteiligten rechtlich bindend (vgl. Götz 2018, § 1901 a BGB, Rdn. 16). Der Gehalt einer Patientenverfügung sei auf „direkte Verbindlichkeit gerichtet“, indem sie „für den Fall der Einwilligungsunfähigkeit Einwilligungen in ärztliche und andere Eingriffe enthält oder versagt“ (ebd.). Die Patientenverfügung binde „nicht nur ausdrücklich genannte Adressaten, sondern Ärzte, Pflegende, Familienangehörige, Betreuer, das Betreuungsgericht und andere Personen“ (ebd., unter Verweis auf Coeppecus 2011 m.w.N.)

Reichweite

Bedeutend im Kontext dieser Arbeit ist, dass Patientenverfügungen unabhängig von „Art und Stadium einer Erkrankung“ (§ 1901 a Abs. 3 BGB) gelten und somit auch für die Vorausplanung im psychiatrischen Bereich einsetzbar sind. Diese von der Art der Erkrankung unabhängige Gültigkeit wird gemeinhin auch als fehlende Reichweitenbeschränkung oder -begrenzung bezeichnet (vgl. ZEKO 2013; Finzen 2009; Olzen et al. 2009; Vollmann 2012).

„Aus der fehlenden Reichweitenbegrenzung folgt jedoch kein Anspruch, durch Patientenverfügung eine medizinisch nicht indizierte Behandlung durchzusetzen“ (Götz 2018, § 1901 a BGB, Rdn. 29).

Widerruf der Patientenverfügung

Bereits im BGB wird festgehalten, dass „eine Patientenverfügung jederzeit formlos widerrufen werden [kann]“ (§1901 a BGB). Auch Götz erläutert in der Kommentierung des BGB, dass der Verfasser nicht an die Verfügung gebunden sei und sie „jederzeit ganz oder auch nur teilweise widerrufen“ könne und zwar auch „mündlich oder durch konkludentes Verhalten“ (Götz 2018, § 1901 a BGB, Rdn. 25). Erforderlich sei lediglich, „dass die Willensänderung hinreichend deutlich zum Ausdruck“ komme (ebd.). Weiter wird ausgeführt: *„Der Widerruf erfordert auch nicht Geschäftsfähigkeit, sondern nur die Einwilligungsfähigkeit des Betroffenen. [Hierbei ist] strittig, ob auch der natürliche Wille einer einwilligungsunfähigen Person genügt.“*⁸ Auf das Motiv für den Widerruf kommt es nicht an“ (ebd.). Zwar ist *„der Betreuer [...] nicht zum Widerruf der PV befugt und der Bevollmächtigte nur bei entsprechender Ermächtigung“*, aber *„bei mündlichem Teilwiderruf bzw. mündlicher Teilabänderung der PV müssen in einer konkreten Behandlungssituation auftretende Lücken im Einwilligungskonzept vom Betreuer oder Bevollmächtigten geschlossen werden“* (ebd.).

Von der Patientenverfügung können Behandler nur abweichen, wenn sich *„die bei der Abfassung der PV zugrunde gelegten Umstände so erheblich verändert [haben], dass die frühere selbstverantwortlich getroffene Entscheidung mit der jetzige Lebenssituation nicht mehr korrespondiert“* (Götz 2018, § 1901 a BGB, Rdn. 25), in diesem Fall sei der „mutmaßlichen Willen des Betreuten“ zu berücksichtigen (ebd.).

Regelverpflichtung: Hinweis auf Möglichkeit einer Patientenverfügung

Im Gesetz von 2017 wurde in §1901 a (BGB) ein neuer Absatz eingefügt. Hiernach soll der rechtliche Betreuer jetzt „in geeigneten Fällen“ auf die mögliche Erstellung einer Patientenverfügung hinweisen und der betreuten Person – falls gewünscht – bei der Erstellung behilflich dabei sein (vgl. § 1901 a Abs. 4 BGB; Götz 2018, § 1901 a BGB, Rdn. 29 a), *„für den Fall seiner Einwilligungsunfähigkeit festzulegen, ob und welche medizinischen Behandlungen dann auch gegen seinen natürlichen Willen vorgenommen werden sollen und welche Behandlungen zu unterlassen sind“* (Gesetzesbegründung, Bundestagsdrucksache 18/11240, 2017, S. 18)⁹.

Ein sog. geeigneter Fall liege beispielsweise vor, *„wenn der Betreute nach einer im Zustand der Einwilligungsunfähigkeit durchgeführten ärztlichen (Zwangs-) Behandlung wieder einwilligungsfähig ist, jedoch die Gefahr des erneuten Verlustes der Einwilligungsfähigkeit, namentlich in einer psychischen Krisensituation, droht“* (Gesetzesbegründung, Bundestagsdrucksache 18/11240, 2017, S. 18). Ergänzend wird in der Gesetzesbegründung ausgeführt, dass der Betreuer „eine gegebenenfalls notwendige medizinische Beratung durch einen Arzt vermitteln“ soll und auf die Möglichkeit einer Unterstützung durch Betreuungsvereine und Betreuungsbehörden verweisen (ebd.). Weiter wird dort die Bedeutung von Behandlungsvereinbarungen im psychiatrischen Bereich erläutert.

⁸ Vgl. dazu Lindner & Huber 2017.

⁹ Wird im Folgenden von Gesetzesbegründung gesprochen, wird auf das Gesetz zur Änderung der materiellen Zulässigkeitsvoraussetzungen von ärztlichen Zwangsmaßnahmen und zur Stärkung des Selbstbestimmungsrechts von Betreuten vom 17.07.2017 (BGBl 2017 I S. 2426) Bezug genommen.

2.2.3.3 Dokumententypen und Modelle der Vorausplanung

Rechtlich wird jede Form der schriftlichen Niederschrift von Behandlungsentscheidungen (durch eine volljährige Person) als Patientenverfügung bezeichnet, unabhängig von der Art des Dokumentes (vgl. §§ 1901a, 1901b, 1904 BGB). Oft wird mit dem Begriff Patientenverfügung das Musterformular des Bundesministeriums der Justiz und für Verbraucherschutz (BMJV)¹⁰ bezeichnet, welches für die Vorausplanung am Lebensende konzipiert wurde.

Als psychiatrische Patientenverfügung (PPV) wird *„eine vorsorgliche, schriftliche Erklärung des Patienten“* bezeichnet, *„mit der er in bestimmte psychiatrische Maßnahmen im Vorhinein einwilligt oder (was in der Praxis häufiger der Fall ist) diese untersagt“* (Kühlmeier & Borbé 2015, S. 337). Sie kann *„vom Patienten alleine ausgestaltet werden, jedoch wird grundsätzlich eine ärztliche Beratung und ggf. auch die Attestierung empfohlen, dass die Patientenverfügung vom Betroffenen zu einem Zeitpunkt formuliert wurde, zu dem dieser in der Lage war, seinen Willen frei zu bestimmen“* (ebd., S. 331).

Zur Vorausplanung psychiatrischer Behandlungen und Vorausverfügung psychiatrischer Behandlungsentscheidungen sind diverse Schriftstücke im Umlauf. Die existierenden Schriftstücke zur psychiatrischen Vorausplanung unterscheiden sich inhaltlich und formal zum Teil erheblich. Das Spektrum von Vorausverfügungen reicht von der im Voraus gegebenen Zustimmung zu in der akuten Krise abgelehnten Maßnahmen, durch einen sogenannten *Ulysses-Pakt*, bis hin zur Ablehnung jeglicher Diagnostik und Therapie (z. B. durch eine *„PatVerfü“*©). Abzugrenzen sind Behandlungsverträge, die medizinische Leistungen und Vergütungen regeln, sowie Therapieverträge im Rahmen einer Psychotherapie, in denen Patienten sich zu bestimmten Verhaltensweisen verpflichten (ebd.). Ein grundsätzlicher Unterschied besteht zwischen einseitigen Verfügungen, die der Patient alleine verfasst und zweiseitigen Vereinbarungen, in denen Entscheidungen festgelegt werden, die durch den potentiellen Patienten und den Behandler gemeinsam ausgehandelt wurden (Kühlmeier & Borbé 2015).

Weitere Unterschiede bestehen bezüglich der Beanspruchung rechtlicher Verbindlichkeit und der Funktion (Henderson et al. 2008). Es finden sich verschiedene Themenbereiche und Entscheidungsmöglichkeiten, die durch das Dokument zum Teil bereits vorgegeben werden (vgl. Kühlmeier & Borbé 2015). Der Umfang der Dokumente kann dabei beträchtlich variieren (vgl. Varekamp 2004). In einigen Dokumenten gibt es Textfelder für das Festhalten eigener Gedanken, in anderen kann nur etwas ausgewählt werden. Es gibt Vorausverfügungen mit inhaltlichen Angaben zu Behandlungswünschen¹¹ und/oder zu Festlegung eines Stellvertreters bzw. Bevollmächtigten (vgl. Henderson et al. 2008). Sie können die Zustimmung zu oder Ablehnung von bestimmten Maßnahmen enthalten. Sie unterscheiden sich auch darin, ob und welche Personen bei der Erstellung einbezogen werden (z. B. Einbezug von Behandlern, Vermittlern).

¹⁰ Die Formulare des BMJV finden sich unter http://www.bmjv.de/DE/Themen/VorsorgeUndPatientenrechte/Betreuungsrecht/Betreuungsrecht_node.html (zuletzt abgerufen am 07.04.2019).

¹¹ **Anmerkung:** Der Begriff „Behandlungswünsche“ wird im rechtlichen Sinne, als „mündlich geäußerte Vorgaben“ darüber verstanden, welche Behandlung ein Patient erhalten will und welche nicht (Jox 2011, S. 262). Im Kontext dieser Arbeit werden darunter alle Wünsche verstanden, die eine Person bezüglich ihrer zukünftigen Behandlung in der Klinik hat, unabhängig davon, in welcher Form diese geäußert werden.

Die verschiedenen Typen von Dokumenten zur Vorausplanung wurden vor unterschiedlichen Hintergründen entwickelt und ihnen liegen verschiedene Modelle zu Grunde, die unterschiedliche Schwerpunkte setzten (Henderson et al. 2008).¹² Je nach Typ kann der Schwerpunkt auf der Autonomie oder auf der Verbesserung der therapeutischen Zusammenarbeit beziehungsweise der Koordination der Behandlung liegen (ebd; Nicaise, Lorant & Dubois 2013). Alle Formen haben zum Ziel, Zwangsmaßnahmen zu vermeiden oder zu reduzieren (Henderson et al. 2008; Swanson et al. 2000). Psychiatrische Patientenverfügungen zielen mehr auf eine Stärkung der Autonomie der potentiellen Patienten ab („*Psychiatric advance directives represent the consumer choice model, which prioritizes the goal of autonomy*“, Henderson et al. 2008, S. 67), wohingegen Behandlungsvereinbarungen zu einer verbesserten Zusammenarbeit und Verständigung zwischen Behandler und Patient führen sollen („*improved therapeutic alliance through reaching consensus (joint crisis plan)*“, ebd.) und *Recovery*-Dokumente dabei helfen sollen, Frühsymptome zu erkennen und entsprechende Maßnahmen zu ergreifen (Henderson et al. 2008).

Ausführliche Beschreibungen verschiedener Arten von Schriftstücken, mit deren Hilfe Vorausplanung betrieben werden kann, finden sich unter anderem bei: Appelbaum 2004; Atkinson et al. 2003; Henderson et al. 2008; Kühlmeyer & Borbé 2015; Thom et al. 2015; Weller 2013.

2.2.3.3.1 Einseitige Verfügungen

Als einseitige Verfügungen werden Vorausplanungen bezeichnet, die von potentiellen Patienten alleine verfasst werden können. Die verschiedenen Schriftstücke, die darunter gefasst werden, werden im Folgenden kurz vorgestellt.

Advance Directives (ADs)

Advance Directives (ADs) wurden früher als sog. *living wills* bezeichnet (Kutner, 1969). Es handelt sich bei einer *AD* um ein Schriftstück, in dem die Behandlungsentscheidungen einer Person festgehalten werden. In der ursprünglichen Zielsetzung bezogen sie sich inhaltlich auf Entscheidungen am Lebensende, für Situationen, in denen der Verfasser einwilligungsunfähig ist und medizinische Behandlungen begrenzen will (Emanuel et al. 1991). *ADs* stimmen konzeptionell mit dem überein, was im Deutschen unter dem Begriff der Patientenverfügungen verstanden wird – die Begriffe werden in dieser Arbeit synonym verwendet.

Psychiatric Advance Directives (PADs), Psychiatrische Testamente oder psychiatrische Patientenverfügungen (PPV)

Psychiatric Advance Directives (PADs) dienen speziell der psychiatrischen Vorausplanung Erwachsener, die von schwerwiegenden, persistierenden oder chronischen psychischen Erkrankungen betroffen sind und wurden in den USA als eine Form der Behandlungsvorausplanung entwickelt, bei der die Betroffenen in einer stabilen Phase für eine Episode der Einwilligungsunfähigkeit Verfügungen treffen (vgl. Henderson et al. 2008; Srebnik & La Fond 1999):

¹² Review aus England zu englischer und deutscher Literatur, das auch Effekte und Barrieren vergleicht (Henderson et al. 2008).

„These directives are intended to provide an opportunity for persons with severe mental illness to retain control over their own treatment during times when they are incapacitated“ (Henderson et al. 2008, S. 64).

Sie wurden ursprünglich in Form von *psychiatric wills* (Szasz 1982) entwickelt, um Behandlungen abzulehnen – mittlerweile werden sie aber auch eingesetzt, um Angaben zur bevorzugten Behandlung zu machen (Srebnik & Brodoff 2003). Daneben enthalten sie Angaben zur Festlegung eines Stellvertreters (vgl. Nicaise et al. 2015) – ggf. verbunden mit einer Vollmacht bzw. Betreuungsverfügung – und meistens eine Checkliste als Hilfe zur Erstellung (Henderson et al. 2008). In den USA ist es üblich, dass sie von zwei Zeugen unterschrieben werden (ebd.).

Inhaltlich beziehen sie sich auf Entscheidungen bezüglich Medikation, Aufnahmebedingungen, spezifische Behandlungen (z. B. EKT) und enthalten Angaben zur medizinischen Vorgeschichte, Vorerkrankungen, Notfallkontakten (Srebnik et al. 2005; Swanson et al. 2006 B).

Im Vordergrund steht dabei, autonome Entscheidungen (Henderson et al. 2015) und die Beteiligung des Nutzers an der Behandlung zu fördern (Elbogen et al. 2007 B) sowie psychisch erkrankten Personen Kontrolle über ihre Behandlung zu geben (vgl. Atkinson et al. 2003; Atkinson, Garner & Gilmour 2004; Henderson et al. 2008).

Ein Überblick zu *PADs* findet sich unter anderem auch bei Atkinson et al. 2003; Atkinson, Garner & Gilmour 2004; Campbell & Kisely 2009; Hoge 1994; Nicaise, Lorant & Dubois 2013; Srebnik & La Fond 1999; Swanson et al. 2000; Winick 1996.

Ulysses-Kontrakte (mental health directives)

Der *Ulysses-Kontrakt* stellt eine Unterform der *PAD* dar.¹³ Er ist nach Ulysses benannt, der seine Mannschaft aufgefordert hat, ihn am Mast seines Schiffes festzubinden, um nicht von den Sirenen verführt zu werden und zu sterben (vgl. Varekamp 2004). Zielgruppe sind nach der Nutzerdefinition Menschen, die ein normales Leben führen und zeitweise wiederkehrende Episoden von Unzurechnungsfähigkeit erleben (*„people who lead a normal life and experience periodical attacks of insanity“*, Varekamp 2004, S. 297). Der Patient gibt im Voraus seine Einwilligung zur Klinikaufnahme und/oder Behandlung und legt fest, dass er diese nicht widerrufen kann (*„irrevocable“*)¹⁴ – mit dem Ziel, frühzeitig aufgenommen und behandelt zu werden, auch wenn rechtlich noch keine Zwangsmaßnahmen gerechtfertigt sind (vgl. Brock 1993; Dresser 1984; Henderson et al. 2008; Howell, Diamond & Wikler 1982; Varekamp 2004). Ein *Ulysses-Kontrakt* enthält somit die Forderung nach einer Behandlung (oder Aufnahme) auch gegen den in der Krise zum Ausdruck gebrachten Willen des Patienten (ebd.).

„The ensuing characteristic of irrevocability when the patient is in psychiatric crisis makes Ulysses directives a special subset of the broader category of psychiatric advance directives (PADs)“ (Varekamp 2004, S. 292).

¹³ In einer Studie aus den Niederlanden wird jede Form der Vorausverfügung, die im Voraus Zustimmung zu Aufnahme und Behandlungen gibt, als Form des *Ulysses-Kontraktes* betrachtet (Varekamp 2004).

¹⁴ Während der Einwilligungsunfähigkeit bzw. Krise oder auch schon in früherem Stadium einer Episode.

Krisenpässe (*crisis cards*)

Krisenpässe oder im Englischen *crisis cards* dienen v. a. der Selbstauskunft, sie sollen in einer Krisensituation die wichtigsten Informationen bereitstellen und benennen, je nach Version, beispielsweise die zu benachrichtigende Person, Behandlungspräferenzen und aktuelle Medikation (vgl. Henderson et al. 2008; Knuf & Wörishofer 1998; Kühlmeyer & Borbé 2015). Das Format entspricht einem Ausweis (vgl. Kühlmeyer & Borbé 2015), vergleichbar einem Diabetes-Pass. Es besteht die Möglichkeit darüber hinaus individuelle Mitteilungen in Bezug auf die Behandlung festzuhalten (Knuf & Wörishofer 1998). Krisenpässe können durch die Patienten selbst ausgefüllt werden, wobei Unterstützung durch Behandler gegeben werden kann (vgl. Henderson et al. 2008; Knuf & Wörishofer 1998; Kühlmeyer & Borbé 2015).

2.2.3.3.2 Gegenseitige Vereinbarungen

Auch im psychiatrischen Bereich gibt es Stimmen, die das Verhandeln mit Patienten im Sinne einer gemeinsamen Entscheidungsfindung in den Fokus stellen wollen – gegenüber dem Behandeln nach einem paternalistischen Modell (z. B. Dietz, Pörksen & Voelzke 1998). Psychiatrische Patienten sollen verstärkt in Entscheidungen eingebunden werden und verstehen, aus welchen Gründen welche Maßnahmen eingesetzt werden.

Behandlungsvereinbarungen und *joint crisis plans* sind gegenseitige Vereinbarungen, die dem Modell der partizipativen Entscheidungsfindung entsprechen. Sie werden auch als „konsensorientiert“ beschrieben (Kühlmeyer & Borbé 2015, S. 331).

Begrifflichkeiten

Unter gegenseitigen Vereinbarungen werden Dokumente verstanden, in denen Festlegungen für einen zukünftigen stationären Aufenthalt dokumentiert werden, die in einem gemeinsamen Gespräch von potentiell Patienten und mindestens einem Vertreter des Behandlungsteams der betreffenden Klinik getroffen werden.

Behandlungsvereinbarungen (BV) entsprechen im Englischen am ehesten *joint crisis plans* oder *advance agreements*, wobei es teilweise Unterschiede gibt.

Behandlungsvereinbarungen (BV)

Rechtlich gesehen stellt die Behandlungsvereinbarung „eine besondere Form der Patientenverfügung dar“ (Gesetzesbegründung, Bundestagsdrucksache 18/11240, 2017, S. 18)¹⁵, „welche aber regelmäßig über die medizinischen Maßnahmen im engeren Sinne hinausgeht“ (Kurze 2017, § 1901 a BGB, Rdn. 87).

¹⁵ Wird im Folgenden von Gesetzesbegründung gesprochen, wird auf das Gesetz zur Änderung der materiellen Zulässigkeitsvoraussetzungen von ärztlichen Zwangsmaßnahmen und zur Stärkung des Selbstbestimmungsrechts von Betreuten vom 17.07.2017 (BGBl 2017 I S. 2426) Bezug genommen.

Inhaltlich enthalten Behandlungsvereinbarungen meist Angaben zu einer Behandlung in einer bestimmten Klinik, Behandlungswünsche im Sinne von bisher hilfreichen Maßnahmen oder Ablehnung bestimmter Maßnahmen, Präferenzen zu Behandlern, Präferenzen von Maßnahmen im Notfall, Benennung von zu benachrichtigenden Personen und Stellvertretern und/oder Regelungen für Angehörige (Henderson et al. 2008). Die Festlegungen können sich „auch auf die Art und Weise der Behandlung beziehen“ (Gesetzesbegründung, Bundestagsdrucksache 18/11240, 2017, S. 18). Je nach Klinik findet sich ein anderer Umgang mit Behandlungsvereinbarungen, auch werden jeweils andere Versionen und Klauseln verwendet (Borbé, Jaeger & Steinert 2009). Mancherorts treten die Kliniken aktiv an Patienten heran, anderenorts geht die Initiative zur Erstellung von den Patienten aus und auch der Zeitpunkt des Abschlusses variiert je nach Klinik (ebd.). Als Aufgabe des Arztes im Kontext der Erstellung einer BV, ist eine Prüfung der praktischen Durchführbarkeit vorgesehen (vgl. Bundestagsdrucksache 18/11240, 2017). Außerdem wird in der Gesetzesbegründung klargestellt, dass der Arzt durch seine Unterschrift unter der Behandlungsvereinbarung bestätigt, „dass er die Festlegungen beachten wird“ (ebd., S. 18).

Die Zentrale Ethikkommission bei der Bundesärztekammer empfiehlt die Behandlungsvereinbarung als „gute Form des Kooperationsverhältnisses zwischen Arzt und Patient“ und sieht in ihr einen „Ausdruck gegenseitigen Respekts“, sie könne „auf absehbare Situationen und Behandlungsnotwendigkeiten und -möglichkeiten eingehen“ (ZEKO 2013, S. 1338). Hilfreich seien „*die Benennung einer Vertrauensperson, die den Patienten gegebenenfalls begleiten soll, sowie die Erteilung einer Vorsorgevollmacht und einer Betreuungsverfügung*“ (ebd.).

Joint Crisis Plans (JCPs)

Joint crisis plan bezeichnet ein Dokument, unter *joint crisis planning* wird aber auch eine Intervention verstanden, die gemeinsam mit Patienten entwickelt wurde (Henderson et al. 2004; 2008; Thornicroft et al. 2010; 2013). Die Vorausplanung wird in diesem Rahmen durch den Patienten in Zusammenarbeit mit dem Behandlungsteam formuliert (vgl. Farrelly et al. 2016). Enthalten sind Behandlungspräferenzen für zukünftige psychiatrische Notfälle, in denen der Patient seine Ansichten nicht klar ausdrücken kann (ebd.). Enthalten sind nicht nur spezifische Behandlungsinterventionen, sondern auch allgemeinere Wünsche und Wünsche an den Umgang mit dem Patienten sowie Erläuterungen des Patienten (ebd.).

JCPs werden während mehreren Treffen gemeinsam mit dem Behandlungsteam und einem unabhängigen Vermittler – einem sog. *Facilitator* – erstellt. Es handelt sich dabei um eine Person mit Fachwissen, die nicht dem Team angehört.¹⁶ Es gibt ein Informations- und ein Verhandlungstreffen. Der Ablauf dieser Treffen und die Aufgaben der involvierten Personen sowie weitere Schritte der Intervention sind genau geregelt. Der Ablauf einer *JCP* Intervention wird in mehreren Studien beschrieben (vgl. z. B. Farrelly et al. 2016; Sutherby & Szmukler 1998; Sutherby et al. 1999; Thornicroft et al. 2013).

¹⁶ Unter einem *Facilitator* wird eine Person verstanden, die den Patienten unterstützt und ggf. zwischen Patient und Behandlern vermittelt oder das Gespräch moderiert (vgl. Farrelly et al. 2016). Seine Aufgabe im Gespräch zwischen Behandlern und potentiellen Patienten ist, sicherzustellen, dass alle Ansichten Geltung erlangen und letztendlich der Nutzer die Entscheidung trifft (ebd.).

Es finden Gespräche an zwei verschiedenen Terminen statt (Farrelly et al. 2014). Das erste Gespräch dient dazu, den Patienten zu informieren (ebd.). Das zweite Gespräch, zu dem der Patient einen Unterstützer mitbringt (z. B. einen Freund oder den Anwalt), dient der Diskussion über die Ansichten des Patienten und der Behandler darüber, was in einer Krise zu tun ist (ebd.). Dabei werden zu vereinbarende Lösungen verhandelt (ebd.).

Der Inhalt und exakte Wortlaut des Dokumentes liegt letztendlich in der Entscheidung des Patienten (Henderson et al. 2004). Betont wird die Bedeutung einer transparenten Kommunikation während der Gespräche zur Erstellung der *JCP* (Farrelly et al. 2014). Durch *JCP* sollen Rezidive und Zwangseinweisungen verhindert beziehungsweise reduziert werden (ebd.; Henderson et al. 2008; Sutherby & Szmukler 1998; Sutherby et al. 1999; Thornicroft et al. 2010; 2013).

Facilitated Psychiatric Advance Directive (F-PADs)

Facilitated PADs sind eine Weiterentwicklung der *PADs* aus den USA mit dem Ziel, die *PAD* in den Klinikalltag zu integrieren (Henderson et al. 2008; Swanson et al. 2006 B). Der potentielle Patient wird bei der Erstellung gezielt durch eine Person (nicht Behandler) unterstützt, die sich damit auskennt (ebd.). Diese Person kann sich, wenn es der potentielle Patient will, mit den Behandlern beraten (ebd.). Ursächlich für die Entwicklung von *F-PADs* waren Barrieren bei der Erstellung von *PADs* und deren geringe Nutzung (vgl. Kühlmeyer & Borbé 2015; Van Dorn et al. 2008).

2.2.3.3 Sonstige Schriftstücke

Neben den genannten finden sich auch die folgenden Schriftstücke im Umlauf:

Behandlungspläne

Behandlungspläne werden (in England) von Behandlern verfasst, sie sind nicht sehr spezifisch auf den individuellen Patienten zugeschnitten (vgl. Henderson et al. 2008). Sie entsprechen am ehesten der schriftlichen Planung der Behandlung eines Patienten durch einen Arzt (bezogen auf das Krankheitsbild).

Wellness Recovery Action Plans (WRAP)/ Recovery-Pläne

Recovery-Dokumente dienen vor allem dem Selbstmanagement beziehungsweise der Selbstkontrolle und werden eingesetzt, um Frühsymptome zu erkennen und mit der Erkrankung umzugehen (Henderson et al. 2008). In *Recovery*-Dokumenten beschreiben Patienten, was für sie in einer Krise hilfreich sein kann. Sie können auch Behandlungswünsche enthalten, Vertrauenspersonen nennen und zur Vorausplanung eingesetzt werden.

***PatVerfü*©**

Durch das Formular „*PatVerfü*“© der Bundesarbeitsgemeinschaft Psychiatrie-Erfahrener e. V. wird vorgegeben, dass der Verfasser die Existenz psychischer Krankheiten abstreitet, des Weiteren wird jegliche Diagnostik und psychiatrische Behandlung untersagt (Ahrens 2012; Bundesarbeitsgemeinschaft Psychiatrie-Erfahrener). Enthalten ist auch eine Vorsorgevollmacht, in der mehrere Stellvertreter benannt werden können (ebd.). Erklärtes Ziel der Verfügung ist, Zwangsmaßnahmen zu verhindern (vgl. Ahrens 2012).

2.2.3.3.4 Dokumente zur Bestimmung eines Stellvertreters

Patientenverfügungen und andere Dokumente zur Vorausplanung werden oft verknüpft mit Vorsorgevollmachten und Betreuungsverfügungen.

Es ist bekannt, dass in Patientenverfügungen oft Vertrauenspersonen benannt werden. In einigen Fällen kann alleine das Hinzuziehen einer Vertrauensperson dazu führen, dass die Einwilligungsfähigkeit des Patienten wieder hergestellt wird, zum Beispiel wenn Angstzustände der Grund für die Beeinträchtigung waren (Appelbaum 2007). Aus den USA gibt es eine Studie zu Hürden bei der Umsetzung von PAD und empirische Daten bzgl. Raten und Prädiktoren (Srebnik & Russo 2008), die zeigte, dass die Wahrscheinlichkeit, dass eine psychiatrische Patientenverfügung zum Einsatz kommt, um den Faktor 10 höher liegt, wenn ein Stellvertreter beteiligt ist.

Wird ein potentieller Patient handlungsunfähig, kann es notwendig sein, dass eine andere Person als rechtlicher Betreuer bestimmt wird, der stellvertretend Entscheidungen und Aufgaben übernimmt. Der Betreuer wird durch das Betreuungsgericht bestellt (vgl. § 1896 Abs. 1 BGB).

Wie das BMJV auf seiner Homepage erläutert, hat eine Betreuung im rechtlichen Sinne nichts mit einer „sozialen Betreuung“ zu tun, es handele sich nicht um „eine praktische und persönliche Hilfestellung zur Bewältigung des Alltags“ (BMJV 2017)¹⁷. Vielmehr ist der Betreuer für die Organisation der Hilfe zuständig (vgl. Götz 2018, Einführung § 1896 BGB, Rnd. 1).

Vorsorgevollmacht

Es ist nicht zulässig, einen Betreuer „gegen den freien Willen“ des zu Betreuenden zu bestellen (gemäß § 1896 Abs. 1a BGB). Wenn der zu Betreuende eine Vorsorgevollmacht erstellt hat, in der er selbst eine Vertrauensperson für entsprechende Aufgaben bevollmächtigt hat, kann eine gerichtliche Einsetzung eines Betreuers vermieden werden (BMJV 2017)¹⁷.

„Die wirksame Erteilung einer Vorsorgevollmacht setzt zwar Geschäftsfähigkeit voraus, maßgeblich ist aber nicht Geschäftsfähigkeit für alle Geschäfte, sondern ob der Betroffene die Vollmacht ohne fremde Willensbeeinflussung und im grundsätzlichen Bewusstsein ihrer Tragweite erteilt hat“ (Götz 2018, Einführung § 1896 BGB, Rnd. 5).

Betreuungsverfügung

Durch eine Betreuungsverfügung kann im Voraus verbindlich bestimmt werden, wer als rechtlicher Betreuer eingesetzt oder ausgeschlossen werden soll, falls eine Betreuung notwendig wird (BMJV 2017). Der Betreuer muss den „Wünschen der betreuten Person soweit wie möglich [entsprechen]“ (ebd.)¹⁷. *„Möglich sind auch inhaltliche Vorgaben für den Betreuer bzw. die Betreuerin, etwa welche Wünsche und Gewohnheiten respektiert werden sollen [...] Die Betreuungsverfügung kann auch mit einer Vorsorgevollmacht verbunden werden und würde dann zur Geltung kommen, wenn die Vorsorgevollmacht – aus welchen Gründen auch immer – nicht wirksam ist“* (BMJV 2017).

¹⁷ http://www.bmjv.de/DE/Themen/VorsorgeUndPatientenrechte/Betreuungsrecht/Betreuungsrecht_node.html (zuletzt abgerufen am 07.04.2019).

2.2.3.4 Ziele und Effekte von Vorausplanung

Psychiatrische Vorausplanungen stellen eine Herausforderung bezüglich der Erstellung und Umsetzung dar (Henderson et al. 2015). Bedenken gegenüber psychiatrischen Vorausplanungen richten sich beispielsweise auf für die Praxis problematische Verfügungen, in denen das psychiatrische System gänzlich abgelehnt wird (vgl. Ahrens 2012). Auf der anderen Seite haben sie das Potential, durch die Vorverfügung sinnvoller Behandlungsentscheidungen, die psychiatrische Behandlung zu verbessern.

Als Ziele von Vorausplanung werden in der Literatur bessere Kommunikation, Kontinuität und Reduzierung von Zwangsmaßnahmen genannt (vgl. Elbogen et al. 2007 B; Jankovic, Richards & Priebe 2010; Srebnik et al. 2005; Swanson et al. 2006 B).

In der Gesetzesbegründung¹⁸ zur erfolgten Änderung 2017 wird ausgeführt: „*Patientenverfügungen und Behandlungsvereinbarungen stärken die Patientenautonomie und können geeignete Mittel sein, ärztliche Zwangsmaßnahmen zu vermeiden*“ (Bundestagsdrucksache 18/11240, 2017, S. 18).

Allgemein wird die Vorgehensweise geschildert, Zwangsmaßnahmen durch das Erkennen von Behandlungspräferenzen, durch verbesserte Zusammenarbeit bei der Behandlung und durch höhere Motivation für die Befolgung der Behandlung zu reduzieren (vgl. beispielsweise La Fond & Srebnik 2002; Sutherby & Szmukler 1998; Swanson et al. 2003; Swanson et al. 2000; Winick 1996).

Im Einzelnen werden folgende Ziele von Vorausplanung mittels psychiatrischer Vorausverfügungen in der Literatur angeführt:

- die Beteiligung der Patienten an der Behandlung zu fördern (Elbogen et al. 2007 B)
- Empowerment der potentiellen Patienten (Atkinson, Garner & Gilmour 2004; Kim et al. 2007)
- zu *Recovery* beizutragen (Backlar et al. 2001; Scheyett et al. 2007)
- die Compliance mit der Behandlung zu verbessern (Swanson et al. 2000; Thomas & Cahill 2004)
- Kontinuität in der Behandlung zu gewährleisten (Swartz et al. 2006)
- die therapeutische Zusammenarbeit und Kommunikation zu verbessern (Kim et al. 2008; Thornicroft et al. 2013; Van Dorn et al. 2008)
- Rückfallprävention zu betreiben (Papageorgiou et al. 2002)
- Hospitalisierungen (freiwillige und unfreiwillige) zu reduzieren (Henderson et al. 2004)
- Zwangsmaßnahmen zu reduzieren (Henderson et al. 2008; Thornicroft et al. 2010; Srebnik et al. 2005; Swanson et al. 2006 B).

Befürworter von psychiatrischen Vorausverfügungen betonen deren Potential, die Patientenautonomie und das Gefühl der Kontrolle zu fördern (vgl. Appelbaum 2004; Scheyett et al. 2007; Wareham, McCallin & Diesfeld 2005).

¹⁸ Wird im Folgenden von Gesetzesbegründung gesprochen, wird auf das Gesetz zur Änderung der materiellen Zulässigkeitsvoraussetzungen von ärztlichen Zwangsmaßnahmen und zur Stärkung des Selbstbestimmungsrechts von Betreuten vom 17.07.2017 (BGBl 2017 I S. 2426) Bezug genommen.

Ein Review erwähnt, dass sich Patienten respektierter und als Person wertgeschätzter fühlen und zufriedener sind, wenn sie *PADs* anwenden (Maitre et al. 2013) – dabei bleibt die Frage offen, ob dies auch das Motiv der Verfasser zur Erstellung der *PAD* war.

Es existieren einige Studien zu den Effekten schriftlicher Vorausverfügungen, die zu unterschiedlichen Ergebnissen kommen. In einem Review aus Belgien zur Effektivität von *PADs* wird gezeigt, dass die Effektivität von den Erwartungen an die Intervention abhängig ist (Nicaise, Lorant & Dubois 2013).

Eine Veröffentlichung zum Nutzen von *PADs*, im Hinblick auf eine verbesserte Zusammenarbeit zwischen Patienten und Behandlern in den USA, verfassten Swanson et al. (Swanson et al. 2006 B). Farrelly et al. betonen die positiven Effekte von *JCP* in England auf die therapeutische Beziehung, die nach der Intervention als respektvoller beurteilt wurde (Farrelly et al. 2015). Laut Studienlage erscheint die Vorausplanung mittels eines *joint crisis plans* theoretisch geeignet, um den Wunsch nach einer verbesserten Kommunikation und eines respekt- und verständnisvollen Umganges umzusetzen, sowie die Autonomie der potentiellen Patienten zu stützen – wenn die Behandler diesen richtig umsetzen (Farrelly et al. 2015, 2016; Thornicroft et al. 2013).

Papageorgiou et al. untersuchten, ob es weniger Zwangswiederaufnahmen nach Verfassen von *Advance Directives* in England gab und spekulierten darüber, warum kein Effekt zu finden war (Papageorgiou et al. 2002). Ein Review aus England zeigte keinen Effekt von „*user-held personalised information*“ für Menschen mit ernststen psychischen Erkrankungen (Farrelly et al. 2013) und verweist auf eine Evidenz-Lücke.

Das Outcome von *JCP* im Rahmen der *CRIMSON*-Studie in England untersuchten auch Thornicroft et al., mit dem Ergebnis, dass es, bis auf die Verbesserung der therapeutischen Beziehungen, keine Effekte gab (Thornicroft et al. 2013). Borschmann et al., Thornicroft et al. sowie Campbell und Kisely beschreiben beziehungsweise diskutieren, wie bisher enttäuschende Ergebnisse bezüglich des Outcomes einzuordnen sind (vgl. Borschmann et al., 2013; Campbell & Kisely 2009; Thornicroft et al. 2013). Ebenso diskutieren Khazaal et al., ob *PADs* Zwang verhindern und Empowerment fördern können (Khazaal et al. 2014) und auch eine Studie aus den Niederlanden untersuchte den Effekt von Vorausplanung für Krisen bezüglich des Rückgangs gerichtlich angeordneter Zwangseinweisung (Ruchlewska et al. 2014 B).¹⁹

Die Daten für England zeigen an, dass die geforderte, individualisierte Behandlung gegenwärtig nicht immer erreicht wird und beleuchten einige der Komplexitäten bei der Bereitstellung psychiatrischer Behandlung (Farrelly et al. 2014). Zusammenfassend scheint es nach der aktuellen Studienlage so zu sein, dass *JCPs* theoretisch das Potential haben, Zwangsmaßnahmen zu reduzieren (vgl. Henderson et al. 2004; Sutherby et al. 1999), wenn die Hürden bei der Umsetzung abgebaut werden. Ein realer Effekt konnte bisher jedoch nicht nachgewiesen werden, da diese Hürden noch bestehen (Farrelly et al. 2016; Thornicroft et al. 2013).

¹⁹ Von Ruchlewska et al. finden sich einige Studien zu den Effekten von *crisis plans* beziehungsweise *Psychiatric Advance Statements* in den Niederlanden (siehe Ruchlewska et al. 2016, Ruchlewska et al. 2009, Ruchlewska et al. 2014 A, Ruchlewska et al. 2014 B).

Bei Srebnik und Brodoff findet sich, dass *PADs* geplantes, effektives Krisenmanagement unterstützen, indem sie Ressourcen zur Deeskalation von Krisen identifizieren und mobilisieren und als durchführbare Alternativen zur Hospitalisierung dienen (Srebnik & Brodoff 2003). Srebnik et al. kommen zu der Konklusion, dass die in der Vorausplanung bereitgestellten Informationen die klinische Behandlung vorantreiben und stärken können, obwohl die Nützlichkeit von Patientenverfügungen – abhängig von den Umständen der spezifischen Krisenvorfälle – variieren könnte (Srebnik et al. 2005).

Nutzen und Risiken von Vorausplanung zeigen z. B. Farrelly et al. und Thornicroft et al. auf (vgl. Farrelly et al. 2016; Thornicroft et al. 2013). DeWolf Bosek, Ring und Cady nennen als Vorteile psychiatrischer Patientenverfügungen, dass diese die Autonomie fördern, Schäden minimieren und Wohltun begünstigen, aber verweisen auch auf die Notwendigkeit, mehr über positive und negative Konsequenzen zu forschen, die mit dem Einsatz im klinischen Setting einhergehen (DeWolf Bosek, Ring & Cady 2008).

Ein anderes Review stellt fest, dass *JCP* das beste Modell in Bezug auf eine Reduzierung von Zwangseinweisungen zu sein scheint und zeigt als Chance von Vorausverfügung das verstärkte Gefühl der Patienten auf, sich durch die Vorausplanung respektierter und wertgeschätzter zu fühlen (Maitre et al. 2013). Es gibt Studien zum Nutzen von *JCPs* in England bezüglich einer reduzierten Rate unfreiwilliger Klinikaufnahmen (beispielsweise Henderson et al. 2004).

Potentielle Vorteile von *JCP* können die Möglichkeit für Empowerment der Nutzer, Verbesserung der Beziehung zwischen Nutzern und Behandlern und die Verhinderung zukünftiger Krisen durch sorgfältige Vorausplanung sein (Farrelly et al. 2014). *JCP* wird in England von Nutzern und Anbietern überwiegend positiv bewertet und scheint sich positiv auszuwirken, in Bezug auf ein Gefühl verstärkter Kontrolle und Empowerment (Henderson et al. 2009). Durch die Erhebung der Haltung gegenüber *JCP* mittels Fragebögen (zum Zeitpunkt der Erstellung, während des stationären Aufenthaltes und 15 Monate danach) wurde entdeckt, dass die Zufriedenheit mit dem Instrument im Lauf der Zeit abnimmt (Henderson et al. 2009).

2.2.3.5 Inhalte von Vorausverfügungen

Srebnik et al. erwähnen in einem Paper von 2005, dass es allgemein nur wenige Studien zum Inhalt von Vorausverfügungen gibt (Srebnik et al. 2005) und auch 2015 bemängelt eine Studie aus Indien dies noch (Pathare et al. 2015).

Studien, die etwas über den Inhalt von *PADs* aufzeigen, finden sich beispielsweise bei Amering et al. und bei Backlar et al. (vgl. Amering et al. 2005; Backlar et al. 2001). Zu *PADs* in Indien forschen Kumar et al. und Pathare et al. (vgl. Kumar et al. 2013; Pathare et al. 2015). Geller zeigt, dass Präferenzen der Maßnahmen interindividuell sehr verschieden sein können und beschreibt, dass sog. Hierarchien („*restrictiveness hierarchy*“, Geller 2000, S. 11) festgelegt werden, also Rangfolgen von Zwangsmaßnahmen für Krisensituationen (ebd.).

Generell ist bekannt, dass PADs Angaben zu den Bereichen bevorzugte Medikation, EKT, Zwangsmaßnahmen, Kliniken, Alternativen zur stationären Aufnahme, Kontaktpersonen und Zustimmung zu Einsicht von Behandlungsunterlagen enthalten können (vgl. etwa Srebnik & Brodoff 2003) – die Forschung stammt überwiegend aus den USA. In Deutschland werden als inhaltliche Bereiche psychiatrischer Vorausplanungen „*grundsätzliche Therapieablehnung z. B. mit Neuroleptika, ‚Elektroschocks‘, Beschäftigungstherapie, konkrete Therapieablehnung mit hochpotenten Neuroleptika, konkrete Therapieablehnung mit bestimmten (sonstigen) Psychopharmaka, Festlegung einer Maximaldosis, Festlegung einer maximalen Behandlungsdauer, Festlegung eines Neuroleptika-freien Therapieintervalls, Therapiezustimmung unter Bedingungen (z. B. Verlegung auf eine offene Station), Therapiezustimmung in konkreten Situationen (z. B. akute Suizidalität)*“ durch Vollmann genannt (Vollmann 2012, S. 26).²⁰ Auch in Neuseeland identifizierte eine Studie zu den Inhalten von PADs die Bereiche: Alternativen zur Hospitalisierung, Deeskalationsmethoden und Medikation (Thom et al. 2015) – darüber hinaus aber auch noch den Bereich der Präferenzen für kulturelle Unterstützung („*cultural support*“, ebd., S. 554).

Zu den Inhalten verschiedener Vorausverfügungen ist außerdem bekannt, dass die Angaben in PADs mit den Behandlungsstandards übereinstimmen²¹ und genutzt werden, um Frühsymptome zu beschreiben sowie Angaben zur Behandlung und zur Klinik festzuhalten – und nicht, um jegliche Behandlung abzulehnen (Review von Maitre et al. 2013; Srebnik & Russo 2007).

Auch eine Studie aus England erwähnt, dass klinisch vernünftige Entscheidungen getroffen werden, weniger als die Hälfte der Verfasser Ablehnungen festlegt und die Verfasser üblicherweise, falls bestimmte Maßnahmen abgelehnt werden, Alternativen aufführen (Farrelly et al. 2014). Diese Studie macht Aussagen zu Inhalten von JCP und überprüfte, ob durch JCP realisierbare Krisenpläne entwickelt werden. Dabei wurde festgestellt, dass inhaltlich zum einen spezifische Behandlungsinterventionen festgelegt, zum anderen aber auch Wünsche an den Umgang festgehalten wurden (ebd.).

Benennung von Stellvertretern

Das soziale Umfeld ist oft von der psychischen Krise des Patienten mitbetroffen, es spielt häufig eine Rolle als Stellvertreter, Bevollmächtigte oder Kontaktperson (Varekamp 2004). Falls keine Verfügung vorhanden ist, ist es üblich, dass zuerst der Ehepartner kontaktiert wird, dann – in dieser Reihenfolge – erwachsene Kinder, Eltern, Geschwister und andere Verwandte (ABA 2007).

Studien aus verschiedenen Ländern zeigen, dass in den meisten psychiatrischen Vorausplanungen Stellvertreter benannt werden. So gaben z. B. in einer Studie in Indien 84% der Verfasser einer PAD an, eine Person benennen zu wollen, die stellvertretend für sie entscheide (Pathare et al. 2015). Von dieser Gruppe legten wiederum 82,6% ein nahes Familienmitglied als Repräsentanten fest (ebd.). Auch in den USA legte eine Mehrheit von 73% der Verfasser einer PAD im Rahmen einer Studie einen Stellvertreter fest, wovon abermals 86% einen nahen Angehörigen dafür auswählten

²⁰ Datenerhebung: Internetrecherche durch Vollmann (vgl. Vollmann 2012).

²¹ Bezüglich medizinischer Anweisungen, Interventionen/Deeskalationsmaßnahmen, Alternativen zur Hospitalisierung sowie nicht-medizinische Versorgung/Fürsorge.

(Backlar et al. 2001).²² Ebenso wird unter Nutzern von JCPs in England das Bedürfnis nach Unterstützung durch eine Vertrauensperson beschrieben (Farrelly et al. 2014). Dort wird allerdings erwähnt, dass diese Rolle nicht zwangsläufig ein Familienmitglied übernehmen sollte (ebd.).

2.2.4 Zwangsmaßnahmen

In der Psychiatrie kann es zu Krisensituationen kommen, in denen die Behandler Maßnahmen ergreifen müssen, um drohenden, erheblichen gesundheitlichen Schaden für Patienten und Dritte abzuwenden. Da neben der Eigengefährdung auch eine Fremdgefährdung bestehen kann, kommt den behandelnden Ärzten in diesen Situationen eine Art „Doppelmandat“ zu (ZEKO 2013, S. 1337). Dieses besteht in der Aufgabe, nicht nur einen dem Patienten drohenden Schaden abzuwenden, sondern auch Dritte vor durch den Patienten verursachtem Schaden zu schützen.

Wenn ein einwilligungsunfähiger Patient die erforderlichen Maßnahmen ablehnt und sie somit entgegen dem aktuell geäußerten Patientenwillen angewendet werden (müssen), spricht man von Zwangsmaßnahmen. Grundsätzlich können freiheitsentziehende Maßnahmen von Zwangsbehandlungen unterschieden werden.

Zwangsmaßnahmen werden unter anderem dadurch gerechtfertigt, dass die Patienten selbst und/oder Dritte geschützt werden müssen, dass längerfristig die Autonomie des Patienten durch eine Behandlung wiederhergestellt wird oder dadurch, dass der Patient einwilligen würde, wenn er nicht durch seine Krankheit beeinträchtigt wäre (vgl. DRZE, <http://www.drze.de/im-blickpunkt/patientenverfuegungen/module/patientenautonomie-in-der-psychiatrie>; Geller 2012). In einer Studie mit Daten aus England, in der Patienten befragt wurden, die eine Zwangsbehandlung erlebt hatten, erklärten 68% der Teilnehmer, dass sie ein Risiko für sich selbst oder andere dargestellt haben könnten (Valenti et al. 2014).

Mit einwilligungsunfähigen Patienten umzugehen, die sich in psychiatrischen Krisensituationen nicht behandeln lassen wollen, kann für die Behandler schwierig sein. Kontroversen kommen zu Stande, wenn die Werte und Bedürfnisse des Patienten – wie Freiheit, Sicherheit und Respekt („*freedom, safety and respect*“, Valenti et al. 2014, S. 835) – mit denen der Behandler in Konflikt geraten, die wiederum als Wert und Ziel haben, durch die Behandlung das Leben und die Gesundheit des Patienten sowie die Interessen von Dritten zu schützen (ebd.).

²² Von Verfassern von PADs in den USA werden in einer anderen Studie als zu benachrichtigte Personen am häufigsten die Eltern angegeben (Srebnik et al. 2005). Aber auch als Personen, die nicht zu Besuch kommen sollen, werden hauptsächlich Verwandte ersten Grades, Freunde und Ehegatten genannt (ebd.). Als Personen die bezüglich finanzieller und sozialer Aufgaben zu informieren sind, werden hauptsächlich Fallmanager angeführt und als Stellvertreter werden hauptsächlich Freunde genannt (ebd.).

Zwangsmaßnahmen werden von den Betroffenen häufig als ungerechtfertigte, traumatisierende und inhumane Erfahrung erlebt (Katsakou et al. 2012; Newton-Howes & Mullen 2011; Priebe et al. 2009; ZEKO 2013) und auch für die Behandler, die sie anwenden, können sie belastend und mit Konflikten verbunden sein (Steinert, Gebhardt & Lepping 2001). Die Handhabung dieser Situationen ist nicht nur auf ethischer, sondern auch auf rechtlicher Ebene herausfordernd, zumal die gesetzlichen Regelungen zur Anwendung von ärztlichen Zwangsmaßnahmen in den letzten Jahren wiederholt neu gefasst werden mussten.

In einer Studie aus England gaben 92% der Patienten, die eine Zwangsbehandlung erlebt hatten, an, dass sie sich nicht in die Behandlungsentscheidung einbezogen fühlten und darüber hinaus das Gefühl hatten, dass ihre Rechte verletzt wurden und 56% beklagten einen Mangel an Information über die unfreiwillige Hospitalisierung und Behandlung (Valenti et al. 2014).

Grundrechte

In Bezug auf Zwangsmaßnahmen relevant sind die Grundrechte auf die freie Entfaltung der Persönlichkeit (in Art. 2 Abs. 1 GG) und auf Leben, körperliche Unversehrtheit und Freiheit der Person (in Art. 2 Abs. 2 GG). Das Recht auf die freie Entfaltung der Persönlichkeit besitzt Relevanz in Bezug auf Zwangs-Unterbringungen, da die Einweisung eines Patienten gegen seinen eigenen erklärten Willen, dieses Recht beschneidet. Das Recht auf Leben und körperliche Unversehrtheit ist relevant im Zusammenhang mit einer Zwangsbehandlung. Die Durchführung einer medizinischen Behandlung ohne Einwilligung des Patienten beschneidet dieses Recht.

Freiheitsentziehende Maßnahmen

Unterschieden werden verschiedene freiheitsentziehende Maßnahmen. Zum einen ist die Unterbringung in einer geschlossenen Einrichtung eine freiheitsentziehende Maßnahme, wenn sie gegen den Willen der Person erfolgt: *„Freiheitsentziehung ist die Unterbringung einer Person in einer geschlossenen Einrichtung gegen ihren Willen. [...] Keine Freiheitsentziehung liegt daher vor, wenn der Betroffene mit der Unterbringung einverstanden ist“* (Götz 2018, § 1906 BGB, Rdn. 6). Zum anderen stellen auch Fixierungen und Isolationsmaßnahmen freiheitsentziehende Maßnahmen dar. Gerechtfertigt werden freiheitsentziehende Maßnahmen mit dem Schutz des Patienten und zum Schutze Dritter.

Zwangsbehandlung

Grundsätzlich stellt rechtlich gesehen jede ärztliche Maßnahme einen Eingriff in das Grundrecht auf körperliche Unversehrtheit (in Art. 2 Abs. 2 GG) des Patienten und somit eine Körperverletzung dar (ständige Rechtsprechung, vgl. BVerfG 2011, Rdn. 44). Daher bedarf jeder ärztliche Eingriff, der ja einen potentiellen Schaden für den Patienten bedeuten kann, dessen Einwilligung, um gerechtfertigt zu werden (vgl. hierzu auch § 228 StGB und § 630 d BGB). Dabei muss auch der Grundsatz der Verhältnismäßigkeit berücksichtigt werden: Eine Zwangsbehandlung stellt eine massive Verletzung der Grundrechte des Betroffenen dar, der vom Patient nicht zugestimmt wird – weshalb sie auch einer starken Rechtfertigung bedarf.

Gleichfalls hat das Bundesverfassungsgericht ausgeführt: *„Drohen dem in seine Krankheit nicht einsichtsfähigen Betreuten schwerwiegende Gesundheitsbeeinträchtigungen und führt die Abwägung seiner Heilungschancen mit seinen Belastungen durch die ärztlichen Maßnahmen zu einem eindeutigen Ergebnis, so überwindet die Schutzpflicht des Staates die entgegenstehenden Freiheitsrechte. Hier obliegt es dem Staat, die Möglichkeit einer medizinischen Behandlung auch gegen den natürlichen Willen der Betreuten zu eröffnen. Dabei müssen strenge materielle und verfahrensrechtliche Anforderungen an eine solche Zwangsbehandlung die möglichst weitgehende Berücksichtigung der betroffenen Freiheitsrechte sicherstellen“* (BVerfG 2016, Rdn. 78).

Zwangsmaßnahmen im BGB

Zu Zwangsmaßnahmen erfolgte eine Neuregelung durch das *„Gesetz zur Änderung der materiellen Zulässigkeitsvoraussetzungen von ärztlichen Zwangsmaßnahmen und zur Stärkung des Selbstbestimmungsrechts von Betreuten, Art. 1 vom 17.07.2017 (BGBl I S. 2426)“*, das am 22.07.2017 in Kraft trat.²³ Das Gesetz wurde in Folge des Beschlusses des Bundesverfassungsgerichts geändert (BVerfG 2016; zur Gesetzesentwicklung vgl. Bundestagsdrucksache 18/11240, 2017).

Ärztliche Zwangsmaßnahmen werden nun in einer eigenen Vorschrift – dem § 1906 a BGB – geregelt und von den Regeln der freiheitsentziehenden Unterbringung in § 1906 BGB „entkoppelt“ (Gesetzesbegründung, Bundestagsdrucksache 18/11240, 2017, S. 15), für den ambulanten Bereich sind sie weiterhin ausgeschlossen (ebd.).

Stationäre ärztliche Zwangsmaßnahmen können nun auch außerhalb einer freiheitsentziehenden Unterbringung erfolgen – dabei sind bestimmte Voraussetzungen zu beachten, die dazu dienen sollen, *„dass ärztliche Zwangsmaßnahmen entsprechend dem Ultima-Ratio-Gedanken auf das unvermeidbare Mindestmaß reduziert werden“* (Gesetzesbegründung, Bundestagsdrucksache 18/11240, 2017, S. 20).

Grundsätzlich sind Zwangsbehandlungen nur zulässig, wenn krankheitsbedingt eine Aufhebung der Entscheidungsfähigkeit vorliegt und wenn der Versuch, Zustimmung zu einer Maßnahme zu erreichen erfolglos, die Abwendung eines drohenden erheblichen gesundheitlichen Schadens geboten und die Maßnahme zumutbar ist und es außerdem keine Alternativen gibt, ferner muss – wie jetzt ausdrücklich gesetzlich geregelt – *„die ärztliche Zwangsmaßnahme dem nach § 1901 a zu beachtenden Willen entsprechen“* (§ 1906 a Abs. 1 Nr. 3 BGB), also der *„Patientenverfügung, [dem] Behandlungswunsch oder [dem] mutmaßlichen Willen“* (Götz 2018, § 1906 a BGB, Rdn. 4).²⁴

²³ Wird im Folgenden von Gesetzesbegründung gesprochen, wird auf dieses Gesetz Bezug genommen.

²⁴ Nach § 1906 Abs. 1 BGB ist *„eine Unterbringung des Betreuten durch den Betreuer, die mit Freiheitsentziehung verbunden ist, [nur zulässig], solange sie zum Wohl des Betreuten erforderlich ist, weil 1. auf Grund einer psychischen Krankheit oder geistigen oder seelischen Behinderung des Betreuten die Gefahr besteht, dass er sich selbst tötet oder erheblichen gesundheitlichen Schaden zufügt, oder 2. zur Abwendung eines drohenden erheblichen gesundheitlichen Schadens eine Untersuchung des Gesundheitszustands, eine Heilbehandlung oder ein ärztlicher Eingriff notwendig ist, die Maßnahme ohne die Unterbringung des Betreuten nicht durchgeführt werden kann und der Betreute auf Grund einer psychischen Krankheit oder geistigen oder seelischen Behinderung die Notwendigkeit der Unterbringung nicht erkennen oder nicht nach dieser Einsicht handeln kann“*.

Öffentliches Recht

„Neben der in § 1906 BGB geregelten, privatrechtlichen Unterbringung gibt es die öffentlich-rechtliche Unterbringung, deren Voraussetzungen die landesrechtlichen Psych-KG / UnterbringungsG [Psychisch-Kranken-Gesetze / Unterbringungsgesetze, Anm. d. Verf.] regeln“ (Götz 2018, § 1906 BGB, Rdn. 2). Diese rechtfertigen eine Unterbringung im Sinne einer Freiheitsentziehung auch mit dem Drittschutz.

Ethische Überlegungen zum Drittschutz

Unter dem Prinzip der Gerechtigkeit ist zu diskutieren, wie die Gleichbehandlung psychiatrischer Patienten und Ansprüche Dritter gewahrt werden können. Fragen der Fremdgefährdung durch den Patienten (der Allgemeinheit, aber auch von Angehörigen und Behandlern sowie anderen Patienten), aber auch Gefahren für die Behandler durch die Anwendung von Zwangsmaßnahmen (z. B. eine mögliche Traumatisierung des medizinischen Personals) sind in diesem Zusammenhang relevant. Des Weiteren spielt der Aspekt der gesamtgesellschaftlichen Gerechtigkeit, in Bezug auf Verteilung von zur Verfügung zu stellenden Ressourcen, eine Rolle.

2.2.5 Unterschiede zur Vorausplanung am Lebensende

Psychiatrische Patientenverfügungen sind zwar an Patientenverfügungen für das Lebensende angelehnt, aber sie unterscheiden sich inhaltlich grundlegend. Patientenverfügungen für das Lebensende beziehen sich vor allem auf Situationen, in denen der Tod des Patienten nicht länger herausgezögert werden soll – demgegenüber enthalten psychiatrische Vorausplanungen Angaben zum Umgang mit Patienten, die wiederholte Episoden ihrer Erkrankung erleben und nach der Krise mit den Entscheidungen weiterleben. Dabei zielt die psychiatrische Vorausplanung grundsätzlich darauf ab, Schaden abzuwenden und die für den einzelnen Patienten subjektiv beste Behandlung zu gewährleisten.

Die Verfasser psychiatrischer Patientenverfügungen haben in der Regel bereits Erfahrungen mit den Situationen, für die sie Festlegungen machen (vgl. Backlar 1997; Backlar et al. 2001; Lefley 1996). Die Präferenzen, die in psychiatrischen Patientenverfügungen spezifiziert werden, könnten dadurch in der Tat verlässlicher sein, da sie mit hoher Wahrscheinlichkeit auf vorausgegangenen Erfahrungen beruhen (vgl. Srebnik et al. 2005). Mit den Situationen, die in den Patientenverfügungen für das Lebensende antizipiert werden, konnten deren Verfasser dagegen in aller Regel selbst noch keine Erfahrungen machen, was nahelegt, dass sie schwerer vorstellbar sind. Daher könnten sie auch eher einem Wandel in der Beurteilung – durch sich ändernde Präferenzen – unterliegen. Ziel einer Vorausplanung im psychiatrischen Bereich ist nicht nur, dem Patienten mehr Einfluss auf Behandlungsentscheidungen zu geben, sondern auch, Zwangsbehandlungen zu reduzieren (vgl. Henderson et al. 2008), die traumatisierend für die Betroffenen sein können (Katsakou et al. 2012; Newton-Howes & Mullen 2011; Priebe et al. 2009; ZEKO 2013).

Wie Jox anmerkt, gehe es bei den PV am Lebensende häufig eher um eine Änderung des Therapiezieles, als um bestimmte medizinische Maßnahmen (Jox 2011). Dies könnte evtl. einen weiteren Unterschied zu PPV darstellen.

2.2.6 Problemfelder im Umgang mit psychiatrischen Vorausverfügungen

Die ethische Verpflichtung, jeden Patienten bestmöglich zu behandeln und ihm nicht zu schaden, kann den Arzt, im Umgang mit Vorausverfügungen in Krisensituationen, vor Herausforderungen stellen. Im Folgenden werden einige Problemfelder aufgezeigt.

2.2.6.1 Rechtfertigung einer Abweichung vom vorausverfügten Willen

Das Instrument der Vorausverfügung, das helfen soll, die genannten Fragen zu klären, eröffnet neue Problemfelder, wie die der Verfügbarkeit und der Gültigkeit (vgl. Backlar et al. 2001; Geller 2000; Srebnik & Brodoff 2003; Sutherby et al. 1999).

Außerdem können sich Diskrepanzen ergeben, zwischen dem vorausverfügten Willen eines Patienten und den Äußerungen, die der Patient in einem nichteinwilligungsfähigen Zustand macht (vgl. Vollmann 2012). Ethisch gesehen können sich Konflikte zwischen dem Prinzip des Respektes vor der Autonomie des Patienten und dem Fürsorge-Prinzip ergeben. Auch problematisch kann es sein, wenn das angenommene „objektive“ Wohl im Widerspruch zu dem steht, was der Patient subjektiv als Wohl empfindet. In Zusammenhang mit Eigen- und Fremdgefährdung und der Anwendung von Zwang ergeben sich weitere Probleme, wie ein sich in der Akutsituation evtl. massiv wehrender Patient.

Da eine Abweichung vom vorausverfügten Willen des Patienten eine Verletzung des Autonomie-Prinzips darstellt, muss dafür eine starke Rechtfertigung vorliegen. Eine Frage in diesem Zusammenhang ist, ob der Arzt dem Patienten schadet, wenn er die Patientenverfügung (nicht) befolgt? Unter dem Schadensaspekt kann es einen objektiven Schaden darstellen, wenn der Patient subjektiv geschädigt wird. Eine Verletzung des Autonomie-Prinzips durch Nichterfüllung des Patientenwillens, stellt aber per se keine Verletzung des Fürsorge-Prinzips im Sinne der Prinzipienethik dar.

Werden die Angaben, die der Patient macht, um die unter Berücksichtigung seiner Wertevorstellungen beste Therapie zu erhalten, nicht befolgt, ließe sich das aber ggf. so einordnen, dass der Arzt der Wohltuns-Verpflichtung nicht nachkommt. Umgekehrt stellt sich die Frage, wie mit Wünschen des Patienten umzugehen ist, die vom Arzt als Verstoß seiner Fürsorge-Pflicht betrachtet werden.

Ein Verstoß gegen das Prinzip, die Autonomie des Patienten zu achten, kann sowohl durch die Anwendung von Zwangsmaßnahmen, als auch durch das Nichtachten der in der Verfügung festgehaltenen Behandlungsentscheidungen des Patienten geschehen (in Bezug auf die im Voraus gegebene Einwilligung oder Ablehnung bestimmter medizinischer Maßnahmen).

Probleme im Umgang mit Vorausverfügungen bestehen, wenn der vorausverfügte Wille dem aktuellen Willen widerspricht. Diskutiert wird vor allem, ob eine Änderung oder der Widerruf der Vorausverfügung die Einwilligungsfähigkeit des Patienten voraussetzt (in Bezug auf den *Ulysses-Kontrakt*: ob Einwilligungsunfähigkeit bestehen muss, um die Entscheidungen nicht widerrufen zu können).

2.2.6.2 Hürden bei der Umsetzung von Vorausplanung

Zusammenfassend werden in der Literatur folgende Hürden bei der Umsetzung von Vorausplanungen beschrieben: Mangel an ausreichender Information, Nachweis der Entscheidungsfähigkeit, Finden eines geeigneten Stellvertreters, Zweifel an der Umsetzbarkeit, organisatorische Probleme und Einstellungen der Behandler.

Herausforderungen bei der Erstellung und Umsetzung von *Shared Decision-Making* im medizinischen Bereich werden von Henderson et al. beschrieben (Henderson et al. 2015). Als Hürden von *Shared Decision-Making* in der Psychiatrie nennen Quirk et al., dass Psychiater in einigen Fällen Druck auf Patienten ausüben, Medikamenten zuzustimmen (Quirk et al. 2012) und Breitsameter kritisiert, dass Patienten nicht ausreichend informiert werden, um Entscheidungen zu treffen (Breitsameter 2010).

Aus der Literatur sind als Hürden der Umsetzung einer Vorausplanung zum einen Schwierigkeiten bekannt, die Einwilligungsfähigkeit bescheinigen zu lassen und einen Stellvertreter zu finden, zum anderen Zweifel an der Umsetzung von Seiten der Patienten sowie weitere Zweifel von Seiten der Behandler – zudem kann ein Mangel an Ressourcen eine weitere Hürde darstellen (Henderson et al. 2008). In einigen Studien äußern Behandler, was ihrer Meinung nach Hürden sind, in anderen Studien wird die Ansicht der Behandler selbst als Hürde identifiziert. Auch die praktische Umsetzbarkeit kann ein Problem darstellen (beispielsweise die Verfügbarkeit der Verfügung).

Eine Studie, die gefunden hat, dass *advance directives* keinen Effekt haben, benennt als Gründe u. a. mangelhaftes Bewusstsein über das Vorhandensein der AD und einen evtl. ungünstig gewählten Zeitpunkt des Erstellens (Papageorgiou et al. 2002). Zum Zeitpunkt der Entlassung (wenn die AD erstellt wird) bestehe eine Einschränkung der Fähigkeit, die eigene Erkrankung ausreichend zu reflektieren und nach 12 Monaten könnten sich mehrere Patienten nicht mehr an die AD erinnern (ebd.).

Mögliche Schwierigkeiten im Zusammenhang mit der Vorausplanung mittels Vorausverfügungen bestehen auch darin, wie ein *informed consent* sichergestellt und Zweifeln an der Einwilligungsfähigkeit zum Zeitpunkt des Verfassens begegnet werden kann. Die Frage nach der Gültigkeit der in der Vorausverfügung festgehaltenen Behandlungswünsche, ergibt sich unter anderem dadurch, dass der Arzt nicht in jedem Fall weiß, ob die Einwilligungsfähigkeit des Patienten zum Zeitpunkt des Verfassens der Patientenverfügung, gegeben war. Ein weiteres Problem neben der Sicherstellung der Einwilligungsfähigkeit, ist die Sicherstellung einer *informierten* Einwilligung. Dass die wesentlichen Voraussetzungen eines *informed consent* eingehalten werden, ist nicht immer sichergestellt – eine Beratung ist nicht verpflichtend. Marckmann kritisiert, dass „wesentliche Voraussetzungen des *informed consent* [...] bei konventionellen Patientenverfügungen nicht erfüllt“ seien – wie etwa die Sicherstellung der Freiwilligkeit, Aufklärung und die Umsetzung – und daher „keine ausreichende Achtung der Patientenautonomie“ bestehe (Marckmann 2013, Nr. 9).

2.2.6.3 Perspektive der Behandler

Verschiedene Studien weisen darauf hin, dass die Bereitschaft der Behandler, sich im Prozess der Vorausplanung zu engagieren, eine entscheidende Komponente des Erfolges dieser Intervention sei und dass das mangelnde Engagement der Behandler eine Hürde bei der Implementation darstellen könne (Farrelly et al. 2016; Thornicroft et al. 2013). Auch beim Blick auf Hürden bei der Umsetzung von *Advance Directives* werden eventuelle Widerstände auf Seiten der Behandler, als eine mögliche Ursache für den mangelnden Effekt von *ADs*, aufgeführt (Papageorgiou et al. 2002).

Es werden positive Ansichten zur *JCP*-Intervention unter Nutzern und Behandlern beschrieben (Henderson et al. 2009), aber auch, dass unter Behandlern in der Psychiatrie Ängste herrschen, dass die Dokumente nicht sinnvoll eingesetzt werden (z. B. um alle Behandlungsmaßnahmen abzulehnen und die Behandler in ein Dilemma zu bringen). Ein Review kommt zu dem Ergebnis, dass es gemischte Ansichten unter den Behandlern gibt – einige Behandler seien besorgt, dass Verwandte beziehungsweise Partner Druck auf die Patienten ausüben, bestimmte Behandlungsentscheidungen festzuhalten (Maitre et al. 2013). Eine weitere Studie aus England zeigt, dass die Sorgen über unkluge Entscheidungen der Nutzer (z. B. entgegen den Leitlinien der guten klinischen Praxis oder die Ablehnung jeglicher Behandlung) unbegründet sind (Farrelly et al. 2014).

Es existieren Studien, die sich mit der Perspektive der Behandler und deren Einschätzung von Vorausverfügungen beschäftigen:

- Welche Hürden die Behandler in den USA bei der Umsetzung von *PADs* sehen, untersuchten unter anderen Srebnik und Brodoff (Srebnik & Brodoff 2003). Dort finden sich auch Zukunftsvorstellungen von Anbietern der psychiatrischen Gesundheitsversorgung (*Service Providern*) von *PADs*. In dieser Studie wurde untersucht, welche Hürden die Behandler bei der Umsetzung sehen, im Rahmen einer Implementierung von *PADs* in den USA.
- Hürden und Ängste der Behandler in Indien beschreiben beispielsweise Kala und Sarin et al. (Kala 2013; Sarin, Murthy & Chatterjee 2012).
- Auch Nicaise et al. nennen Hürden aus Sicht der Behandler (Nicaise et al. 2015).
- Die Sicht der Behandler auf Hürden beschreiben beispielsweise auch Van Dorn et al. (Van Dorn et al. 2006).

Gründe mangelnden Engagements der Behandler

Als Gründe für das mangelnde Engagement der Behandler, werden Sorgen über unangemessene Entscheidungen der Verfasser genannt und eine bürokratische beziehungsweise administrative und damit zeitliche Mehrbelastung, bei gleichzeitig begrenztem klinischem Nutzen (Farrelly et al. 2016; Papageorgiou et al. 2002; Thornicroft et al. 2013), außerdem mangelndes Bewusstsein (Farrelly et al. 2016; Thornicroft et al. 2013) oder Nichtbeachtung von Patientenwünschen (Papageorgiou et al. 2002) und Schwierigkeiten den Kommunikationsstil in der Arzt-Patienten-Beziehung zu ändern (Farrelly et al. 2016; Thornicroft et al. 2013). Behandler befürchten, dass unangemessene Entscheidungen der Nutzer sie in einen Konflikt, bezüglich der Wahrung ihrer Fürsorgepflicht, bringen könnten (Farrelly et al. 2016).

2.2.6.4 Verbreitung von psychiatrischen Vorausplanungen

Eine Studie, die die Verbreitung von Behandlungsvereinbarungen in Deutschland untersuchte, kam zu dem Ergebnis, dass zwar in einigen Kliniken diese Form der Vorausplanung angeboten wird, sie aber nur selten auch genutzt wird (Borbé et al. 2012). Behandlungsvereinbarungen und andere Vorausverfügungen werden in der Psychiatrie, wie es scheint, tendenziell eher selten eingesetzt, obwohl ihnen von Betroffenen „ein wichtiger Stellenwert“ zugeschrieben wird (Kühlmeyer & Borbé 2015, S. 336; vgl. hierzu auch Radenbach et al. 2014; Swanson et al. 2006 A).

Eine Studie aus den USA, zum Nutzen und Gebrauch von Patientenverfügungen für die psychiatrische Behandlung, kommt zu dem Ergebnis, dass nur 10% der Patienten aussagekräftige „*health care proxys*“ hatten und weitere Studien benötigt werden, um sagen zu können, ob sie hilfreich seien (Geller 2000). In einer weiteren Studie aus den USA wurde erhoben, dass nur 4-13% der ambulant betreuten psychiatrischen Patienten eine *PAD* hatten (Swanson et al. 2006 A). Srebnik und Russo stellen dar, dass während einer psychiatrischen Krisensituation nur auf 20% der *PADs* zugegriffen wurde (Srebnik & Russo 2008). Viele Behandler würden mit der Umsetzung kämpfen und daran scheitern: nur 5 von 28 „Behandlungskoordinatoren“ bezogen sich in der Praxis auf einen erstellten *JCP* bzw. benutzen ihn (Thorncroft et al. 2013). Auch eine Analyse von 2015 zeigte eine bisher noch geringe Umsetzungsrate psychiatrischer Patientenverfügungen, obwohl sich weitgehend Vorteile von diesem Instrument versprochen würden (Nicaise et al. 2015).

Gründe für die vergleichsweise geringe Verbreitung und Anwendung von Patientenverfügungen im psychiatrischen Bereich werden – neben ihrem Nutzen und rechtlichem Status – in vielen Ländern diskutiert (z. B. in Neuseeland von Thom et al. 2015 und in den USA von Swanson et al. 2006 A).

Unter dem Aspekt der allgemein geringen Verbreitung von psychiatrischen Vorausverfügungen, finden sich in der Literatur Hinweise darauf, dass das Verfassen einer Vorausverfügung für den psychiatrischen Bereich umfangreich und komplex sei, was abschreckend auf potentielle Verfasser wirken könnte („*A few participants were concerned that the length and complexity of PADs might preclude some consumers from completing them*“, Srebnik & Brodoff 2003, S. 260). So gaben auch 66-77% der ambulanten psychiatrischen Patienten in den USA an, sie würden eine *PAD* ausfüllen, wenn sie dabei Unterstützung erhalten würden (Swanson et al. 2006 A). „Unzureichend[e] Beratungsangebote und fehlend[e] Fachkompetenz“ (Vollmann 2012, S. 26) könnten auch ein Grund für die geringe Verbreitung in Deutschland sein. Als weiterer Grund für das Nichtverfassen einer psychiatrischen Vorausverfügung, findet sich in einer Studie aus den USA die Angabe, dass eine *PAD* als nicht notwendig betrachtet wurde – entweder weil das Behandlungsteam als fähig erachtet wurde, auch ohne eine *PAD* gut für die Patienten zu sorgen oder weil darauf vertraut wurde, nicht mehr krank zu werden (Backlar et al. 2001).

2.2.7 Advance Care Planning (ACP) und Behandlung im Voraus planen (BVP) als Modelle der Vorausplanung

Im Kontext der Anwendung von (psychiatrischen) Patientenverfügungen beziehungsweise *Advance Directives* werden mehrere Probleme beschrieben (vgl. in der Schmitt 2013). Sie seien beispielsweise häufig in der Krisensituation nicht verfügbar (Morrison et al. 1995) oder ihre Gültigkeit sei anzweifelbar (Brett, 1991; Sommer et al. 2012). Auch das Problem, dass sie durch die Behandler nicht anerkannt würden, wird beschrieben (vgl. Evans et al. 2012; Sommer et al. 2012).

Es ist bekannt, dass Patientenverfügungen für das Lebensende im Rahmen eines Programmes zur strukturierten Vorsorgeplanung eingesetzt werden müssen, um wirksam und wie vorausgesehen zum Einsatz zu kommen (Jox 2011; Marckmann & in der Schmitt 2013; Prendergast 2001). *Advance Care Planning (ACP)* ist ein Programm zur Vorausplanung medizinischer Behandlungen, das sich seit den 1990ern entwickelt und bewährt hat (Coors, Jox & in der Schmitt 2015). Es dient zur Unterstützung und Begleitung potentieller Patienten und soll sicherstellen, dass deren Wünsche gewahrt und Ansichten respektiert werden. Die Kernidee von *ACP* sei es, den Patienten zu ermöglichen, dass sie auch im Falle beeinträchtigter Entscheidungsfähigkeit, ihre zukünftige medizinische Versorgung beeinflussen könnten (Jox 2017, S. 165). *ACP* wird als ein leicht verständliches und Kommunikationsbasiertes Modell beschrieben, das seit 2010 immer bekannter werde (Jox 2017, unter Verweis auf in der Schmitt et al. 2014 sowie Korfage et al. 2015).

Das Programm sieht ein aufsuchendes Beratungsangebot für potentiellen Patienten und Hilfe bei der Erstellung von Patientenverfügungen und Vorsorgevollmachten vor (vgl. Marckmann 2013). Die Beratung erfolgt im Sinne eines *informed-consent*-Prozesses (ebd.). Im Rahmen von *ACP* füllt der Patient sein Dokument nicht alleine aus, sondern erstellt es in Zusammenarbeit mit mehreren Beteiligten (vgl. Jox 2017). Die Hilfestellung kommt dabei von geschultem Personal, das die gleichrangige Kommunikation zwischen Patienten und Behandlern sowie Angehörigen und Vertrauenspersonen über das ganze Leben hinweg fördern und den potentiellen Patienten Informationen zur Verfügung stellen sollte, wobei auch regelmäßige Gespräche und Aktualisierungen vorgesehen sind (Jox 2011; Tamayo-Velazquez et al. 2010).

Ein wichtiger Zusatzaspekt von *ACP* – im Vergleich zu einer einseitig verfassten *AD* – sei, dass auch auf der Seite der an der Umsetzung beteiligter Personen, Prozesse stattfinden, die ermöglichen und sicherstellen sollen, dass die Entscheidungen des potentiellen Patienten auch umgesetzt werden (Hammes 2003; Jox 2017 S. 169): Mitarbeiter und Institutionen werden im Umgang mit Vorausplanungen geschult, was maßgeblich für eine erfolgreiche Umsetzung sei (ebd., S. 171). Die Behandlungswünsche werden auf standardisierten Formularen dokumentiert, inklusive der Benennung eines Stellvertreters und der Erstellung eines Notfallplans (ebd.). Es soll zudem gewährleistet werden, dass die Verfügung bei Bedarf schnell zum Einsatz kommen kann, weshalb auch Kliniken und relevante Stellen vor Ort einbezogen und geschult werden (ebd.).

Zwar gibt es keine „offizielle Definition“ von *ACP*, hervorzuheben sei aber, dass *ACP* ein Prozess – und zwar „ein Kommunikationsprozess“ sei („a process of communication“, Jox 2017, S. 166), bei dem es darum gehe, die Werte und Ziele des potentiellen Patienten zu verstehen sowie zukünftige Behandlungsentscheidungen gemeinsam zu erörtern und schriftlich vor auszuplanen (ebd., unter Verweis auf Institute of Medicine 2015, S. 122).

Jox schlägt die folgende Kerndefinition vor: „*Advance Care Planning (ACP) is a structured communication process between an individual, his family, his health care agent (if existing), and facilitating healthcare professionals that consist of identifying personal values of the individual, reflecting on meanings and consequences of anticipated illness scenarios, defining goals and preferences of care for these situations, issuing appropriate documents and legal instruments that will help direct future healthcare decisions, and reviewing these steps at adequate intervals*“ (Jox 2017, S. 167).

Wie Jox erläutert, wird *ACP* durch die Prinzipienethik von Beauchamp und Childress gerechtfertigt (Jox 2017; Beauchamp & Childress 2013): Die Patientenautonomie würde im Rahmen des *ACP*-Programmes dadurch gefördert, dass Behandlungsmaßnahmen abgelehnt werden können, aber auch dadurch, dass der Patient informiert und unterstützt werde (ebd., S. 171) und dadurch, dass durch das bereitgestellte System ermöglicht werde, dass die Festlegungen des Patienten auch wirklich praktische Auswirkungen hätten (ebd., S. 172). Auch das Prinzip des Nichtschadens und Wohltuns sei durch *ACP* insofern abgedeckt, dass Behandlungen vermieden würden, die dem Patienten mehr schaden als nützen (ebd.). Außerdem würden durch *ACP* wichtige Werte der *care-ethics* befördert (ebd., S. 173).

Behandlung im Voraus planen (BVP)

Das in den USA entwickelte Konzept des *ACPs* etabliert sich, in Form seiner deutschen Entsprechung *Behandlung im Voraus planen (BVP)*, zunehmend auch hierzulande (Nauck, Marckmann & in der Schmitt 2018). Es wird als „neues Konzept zur Realisierung wirksamer Patientenverfügungen“ (ebd., S. 62) betrachtet und kommt vor allem in der Intensiv- und Notfallmedizin zum Einsatz. Zu den Elementen des *BVP*-Modells gehören ein „aufsuchendes Gesprächsangebot“, eine „qualifizierte Gesprächsbegleitung“, eine „professionelle Dokumentation“, die Schritte „Archivierung, Zugriff und Transfer“, eine „Aktualisierung und Konkretisierung im Verlauf“, die „Beachtung und Befolgung durch Dritte“ sowie eine „kontinuierliche Qualitätssicherung“ (ebd., S. 64).

2.2.7.1 ACP im psychiatrischen Kontext

Auch für die Psychiatrie wird *ACP* empfohlen (Marckmann 2013): Als Ziel von *ACP* in der Psychiatrie wird unter anderem genannt, die „Voraussetzungen des *informed consent* [zu] erfüllen“ und eine „Umsetzung des Behandlungsauftrags“ herbeizuführen (ebd., Nr. 16). Des Weiteren gilt es als Ziel, eine „gemeinsame Entscheidungsfindung [zu] ermöglichen“ (ebd.), wodurch Autonomie und Fürsorge verbunden werden könnten (ebd.). Angemerkt wird, dass eine „konventionelle Patientenverfügung [...] allein kein geeignetes Mittel zur Realisierung der Ziele der Vorausplanung“ sei (ebd.), sondern im Rahmen von *ACP* „wohl informierte, selbstbestimmte und respektierte Entscheidungen“ getroffen werden sollten (ebd.). Dies seien „patientenorientierte Entscheidungen“ (ebd.). Als beachtenswerte Aspekte im Kontext psychiatrischer Vorausverfügung werden die fluktuierende Einwilligungsfähigkeit und Schwierigkeiten bei der Beurteilung von Behandlungsentscheidungen angeführt (ebd.).

Die Empfehlung, *ACP* auch in Psychiatrien in Deutschland zu erproben, wird auch von Radenbach und Simon ausgesprochen, dort wird eine umfassendere Übersicht gegeben (Radenbach & Simon 2016). Ebenso weist Jox darauf hin, dass *ACP* nicht nur für das Lebensende, sondern auch im psychiatrischen Bereich eingesetzt werden könnte – etwa wie beim *JCP*-Modell von Henderson et al. (Jox 2017, unter Verweis auf Henderson et al. 2008).

2.2.7.2 Aktuelle Entwicklung von ACP/BVP in Deutschland

Seit dem 08.12.2015 wird, durch das Inkrafttreten des §132g SGB V, in Deutschland *ACP* politisch und finanziell gefördert – zumindest für stationäre Pflegeeinrichtungen und Wiedereingliederungshilfen (Jox, in der Schmittgen & Marckmann 2015, S. 34/35). Nauck, Marckmann und in der Schmittgen vermerken hierzulande ein vermehrtes Interesse am *BVP*-Programm, welches unter anderem diesem sog. *Hospiz- und Palliativgesetz (HPG)* geschuldet sei (Nauck, Marckmann & in der Schmittgen 2018; §132g SGB V).

„Der neue §132g SGB V (HPG) ermöglicht es Pflegeeinrichtungen und Einrichtungen der Eingliederungshilfe für behinderte Menschen, den Versicherten ihren Einrichtungen eine ‚gesundheitliche Versorgungsplanung‘ zulasten der jeweiligen Krankenkasse anzubieten. ‚Gesundheitliche Versorgungsplanung‘ ist am ehesten als die Umschreibung des Gesetzgebers für das international und national etablierte Konzept des ACP zu verstehen, für das sich im deutschsprachigen Raum der Begriff ‚Behandlung im Voraus planen (BVP)‘ etabliert hat“ (Nauck, Marckmann & in der Schmittgen 2018, S. 62).

2.2.8 Perspektive der potentiellen Patienten

Aus den Niederlanden existiert eine qualitative Interview-Studie von 2004, in der Patienten, Angehörige und Psychiater zu ihren Ansichten, Einschätzungen und Erfahrungen mit *Ulysses-Kontrakten* befragt wurden (Varekamp 2004). Dort werden Ziele und Motive der Verfasser dieser Form der Vorausverfügung genannt und auf die Erfahrungen der Verfasser und Hürden aus ihrer Sicht (und aus Sicht der Behandler) eingegangen. Auch eine Studie aus den USA hat eine ähnliche Zielgruppe (Swanson et al. 2003). In beiden Studien wird von einer Unterrepräsentation von misstrauisch eingestellten Personen durch die Selbstselektion der Teilnehmer gesprochen.

In einer Studie aus USA finden sich stichwörtliche Angaben der Verfasser von *PAD*, über die Gründe der Ablehnung bestimmte Medikamente und Kliniken in deren Dokumenten (Srebnik et al. 2005). Diese Studie von Srebnik et al. liefert Erkenntnisse über die Gründe für die Festlegung einer bestimmten Rangfolge von Zwangsmaßnahmen.²⁵ Anzumerken ist, dass in dieser Studie viele Auswahlmöglichkeiten durch ein Computerprogramm vorgegeben wurden und es über die Motive keine ausführlichen Erfahrungsberichte in den eigenen Worten der Verfasser gibt.

Des Weiteren wurde die Sicht der Nutzer (und Anbieter psychiatrischer Vorausplanung) in Bezug auf die Bewertung von *JCP* in England 2009 erhoben (Henderson et al. 2009). Außerdem gibt es eine weitere Studie aus England, in der retrospektive Ansichten der Patienten, die nicht einwilligungsfähig waren und es jetzt wieder sind, erhoben wurden (Owen et al. 2009 A).

Eine Studie aus England macht Aussagen zu den Zielen der Verfasser (Farrelly et al. 2014): Dort wurden die *JCP*-Dokumente analysiert²⁶ und teilweise Präferenzen und Prioritäten der Verfasser in deren Worten wiedergegeben und festgestellt, dass sie Wünsche haben, an die Art und Weise, wie zwischenmenschlich mit ihnen umgegangen werden soll.

Eine Studie aus Spanien stellt unter Bezug auf Daten aus England die Werte von Psychiatriepatienten im Kontext von Zwangsbehandlung dar (Valenti et al. 2014). Befragt wurden Patienten, die eine Zwangsbehandlung erlebt hatten, wobei ermittelt wurde, dass aus Patientensicht Entscheidungsfreiheit ein wichtiger Wert ist und Patienten eine nicht-paternalistische, respektvolle Behandlung durch das Behandlungsteam schätzen (ebd.). Besonders wichtig waren den Patienten in diesem Zusammenhang die Werte Freiheit, Sicherheit und Respekt (ebd.).

Eine neuere Studie aus Neuseeland von 2015 erhob die Perspektive von Nutzern und Behandlern auf *PAD* mittels einer Online-Umfrage (Thom et al. 2015). Dort wird erwähnt, dass bisher wenig über die Perspektive in Neuseeland bekannt ist.

²⁵44% der dort Befragten gaben an, Zwang verursache einen Anstieg der psychiatrischen Symptome, 34% gaben an, dass Abgeschiedenheit sie ängstlicher und verschlossener mache, 25% Zwang verursache physische Probleme, weitere 25% Abgeschiedenheit triggere ihre Klaustrophobie, weitere 25% die Medikation benebele ihren Geist, 24% sie hätten Angst vor Nadeln, 22% die Medikation verursache schreckliche Nebenwirkungen und 20% die Medikation verursache, dass man zu viel schlafe (Srebnik et al. 2005).

²⁶Keine Interviews geführt.

In Deutschland ist die Debatte um psychiatrische Vorausplanungen allerdings bisher weitgehend theoretisch, es ist noch wenig bis nichts über Ansichten der Betroffenen bekannt. Vollmann macht zwar einige Angaben zu Motiven von Verfassern, gibt aber keine Erfahrungsberichte der Verfasser wieder (vgl. Vollmann 2012).

„Viele Bürger möchten sich damit unnötiges Leid ersparen, welches sie z. B. in früheren Krankheits-episoden, bei vergangenen Krankenhausbehandlungen etc. erlebt haben. Weitere Motive sind die Entlastung der Angehörigen und auch der behandelnden Ärzte bei schwierigen Behandlungsentscheidungen im Falle der Selbstbestimmungsunfähigkeit des Patienten“ (Vollmann 2012, S. 25).

2.3 Zusammenfassung der Ausgangslage

Die medizinethische Diskussion psychiatrischer Vorausplanung in Deutschland stützt sich weitgehend auf theoretische Arbeiten und einige wenige Studien.

Insgesamt fanden sich einige Arbeiten, die sich mit den Ansichten der Behandler auseinandersetzen – zu den Ansichten der Verfasser ist allgemein weniger qualitatives Datenmaterial vorhanden. Bisher ist wenig Konkretes über die Perspektive der Verfasser von Vorausplanungen bekannt, es gibt ein paar Studien aus anderen Ländern, aber die Recherche ergab keine qualitativen Studien in Deutschland. Somit finden sich kaum Aussagen zu Zielen und Motiven von Verfassern bezüglich ihrer Vorausplanung. Auch Beschreibungen und Statements in den eigenen Worten der Verfasser, über ihr Anliegen, sind kaum vorhanden.

Zu den gefundenen, relevanten Arbeiten ist festzuhalten, dass sich die Forschung in England hauptsächlich mit Vorausplanungen beschäftigt, die im Rahmen von Studieninterventionen erstellt wurden (beispielsweise im Rahmen der *CRIMSON*-Studie erstellte *JCPs*). Bei anderen Studien, die sich mit dem Thema psychiatrische Vorausverfügungen befassen, geht es um Barrieren bezüglich der Umsetzung von *PADs*, diese Studien stammen vorwiegend aus den USA (vgl. beispielsweise Amering et al. 2005; Atkinson, Garner & Gilmour 2004; Backlar et al. 2001; Peto et al. 2004; Srebnik & Brodoff 2003; Srebnik et al. 2003; Swanson et al. 2003; Van Dorn et al. 2006).

Die Literatur lenkt die Aufmerksamkeit auf mangelhafte Information beziehungsweise mangelhaftes Wissen über *Advance Directives* (vgl. etwa Elbogen et al. 2006; O'Connell & Stein 2005; Swanson et al. 2003). Bekannt ist zumindest einiges zu Inhalt, Form und Erstellungsprozess von *PAD*-Dokumenten – aber wenig darüber, wie man es in der Krise umsetzt (vgl. Nicaise, Lorant & Dubois 2013; Srebnik & Brodoff 2003; Srebnik & Russo 2008; Srebnik & Russo 2007). Es finden sich einige Arbeiten zu Effekten von verschiedenen Vorausplanungen (*JCP*, *PAD*). Offen bleibt, ob die allgemeinen Ziele von Vorausplanungen überhaupt die Ziele der Verfasser abbilden.

In der Literatur wird durchaus darauf hingewiesen, dass es wichtig und notwendig ist, etwas über die Werte und die Hintergründe der Entscheidungen von Patienten zu wissen sowie konfligierende Werte zu identifizieren, um abzuwägen, welche Handlungsoption die beste ist und um Umstände und Konsequenzen angemessen zu beurteilen (Moreno 1995; Valenti et al. 2014). Tieferegehende Forschung zu den Bedürfnissen und Erfahrungen der Nutzer und deren Sichtweise wird in der Literatur gefordert (z. B. bei Pathare et al. 2015). Die Perspektive von Verfassern als potentiellen Patienten sollte in der medizinethischen und politisch-gesellschaftlichen Debatte unbedingt berücksichtigt werden, ihre Ziele und Bedürfnisse zu kennen spielt eine wichtige Rolle – in Bezug auf Vorausverfügung kennen wir sie aber nicht, da sie bisher wenig wissenschaftlich erforscht ist. So wird die Debatte über die Ziele und Motive der Verfasser bisher ohne ausreichende Evidenz geführt. Um später überprüfen zu können, ob sich ein Dokument als geeignetes Mittel erweist, um Ziele der Verfasser umzusetzen, sollte zuerst untersucht werden, welche Ziele sich bei den Verfassern finden.

2.4 Fragestellung und Zielsetzung der Studie

Die Zielsetzung dieser Arbeit ist es, zu untersuchen, welche Ziele und Motive sich bei Verfassern von Dokumenten zur Vorausplanung von Behandlungsentscheidungen für die Psychiatrie finden, im Umgang und in der Anwendung dieses Instrumentes zur Vorausplanung. Es soll erhoben werden, wie die potentiellen Patienten ihre Dokumente nutzen oder in Zukunft zu nutzen beabsichtigen. Diese Arbeit soll sich explizit mit der Perspektive von Menschen auseinandersetzen, die vorab mittels Vorausverfügungen schriftlich Behandlungsentscheidungen festhalten wollen. Ziel ist es, Erkenntnisse über die Art, die Gründe und den Zweck der Nutzung schriftlicher Vorausplanung für den psychiatrischen Bereich zu gewinnen. Das Forschungsinteresse ist dabei nicht die Erhebung statistischer Daten, sondern Einblicke in die Ansichten und Bedürfnisse der Nutzer psychiatrischer Vorausplanung wissenschaftlich zugänglich zu machen.

Die Forschungsfrage und die Unterfragen werden nachfolgend genannt und erläutert.

„Welche Ziele und Motive finden sich bei Verfassern von Dokumenten zur Vorausplanung von Behandlungsentscheidungen in der Psychiatrie?“

Die Zielsetzung dieser Studie ist es, zu untersuchen, welche Ziele und Motive sich bei Verfassern von Dokumenten zur Vorausplanung von Behandlungsentscheidungen in der Psychiatrie finden.

„Wozu nutzen die Verfasser psychiatrischer Vorausplanung ihre Dokumente? Welche Behandlungsentscheidungen treffen sie und was wollen sie erreichen?“

Es soll nicht nur in Erfahrung gebracht werden, welche Inhalte die Verfasser in ihren Dokumenten festhalten (Ablehnung von beziehungsweise Einwilligung in bestimmte Maßnahmen etc.), sondern welche übergeordneten Ziele sie darüber hinaus durch das Festlegen konkreter Maßnahmen erreichen wollen. (Hilfreich um die Bedürfnisse potentieller Nutzer in Zukunft angemessen berücksichtigen zu können.)

„Warum nutzen die Verfasser ihre Dokumente psychiatrischer Vorausplanung? Warum legen sie gerade diese Inhalte fest?“

Es soll in Erfahrung gebracht werden, vor welchen Hintergründen die Vorausplanungen und die darin getroffenen Entscheidungen zu Stande gekommen sind.

„Wie nutzen die Verfasser von Dokumenten zur Vorausplanung von Behandlungsentscheidungen in der Psychiatrie ihr Dokument?“ (Frage der Anwendungsabsicht)

Es soll aufgezeigt werden, wie die Teilnehmer ihr Dokument in der Praxis anwenden wollen und welche Funktion das Dokument für die Verfasser erfüllt. Außerdem soll betrachtet werden, wie die Verfasser mit ihren Dokumenten zur Vorausplanung umgehen.

„Ist das Dokument ein geeignetes Mittel um die Ziele der Verfasser zu erreichen?“ bzw. „Welche Hürden sehen die Verfasser bei der Anwendung?“ und „Welche Vorschläge zur Verbesserung äußern sie?“

Welche Zukunftsvorstellung haben die Teilnehmer bezüglich der Anwendung ihrer Vorausplanung, im Falle eines künftigen psychiatrischen Aufenthaltes? Diese Fragen werden angeschnitten, indem bisherige Erfahrungen mit dem Einsatz des Dokumentes aufgegriffen werden und Zukunftsvorstellungen dargestellt werden. Auf dieser Studie aufbauend kann dieses Thema dann weiter erforscht werden. Dies ist u. a. bedeutsam, um eine Implementation psychiatrischer Vorausplanung zu diskutieren.

3 Methoden

In diesem Kapitel wird die Konzeption dieser Arbeit erläutert und das methodische Vorgehen bei der Erhebung und Auswertung der Daten beschrieben.

Vorbemerkung

Im Kontext dieser Studie werden sämtliche Schriftstücke (Unterlagen, Papiere, Formulare, Pässe, Vordrucke, etc.), die die Teilnehmer nutzen, um Behandlungsentscheidungen für die Psychiatrie festzuhalten, als „Dokumente“ zur Vorausplanung bezeichnet.

3.1 Studiendesign

Diese als qualitative, semi-strukturierte Interviewstudie konzipierte Arbeit, untersucht die Zielsetzungen und Anwendungsabsichten der Verfasser verschiedener Dokumente zur Vorausplanung psychiatrischer Behandlungsentscheidungen und macht durch die Methode der qualitativen Forschung deren Erfahrungen zugänglich (vgl. Flick, Kardorff & Steinke 2008).

Besonders im Fokus stehen dabei die Ziele, die die Verfasser durch ihre Vorausplanung zu erreichen suchen und die Art, wie sie ihre Dokumente diesbezüglich in der Krisensituation anwenden. Um subjektive Sichtweisen und Erfahrungen zugänglich zu machen, wurde bewusst das offen-explorative Vorgehen mittels semi-strukturierter Interviews gewählt (ebd.).

Durch das gewählte, qualitative Studiendesign wird den Verfassern psychiatrischer Vorausplanungen die Möglichkeit gegeben, ihre Ansichten, Erfahrungen und Vorstellungen in eigenen Worten darzulegen (vgl. Flick, Kardorff & Steinke 2008; Malterud 2001). Außerdem ermöglicht die Methode bisher nicht beschriebene Aspekte aufzuzeigen, unerwartete Ansichten und Ergebnisse zu präsentieren sowie neue Hypothesen zu generieren (ebd.).

Ziel ist ausdrücklich nicht, eine repräsentative Stichprobe zur statistischen Auswertung zu Grunde zu legen, sondern Ansichten von Verfassern tiefergehend darzustellen, um zur Debatte um psychiatrische Vorausplanung beizutragen. Die Methode soll flexibel genug sein, um die Forschungsfragen anzupassen und auf die Teilnehmer einzugehen (vgl. Miles, Huberman & Saldana 2013).

„Qualitative Forschung hat den Anspruch, Lebenswelten ‚von innen heraus‘ aus der Sicht der handelnden Menschen zu beschreiben“ (Flick, Kardorff & Steinke, S. 14).

3.1.1 Interviewleitfaden

Der Interviewleitfaden wurde mit Hilfe der „SPSS-Methode“ der Leitfadenerstellung nach Helfferich erstellt (Helfferich 2005). Durch diese Methode konnte ein semi-strukturierter Interviewleitfaden formuliert werden, der offene Fragen zu Inhalten, Entstehung und Anwendung des Dokumentes zur Vorausplanung umfasst. Die bei dieser Methode übliche Untergliederung in Leitfragen, Memos, konkrete Fragen sowie Aufrechterhaltungs- und Steuerungsfragen wurde gewählt, um einen freien Redefluss zu erzeugen und gleichzeitig sicherzustellen, für die Forschungsfrage relevante Informationen zu gewinnen.

Der Leitfaden untergliedert das Interview in fünf Abschnitte. Bei der Führung der Interviews wurde kein striktes Festhalten an der Abfolge einzelner Abschnitte gefordert, sondern es sollte vielmehr die Entwicklung eines Gespräches aus dem Erzählfluss der Teilnehmer heraus, ermöglicht werden.

Zunächst wurde jeder Teilnehmer aufgefordert, etwas zum Inhalt seines Dokumentes zu erzählen, wobei erhoben werden sollte, was dem Erzähler inhaltlich besonders wichtig war. Im zweiten Teil wurden Hintergründe des Teilnehmers beleuchtet, dazu wurde insbesondere auf die Entstehungsgeschichten der Dokumente eingegangen. Konkret wurde in diesem Zusammenhang nach dem Anlass der Erstellung, dem Vorgehen bei der Verfassung sowie nach Hilfe von außen bei diesem Prozess gefragt. Auch die psychiatrische Vorgeschichte und Erfahrungen mit Zwangsbehandlungen wurden exploriert. Im dritten Teil erkundigte sich der Interviewer nach Reaktionen des Umfeldes der Teilnehmer auf das Dokument. Im vierten Teil wurden die Teilnehmer zu Zukunftsvorstellungen interviewt, betreffend einer Behandlung unter Einsatz ihrer Vorausplanung. Konkret wurde nach Sachverhalten gefragt, die bei der Umsetzung beachtet werden müssen. Zum Abschluss des Interviews wurde den Teilnehmern noch Gelegenheit gegeben, Ergänzungen vorzunehmen, beispielsweise zu subjektiv relevanten Aspekten und Fragen rund um das Thema. Daran anschließend wurden die konkreten Fragen des Begleitfragebogens gestellt.

→ *Interviewleitfaden im Anhang (Kapitel 7.3)*

3.1.2 Begleitfragebogen

Es wurde ein Begleitfragebogen erstellt, um deskriptive Merkmale der befragten Teilnehmer zu erheben. Erhoben wurden Art des Dokumentes zur Vorausplanung, Alter, Geschlecht und psychiatrische Diagnose des jeweiligen Teilnehmers sowie Anzahl der stationär-psychiatrischen Klinikaufenthalte. Es handelt sich bei der Erhebung um Angaben der Teilnehmer, die Diagnosen wurden nicht überprüft und stellen keine formellen ICD-10 Diagnosen dar.

→ *Begleitfragebogen im Anhang (Kapitel 7.4)*

3.2 Sampling und Rekrutierung

Einschlusskriterium für die Teilnahme an der Studie war, ein Dokument zur Vorausplanung von Behandlungsentscheidungen in der Psychiatrie verfasst zu haben. Da die Ansichten der Verfasser zu Zielen und Motiven im Fokus standen und sich früh Schwierigkeiten in der Gewinnung von Teilnehmern zeigten, wurden Verfasser aller Arten von Schriftstücken zur Vorausplanung berücksichtigt – auch wenn sich ihre Dokumente gerade erst in der Entstehungsphase befanden oder nicht auffindbar waren – da dennoch davon ausgegangen werden konnte, relevante Ergebnisse durch das Interviewen dieser Personen zu erhalten.

Ausschlusskriterium stellte eine aktuelle stationär-psychiatrische Behandlung dar, um Problemen hinsichtlich der Einwilligungsfähigkeit der Teilnehmer vorzubeugen. Des Weiteren wurde die Rekrutierung vor allem auf den Süddeutschen Raum konzentriert. Wie bereits erwähnt, wurde nicht darauf abgezielt, eine repräsentative Stichprobe zu erheben, da es sich v. a. um eine Untersuchung zur Generierung neuer Hypothesen handelte und es ausdrücklich nicht das Ziel war, bestehende Hypothesen statistisch zu überprüfen.

Es wurde gezielt nach Teilnehmern gesucht, die aus eigener Initiative ein Dokument zur psychiatrischen Vorausplanung erstellt hatten oder gerade dabei waren, dieses zu erstellen.

Um die Studie bekannt zu machen und Teilnehmer zu gewinnen, erfolgten zunächst die schriftliche Kontaktaufnahme zu Selbsthilfegruppen und Tagesstätten sowie die Verteilung von Informationsmaterial bei einem Symposium zum Thema Vorausplanung. Die Studie wurde persönlich bei Veranstaltungen interessierter Selbsthilfeorganisationen vorgestellt. Mit Personen, die an der Studie teilnehmen wollten, wurden telefonisch oder per E-Mail Interviewtermine vereinbart.

Nur durch persönliche Kontaktaufnahme und direkte Ansprache war es möglich, Interviewteilnehmer zu gewinnen. Auf schriftliche, postalisch versendete Infomaterialien zu dieser Studie an diverse Selbsthilfe- und Angehörigengruppen, erfolgte keine Resonanz. Die Probleme bei der Rekrutierung werden in der Diskussion reflektiert (*siehe Kapitel 5.2 Limitationen*).

3.3 Ethische Erwägungen

Im Vorfeld der Durchführung der Studie wurde eine Anfrage an die Ethikkommission gestellt, bezüglich der Notwendigkeit des Stellens eines Ethikantrages. Das geplante Vorgehen, welches eine informierte Einwilligung, eine anonymisierte Transkription und eine unwiderrufliche Löschung der aufgezeichneten Audiodateien umfasst, wurde in dieser Anfrage geschildert. Die Unbedenklichkeit der Studie, die durch die Anonymisierung des Datenmaterials gegeben sei, wurde durch die Ethikkommission ausgesprochen (*siehe Kapitel 7.5 Unbedenklichkeitserklärung der Ethikkommission*).

Informierte Einwilligung

Die Information der Teilnehmer erfolgte vor Beginn des Interviews, sowohl mündlich im Gespräch als auch schriftlich durch ein Informationsschreiben. Die Teilnehmer wurden über die Durchführung der Studie im Rahmen dieser medizinischen Doktorarbeit sowie über die Ziele der Studie aufgeklärt. Außerdem erfolgte eine Aufklärung über die Aufzeichnung des Interviews mittels Diktiergerät. Über die zur Anwendung kommenden Datenschutzmaßnahmen, die eine anonymisierte Transkription und unwiderrufliche Löschung der aufgezeichneten Audiodateien beinhalten, wurden die Teilnehmer ebenso belehrt. Die Einwilligung zur Teilnahme an der Studie und zur Aufzeichnung der Interviews wurde eingeholt und durch Unterschrift auf einer Einwilligungserklärung in zweifacher Ausfertigung dokumentiert. Die Teilnehmer wurden vorab über die Möglichkeit, einzelne Fragen nicht zu beantworten, informiert und aufgefordert, bei Bedarf selbst Fragen zu stellen.

3.4 Datenerhebung

Die Datenerhebung setzt sich aus mündlichen Äußerungen der Teilnehmer im Rahmen der Interviews und der Erhebung des Begleitfragebogens sowie den Kopien der vorgelegten Dokumente zusammen.

Die Daten lagen somit in Form von anonymisierten Interview-Transkripten, Begleitfragebögen und anonymisierten Kopien der zum Interviewtermin mitgebrachten Dokumente der Teilnehmer vor.

3.4.1 Interviews

Insgesamt wurden acht Interviews geführt, davon vier im Institut für Ethik, Geschichte und Theorie der Medizin der Ludwig-Maximilians-Universität (LMU) München, eines in der Dualen Hochschule Baden-Württemberg (DHBW) in Stuttgart und drei im häuslichen Umfeld der Teilnehmer. Mit Hilfe eines Diktiergerätes wurden die Interviews aufgezeichnet. Im Anschluss an die Interviews wurden die Daten des Begleitfragebogens erhoben. Es wurden keine Wiederholungsinterviews durchgeführt.

Sechs der acht Interviews wurden von der Verfasserin dieser Arbeit (*Nina-Kathinka Walter, gekennzeichnet mit Kürzel NW*) als Studentin der Humanmedizin der LMU München und Doktorandin am Institut für Ethik, Geschichte und Theorie der Medizin der LMU München, geführt. Zwei Interviews wurden von Dr. rer. biol. hum. Dipl.-Psych. Katja Kühlmeyer (*gekennzeichnet mit dem Kürzel KK*), wissenschaftliche Mitarbeiterin am Institut für Ethik, Geschichte und Theorie der Medizin der LMU München, promovierte Mitbetreuerin dieser Doktorarbeit und Projektleiterin der Studie, geführt. Tabelle 1 zeigt die Attribute der geführten Interviews als Übersicht (*siehe nächste Seite*).

Transkription und Anonymisierung

Die wörtliche Transkription der Interviews erfolgte nach definierten Transkriptionsregeln, wobei eine Anonymisierung der Daten erfolgte. Namen und potentiell identifizierende Angaben (wie Orte und Jahreszahlen) wurden in den Transkripten mit Hilfe von Variablen anonymisiert.

Die Transkription wurde in fünf Fällen von der Hilfskraft Anna Doppelhammer (gekennzeichnet mit dem Kürzel AD), in drei Fällen von Nina-Kathinka Walter (NW) durchgeführt. Nach Prüfung der erstellten Transkripte durch Nina-Kathinka Walter, erfolgte die Löschung der Audiodateien. Eine Rückgabe der Transkripte an die Teilnehmer für Kommentare oder Korrekturen erfolgte nicht. Die Transkriptionsregeln finden sich in Kapitel 7.6 im Anhang.

Tabelle 1: Attribute der geführten Interviews

| | |
|------------------------------------|--|
| Rekrutierung | <ul style="list-style-type: none"> • 3 Kontaktaufnahmen im Anschluss der Vorstellung der Studie bei einer Selbsthilfegruppe • 1 Kontaktaufnahme im Anschluss an Symposium zum Thema „Psychiatrische Vorausplanung“ • 3 Kontakte über weitere Selbsthilfeorganisation • 1 Kontakt über anderen Teilnehmer |
| Zeitraum der Interviews | <ul style="list-style-type: none"> • 01.07.2013 – 26.02.2015 |
| Dauer der Interviews | <ul style="list-style-type: none"> • 19 – 93 min • Ø 46,5 min |
| Setting | <ul style="list-style-type: none"> • 4 in Büros des Instituts für Geschichte, Ethik und Theorie der Medizin der LMU München • 1 in der DHBW Stuttgart • 3 bei Teilnehmern zu Hause |
| Interviewer | <ul style="list-style-type: none"> • 5 NW • 1 NW in Anwesenheit von KK • 2 KK |
| Transkription | <ul style="list-style-type: none"> • 3 NW • 5 AD |
| Überprüfung der Transkripte | <ul style="list-style-type: none"> • NW |

3.4.2 Dokumente

Die Teilnehmer wurden im Vorfeld der Interviews aufgefordert ihre Dokumente zur Vorausplanung zum Interviewtermin mitzubringen. Berücksichtigt wurden alle Schriftstücke, die von den Teilnehmern im Rahmen der Interviewtermine vorgelegt wurden. Im Kontext dieser Studie wird als Dokument zur Vorausplanung jedes Schriftstück definiert, das die Teilnehmer für sich selbst als solches betrachten und subjektiv als relevant erachten.

Die zum Interviewtermin vorgelegten Dokumente wurden entweder bereits durch die Teilnehmer als Kopien vorgelegt, oder von der Interviewführerin kopiert und in Anwesenheit der Teilnehmer anonymisiert.

Transkription und Anonymisierung

Namen und potentiell identifizierende Angaben (wie Orte und Jahreszahlen) wurden in den Kopien der Dokumente geschwärzt. Die auf den anonymisierten Kopien der Dokumente vorgegedruckten Inhalte wurden transkribiert und anonymisiert.

3.5 Auswertung

In diesem Kapitel wird die Wahl der methodischen Konzeption erläutert sowie einzelne Schritte und Besonderheiten der Auswertung beschrieben.

3.5.1 Methodische Konzeption der Auswertung

Das in Form von Interviews, Begleitfragebogen und Dokumenten erhobenen Datenmaterial wurde zu acht Fällen zusammengefasst und ausgehend von der Methode der zusammenfassenden, qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring analysiert (vgl. Mayring 2010). Besonders im Fokus standen dabei die Ziele, die die Verfasser durch ihre Vorausplanung zu erreichen suchen und die Art, wie sie ihre Dokumente diesbezüglich in der Krisensituation beabsichtigen anzuwenden. Den Teilnehmern wurde Raum gegeben, um zu erklären, was ihnen besonders wichtig war.

Bei der Datenanalyse wurden zudem Ansätze der Auswertung nach der Methode der Analyse von Leitfadenterviews nach Schmidt einbezogen (vgl. Schmidt 2013). So erfolgte die Datenanalyse in mehreren Schritten: die Interviews wurden einzeln hinsichtlich thematischer Kategorien ausgewertet, die teilweise deduktiv aus der Literatur und teilweise induktiv aus dem Datenmaterial gebildet und stetig erweitert wurden (ebd.). Darauf basierend wurden weitere Kodierungen entwickelt, so dass das Datenmaterial immer weiter aufgegliedert und unterteilt werden konnte (ebd.). Zu jedem Fall wurde eine Tabelle angelegt, welche die Gliederungen des Kodierleitfadens abbildet und in der den jeweiligen Ergebnissen passende Zitate zugeordnet wurden (ebd.).

Die Auswertung einiger Aspekte (Motive, Ziele, Anwendungsabsichten) erforderte teilweise ein über den zusammenfassend-beschreibenden Ansatz von Mayring hinausreichendes, stärker interpretatives Arbeiten. Dadurch konnten auch Motive und übergeordnete Ziele der Teilnehmer abgebildet werden, die von diesen nicht wörtlich formuliert wurden. Auch hier wurden Ansätze der qualitative Methode nach Schmidt gewählt, die sowohl zusammenfassend beschreibendes als auch inhaltsanalytisches Arbeiten berücksichtigt (vgl. Schmidt 2013).

In den schriftlichen Festlegungen und den mündlichen Äußerungen der Teilnehmer bildeten sich fest umrissene Behandlungswünsche ab, die zeigen, was die Verfasser auf einer ganz konkreten Ebene erreichen wollen. Als „Behandlungswünsche“ werden im Kontext dieser Arbeit alle Wünsche verstanden, die eine Person bezüglich ihrer zukünftigen Behandlung in der Klinik hat, unabhängig davon, in welcher Form diese geäußert werden. Diese Behandlungswünsche konnten nach einem zusammenfassend-beschreibenden Ansatz (Mayring 2010) ausgewertet werden. Darüber hinaus waren übergeordnete Ziele als Motive der Teilnehmer erkennbar, die sich aus der Zusammenschau konkreter Wünsche, der Vorgeschichte, den Zukunftsvorstellungen und der Gesamtheit der Äußerungen des Teilnehmers ergaben. Für die Auswertung dieser Motive wurde ein zusammenfassend-interpretativer Ansatz herangezogen (Schmidt 2013).

3.5.2 Dokumentenanalyse

Die Dokumente wurden hinsichtlich ihres Typs und Status analysiert (*siehe Kapitel 7.7 Kodierleitfaden*). Es wurden Vorgaben durch das Dokument und Präambeln untersucht. Die durch die Teilnehmer in den Dokumenten vorgenommenen inhaltlichen Angaben wurden grundsätzlich wie die Äußerungen in den Interviews behandelt (*siehe Kapitel 3.5.3 Fallbildung*) und kodiert (*siehe Kapitel 3.5.4 Kodierung*), wobei auf Diskrepanzen zwischen schriftlichen und verbalen Angaben geachtet wurde.

3.5.3 Fallbildung

Die Äußerungen der Teilnehmer in den Interviews wurden zusammen mit ihren Angaben in den Begleitfragebögen und den Angaben in den von ihnen vorgelegten Dokumenten betrachtet und ausgewertet, zu diesem Zweck wurden die Daten zu sogenannten *Fällen* zusammengefasst.

3.5.4 Kodierung

Es erfolgte eine methodengerechte, materialorientierte Bildung von Auswertungskategorien, bei welcher – nach vorheriger deduktiver Festlegung von Hauptkategorien – Kodes induktiv, aus dem Text heraus, gebildet wurden. Themen und Aspekte wurden im Text entdeckt, identifiziert und schließlich zu Auswertungskategorien zusammengefasst. Den verschiedenen Aspekten der Kategorien wurden, der Methode gemäß, Ausprägungen zugeordnet. Dadurch konnte ein Kodierleitfaden erstellt werden, mit welchem das erhobene Material ausgewertet wurde. Die Transkripte wurden kodiert, indem Textpassagen entsprechende Kategorien zugeordnet wurden. Es wurden sowohl Aussagen paraphrasiert, generalisiert und ihrer Ausprägung nach sortiert als auch einzelne wörtliche Zitate beibehalten. Die im Material gefundenen Auswertungsunterkategorien wurden wiederum auf das Material angewendet, wobei auch die Wortwahl der Teilnehmer in der Auswertung berücksichtigt wurde.

Die Erstellung des Kodierleitfadens und der Prozess des Kodierens fanden im gemeinsamen Austausch statt. Teilweise erfolgte paralleles Analysieren der Daten, um die gefundene Kodes zu bestätigen. Die Auswertung erfolgte anhand der Hauptkategorien „Attribute des Teilnehmers“, „Dokumente“, „Initiative“, „Vertrauensperson“, „Behandlungswünsche“, „Bisherige Erfahrungen“, „Zukunftsvorstellungen“, „Einstellung gegenüber der Psychiatrie“, „Übergeordnete Ziele der schriftlichen Vorausplanung“, „Funktion des Dokumentes“, „*Framework* und Appell“ und den jeweiligen Unterkategorien, die dem Kodierleitfaden zu entnehmen sind. Der Kodierleitfaden findet sich im Kapitel 7.7 im Anhang.

Um übergeordneten Ziele zu identifizieren, erfolgte die Analyse von Zukunftsvorstellungen und bisherigen Erfahrungen hinsichtlich abstrakterer Wünsche, die durch festgehaltene konkrete Ziele erreicht werden sollen. Durch die Analyse von Initiative, bisherigen Erfahrungen in Zusammenhang mit psychiatrischen Aufenthalten und Einstellung konnten Hintergründe der Vorausplanungen und Motive beleuchtet werden. Antizipierte oder erlebte Hürden wurden durch die Analyse der Zukunftsvorstellungen und der bisherigen Erfahrungen mit dem Dokument zur Vorausplanung erhoben.

Die meisten Kategorien zu Behandlungswünschen wurden aus den Interviews heraus gebildet, die Kategorien bestätigen sich in der Literatur. Die Kategorien wurden während der Auswertung erweitert: Durch die Analyse der Interviews wurde die Kategorien „*Framework*“ und „Funktion des Dokumentes“ gebildet, die die Anwendungsmodelle und -absichten der Teilnehmer in Zusammenhang mit ihrem Dokument darstellen. Es wurde ein prägnanter Satz in der Kategorie „Appell“ formuliert, um zu veranschaulichen, was der Teilnehmer den Behandlern mitteilen will.

Durch die Analyse der Dokumente hinsichtlich Dokumententypen ergab sich die Kategorie „Status des Dokumentes“, da einige Teilnehmer ihre Dokumente zum Interviewtermin nicht vorlegen konnten (die Dokumente waren zum Teil nicht auffindbar oder noch nicht fertiggestellt).

Durch gemeinsame Auswertung der Dokumente und der Interviews zeigte sich, dass Teilnehmer Maßnahmen zur Absicherung der Vorausplanung treffen, in dem sie z. B. Modifizierungen vornehmen – es wurde hierzu die Kategorie „Umgang mit dem Dokument“ gebildet.

Weiterführend wurden die Kategorien um die der „sonstige Wünsche“ erweitert, da bei der Auswertung festgestellt wurde, dass die Teilnehmer über die medizinische Behandlung hinausgehende Angaben hinsichtlich Deeskalationsmaßnahmen, Umgangswünschen, Setting und weiteren sonstigen Maßnahmen machen. Auch die Unterkategorie „Diskrepanzen“ war nicht von Anfang an vorgesehen, sondern ergab sich erst in der Zusammenschau der Ergebnisse.

3.5.5 Materialübersicht

Es wurden Ergebnisübersichten erstellt, die ausgewählte Aspekte der Hauptkategorien als Vergleich der Fälle darstellen. Zur Übersicht wurden Tabellen zu Merkmalen der Stichprobe, zu Dokumenten und deren Funktionen, zur Auswahl und Rolle der Vertrauensperson, zu Behandlungswünschen bezüglich der Medikation und spezifischen Festlegungen in Bezug auf mechanische Fixierung, zu Wünschen bezüglich Unterbringung und Umgang mit Zwangsmaßnahmen, zu Rangfolgen von Zwangsmaßnahmen, zu sonstigen Wünschen, zu Erfahrungen, zu übergeordneten Zielen und zu Anwendungsmodellen erstellt. Enthalten ist auch eine Tabelle, die die Zusammenschau ausgewählter Kriterien aller Teilnehmer zeigt.

3.5.6 Fallkontrastierung und Überprüfung einer Typenbildung

In einem weiteren Schritt erfolgte die kontrastierende Darstellung zweier Fälle zur vertiefenden Fallinterpretation. Die Möglichkeit der Bildung zweier „Anwendungsprototypen“ nach der Methode der Typenbildung (Kelle & Kluge 2010) wurde unter den Forschern NW und KK diskutiert und im Ansatz begonnen, indem Kriterien gesucht und alle Fälle hinsichtlich der Zuordnung zu diesen Typen geprüft wurden. Es wurden Tabellen zwecks der Zusammenschau ausgewählter Kriterien erstellt, um eine Korrelation unter den „Anwendungstypen“ zu prüfen.

3.5.7 Feedback

Es wurde kein Feedback der Teilnehmer zu den Resultaten eingeholt. Ein Teilnehmer bat um ein Folgeinterview, da er einen erneuten stationär-psychiatrischen Aufenthalt erlebt hatte.

3.6 Qualitätsprüfung und Reflexivität

Interesse an dem Thema kam von Seiten von Dr. Kühlmeyer durch Forschung zum Themenbereich Patientenverfügungen am Lebensende auf, von meiner Seite durch die Arbeit in der Psychiatrie im Rahmen des Studiums. Dr. Kühlmeyer verfügte durch vorangegangene Studien bereits über Erfahrungen im Bereich der qualitativen Forschung, während ich mir das erforderliche Wissen im Rahmen dieser Arbeit aneignete.

Der Interviewleitfaden wurde nach der Vorstellung und Besprechung am 30.04.2013 in einer Gruppe von an qualitativer Forschung interessierten Doktoranden und Nachwuchswissenschaftlern (der „qualitativen Werkstatt“) hinsichtlich der Reihenfolge zweier Fragen modifiziert. Auch der Begleitfragebogen wurde in dieser Gruppe vorgestellt und besprochen, eine Veränderung wurde nicht empfohlen. Thematisch relevante, ethische Aspekte wurden im Kontext der Vorstellung der Forschungsarbeit im Rahmen eines Kolloquiums des Institutes für Geschichte, Ethik und Theorie der Medizin der LMU München reflektiert.

Ein Training zur Verbesserung im Führen von qualitativen Leitfaden-Interviews fand in Form von Nachbesprechungen der geführten Interviews mit Dr. Kühlmeyer statt, in denen eine kritische Auseinandersetzung mit relevanten Aspekten der Gesprächsführung erfolgte. Beide Interviewerinnen standen zu den Interviewteilnehmern vor Beginn der Studie in keinerlei persönlicher Beziehung.

4 Ergebnisse

Im Folgenden wird zunächst eine Übersicht über die Stichprobe und die signifikantesten Ergebnisse gegeben, anschließend werden die einzelnen Fälle thematisch strukturiert dargestellt. Zur Veranschaulichung werden in den Falldarstellungen mitunter wörtliche Zitate der Teilnehmer aus den mit ihnen geführten Interviews eingefügt. In den Falldarstellungen werden die relevanten Angaben des jeweiligen Teilnehmers aus dem Interview und aus seinem Dokument, zu den identifizierten Kategorien, wiedergegeben und analysiert. Erfahrungen, Ansichten und Einstellungen der Verfasser werden erläutert und ein Einblick in ihre Gedankenwelt ermöglicht. Abgeschlossen wird der Ergebnisteil durch eine kontrastierende Gegenüberstellung zweier Fälle.

4.1 Stichprobe

Befragt wurden acht Menschen mit Psychiatrieerfahrung, die einen potentiellen zukünftigen Aufenthalt in der Psychiatrie mit Hilfe verschiedener Dokumente vorausplanen. Alle Teilnehmer berichteten, bereits Erfahrung mit stationär psychiatrischer Behandlung zu haben. Die Teilnehmer gaben an, Diagnosen aus dem affektiven und psychotischen Formenkreis erhalten zu haben.

Tabelle 2 gibt eine Übersicht über die Merkmale der Stichprobe.

Tabelle 2: Übersicht Stichprobe

| <u>Merkm</u> | <u>Merkmalausprägung</u> |
|---|--|
| Anzahl der Fälle | <ul style="list-style-type: none">• 8 |
| Alter | <ul style="list-style-type: none">• 44-59 Jahre• Ø 52 Jahre |
| Geschlecht | <ul style="list-style-type: none">• 6 männlich• 2 weiblich |
| Stationär-psychiatrische Aufenthalte | <ul style="list-style-type: none">• 3-22 |
| Diagnosen | <ul style="list-style-type: none">• 3 Psychose• 2 Bipolare Erkrankung• 3 Mehrere Diagnosen:<ul style="list-style-type: none">○ Bipolare Erkrankung und Psychose○ Psychose, Bipolare Erkrankung und Schizoaffektive Erkrankung○ Psychose und Depression |

4.2 Ergebnisübersicht

Im folgenden Kapitel werden Übersichten über die gefundenen Ergebnisse in einzelnen Kategorien dargestellt, bevor im nächsten Kapitel die einzelnen Fälle dargestellt werden.

4.2.1 Dokumente

Die Teilnehmer maßen verschiedenen Schriftstücken Bedeutung zur Vorausplanung einer psychischen Krise bei. Sie besaßen zwischen ein und fünf Dokumente.

Einige Dokumente konnten zum Zeitpunkt des jeweiligen Interviews von den Teilnehmern nicht vorgelegt werden. Als Kopie waren zur Auswertung 10 von insgesamt 14 Dokumenten vorhanden.

In einem Fall existiert eine Vorausverfügung („*Recovery-Programm*“) nur als Blankodokument, da sie zum Zeitpunkt des Interviews noch in der Planungsphase war. In einem anderen Fall konnte eine Teilnehmerin weder ihre Patientenverfügung noch ihre Behandlungsvereinbarung vorlegen: Die Patientenverfügung war zum Zeitpunkt des Interviews nicht auffindbar und das Original der Behandlungsvereinbarung zur Aufbewahrung in der Klinik. Einer anderen Teilnehmerin fiel während des Interviews ein, dass sie zusätzlich zu ihrer vorgelegten Behandlungsvereinbarung auch noch ein Psychiatrisches Testament und eine Vollmacht habe, die aber nicht auffindbar waren.

4.2.1.1 Dokumententypen

Unter den Schriftstücken fanden sich zwei unterschiedliche Regelungsbereiche: die Bestimmung eines Stellvertreters und die Übermittlung von Behandlungswünschen. Teilweise legten die Teilnehmer separate Arten von Dokumenten zur Regelung dieser Bereiche vor, z. B. eine Vorsorgevollmacht oder eine Betreuungsverfügung zur Bestimmung eines Stellvertreters und eine Patientenverfügung oder eine Behandlungsvereinbarung zur Übermittlung von Behandlungswünschen. Zum Teil fanden sich auch in einer Art von Dokument Festlegungen zu beiden Bereichen.

Zur Übersicht über die Dokumententypen der Teilnehmer findet sich eine Tabelle (Tabelle 3) auf der nächsten Seite.

Tabelle 3: Übersicht Dokumente der Teilnehmer

| Fall | <u>Dokumente zur Übermittlung von Behandlungswünschen</u> | <u>Dokumente zur Bestimmung eines Stellvertreters</u> | <u>Status</u> |
|--------------|---|---|---|
| Nr. 1 | <ul style="list-style-type: none"> • Behandlungsvereinbarung • Patientenverfügung • Krisenpass | <ul style="list-style-type: none"> • Vorsorgevollmacht • Betreuungsverfügung | <ul style="list-style-type: none"> • Vorliegend |
| Nr. 2 | <ul style="list-style-type: none"> • Patientenverfügung • Krisenpass | <ul style="list-style-type: none"> • Vorsorgevollmacht • Betreuungsverfügung | <ul style="list-style-type: none"> • Vorliegend |
| Nr. 3 | <ul style="list-style-type: none"> • Krisenpass | | <ul style="list-style-type: none"> • Vorliegend |
| Nr. 4 | <ul style="list-style-type: none"> • „Patientenverfügung und Vorsorgevollmacht in Gesundheitsangelegenheiten“ • Vorausverfügung im Rahmen des „Recovery-Programmes“ | <ul style="list-style-type: none"> • Patientenvollmachten | <ul style="list-style-type: none"> • Patientenverfügung vorliegend • Vorausverfügung als Blankodokument vorliegend • Patientenvollmachten nicht vorliegend |
| Nr. 5 | <ul style="list-style-type: none"> • Behandlungsvereinbarung | | <ul style="list-style-type: none"> • Vorliegend |
| Nr. 6 | <ul style="list-style-type: none"> • Behandlungsvereinbarung | | <ul style="list-style-type: none"> • Vorliegend |
| Nr. 7 | <ul style="list-style-type: none"> • Behandlungsvereinbarung • Psychiatrisches Testament | <ul style="list-style-type: none"> • Vorsorgevollmacht | <ul style="list-style-type: none"> • Behandlungsvereinbarung vorliegend • Psychiatrisches Testament nicht vorliegend • Vollmacht nicht vorliegend |
| Nr. 8 | <ul style="list-style-type: none"> • Behandlungsvereinbarung • Patientenverfügung | <ul style="list-style-type: none"> • Vorsorgevollmacht in Patientenverfügung enthalten | <ul style="list-style-type: none"> • Nicht vorliegend |

Dokumente zur Übermittlung von Behandlungswünschen

Unter den Dokumenten zur Übermittlung von Behandlungswünschen befanden sich insgesamt drei „Krisenpässe“, vier „Patientenverfügungen“, ein „Psychiatrisches Testament“, fünf „Behandlungsvereinbarungen“ und eine Vorausverfügung im Rahmen des „Recovery-Programmes“.

Von den vier Patientenverfügungen waren drei Dokumente ursprünglich Dokumente zur Vorausplanung von Behandlungsentscheidungen am Lebensende, also Verfügungen mit einem anderen als einem psychiatrischen Schwerpunkt, die von den Teilnehmern auf die Anwendung in der Psychiatrie abgeändert wurden.

Dokumente zur Bestimmung eines Stellvertreters

Fünf Teilnehmer bestimmten einen oder mehrere „Stellvertreter“. Vier der Teilnehmer, die einen Stellvertreter benennen, nutzen dafür gesonderte Dokumente wie Vorsorgevollmachten und/oder Betreuungsverfügungen. Ein Teilnehmer gebrauchte zu diesem Zweck kein zusätzliches Dokument, sondern führte die Bestimmung eines Stellvertreters als Teil des Dokumentes zur Übermittlung von Behandlungswünschen auf. Drei Teilnehmer legten keinen Stellvertreter fest. Ein Teilnehmer erteilte einzelne Vollmachten.

4.2.1.2 Funktionen der Dokumente

Generell werden die Dokumente genutzt, um den Behandlern mitzuteilen, wie die Teilnehmer in einer Krisensituation behandelt werden wollen und welche Maßnahmen zu ergreifen bzw. zu unterlassen sind. Allerdings erfüllen die Dokumente dabei für die Teilnehmer unterschiedliche Aufgaben.

Aufgefallen ist, dass einige Teilnehmer ihr Dokument einsetzen, um in der Krisensituation Diskussionen zu vermeiden, das Dokument hat die Funktion an ihrer Stelle zu sprechen. Andere Teilnehmer wollen gerade das Gegenteil durch ihr Dokument erreichen – nämlich dass auch in der Krisensituation ein Gespräch stattfindet.

Es wurden im Wesentlichen drei Hauptfunktionen der Dokumente identifiziert: die Funktion als „Handlungsanweisung“, die Funktion als „Verhandlungs- bzw. Gesprächsgrundlage“ und die Funktion als „Organisationshilfe“. Wie unterschiedlich die jeweiligen Dokumente zur Vorausplanung genutzt werden, zeigt sich auch darin, dass das Dokument für den einen Verfasser für seinen Kampf gegen die erfahrene Willkür durch die Behandler stehen kann, für den anderen Teilnehmer als eine Organisationshilfe, deren Funktion als Ausweisdokument und Krankenaktensersatz hervorgehoben wird.

Handlungsanweisung

Auf der einen Seite werden die Dokumente von einigen Teilnehmern als strikte Handlungsanweisung eingesetzt, deren Instruktionen genauestens zu befolgen sind. Ein Dokument dient als Handlungsanweisung, wenn die darin festgehaltenen Behandlungswünsche in der Krise genauso umgesetzt werden sollen, wie sie aufgeschrieben wurden. Eine Abweichung ist dabei von den Verfassern nicht vorgesehen und wird von diesen nicht toleriert.

Verhandlungs- und Gesprächsgrundlage

Dagegen nutzen andere Teilnehmer ihre Dokumente als Ausgangspunkt für Verhandlungen über Behandlungsmaßnahmen oder auch nur als Anstoß zu einem ausführlicheren Gespräch. Ein Dokument wird als Verhandlungsgrundlage definiert, wenn die darin festgehaltenen Behandlungswünsche als Anlass für weitere Gespräche in der Krisensituation dienen. Eine Abweichung von den vorausverfügten Inhalten wird von den Verfassern toleriert, wenn sie erklärt, diskutiert und ein Konsens gefunden wird. Als Gesprächsgrundlage dient das Dokument, wenn es dafür eingesetzt werden soll, Aufmerksamkeit zu generieren und ein Gespräch herbeizuführen.

Organisationshilfe

Ein Dokument dient als Organisationshilfe, wenn darin verschiedene Informationen zur Behandlung festgehalten werden, die dazu dienen, Behandler in der Krise über organisatorische Maßnahmen, Art der Erkrankung und bisherige Behandlung in Kenntnis zu setzen. Das Dokument stellt unter diesem Aspekt vor allem eine Sammlung wichtiger Informationen dar und kann verbale Angaben bestätigen.

Tabelle 4 gibt eine Übersicht über die Funktionen der Dokumente zur Vorausplanung der Teilnehmer. Einzelne weitere Funktionen wurden den Hauptfunktionen zugeordnet, diese finden sich rechts in der Tabelle.

Tabelle 4: Übersicht Funktionen der Dokumente der Teilnehmer

| <u>Hauptfunktionen der Dokumente</u> | <u>Weitere Funktionen</u> |
|--|--|
| Handlungsanweisung | <ul style="list-style-type: none">• Kampf gegen Willkür• Grundlage zur Vermeidung von Zwangsmaßnahmen• Handlungsbeschränkung• Vermeidung von Diskussion• Zusammenfassung bereits getroffener Entscheidungen i. S. eines individuellen Behandlungsplanes• Unterbau des verbal geäußerten Willens |
| Verhandlungs-/ Gesprächsgrundlage | <ul style="list-style-type: none">• Anstoß zu Gesprächen• Hoffnung auf vermehrte Aufmerksamkeit und Zuwendung• Ausgangspunkt für Dialog über (weitere) Entscheidungen |
| Organisationshilfe | <ul style="list-style-type: none">• „Ersatzkrankenakte“• Ausweisdokument• Bestätigung verbaler Angaben |

Als Funktionen wurden außerdem identifiziert:

- Kommunikation herbeiführen oder ersetzen
- Autonomie gewährleisten
- respektvolleren Umgang erwirken
(dadurch, dass durch die Inhalte des Dokumentes ein tieferes Verständnis und eine Beachtung der individuellen Besonderheiten erzielt werden sollte)
- Kontrolle
- *Recovery*
- Sicherheit/Absicherung.

4.2.2 Vertrauenspersonen

Alle Teilnehmer dieser Studie nannten Personen, die im Falle einer Krise zu benachrichtigen sind. Fast alle Teilnehmer benannten darüber hinaus Vertrauenspersonen, die im Falle einer Krise benachrichtigt und hinzugezogen werden, sowie Aufgaben übernehmen sollen.

Als Vertrauenspersonen werden von den Teilnehmern selbst gewählte Personen bezeichnet, die in Krisensituationen hinzugezogen werden sollen und Aufgaben übernehmen sollen. Eine reine Auflistung als zu benachrichtigende Person, die nur dazu dient, um die Person in Kenntnis zu setzen, fällt nicht unter diese Definition.

Einer der Teilnehmer benannte in seinem Dokument keine Vertrauensperson im engeren Sinne, sondern führte nur Personen auf, welche er aus organisatorischen Gründen im Falle einer Krise benachrichtigen will. Eine Teilnehmerin gab Schwierigkeiten beim Finden einer geeigneten Person für diese Aufgabe an.

4.2.2.1 Auswahl der Vertrauenspersonen

Für alle Teilnehmer war bei der Wahl der Vertrauenspersonen eine verlässliche Beziehung die Grundlage. Fast alle Teilnehmer berücksichtigten bei der Auswahl darüber hinaus Merkmale der Vertrauensperson.

Unter den Teilnehmern, die eine oder mehrere Vertrauenspersonen benannt haben, wählte ein Teil nächste Angehörige als Vertrauenspersonen aus, ein anderer Teil wählte eine befreundete Person oder Personen aus dem weiteren Verwandten- oder Bekanntenkreis. Die Teilnehmer, die nächste Angehörige als Vertrauensperson bestimmten, legten Wert auf eine vertrauensvolle, unterstützende Beziehung.

Auffallend war, dass die Teilnehmer, die keinen nächsten Angehörigen als Vertrauensperson benannt hatten, die Merkmale der Personen stärker hervorhoben, die sie aus ihrer Sicht qualifizierten, die Rolle zu übernehmen. Einige dieser Teilnehmer gaben an, zwar nächstehende Angehörige zu haben, denen auch vertraut werde, diese jedoch als nicht geeignet für die Aufgaben anzusehen, die ihnen im Krisenfall zukommen sollen. Diese Teilnehmergruppe wählte ihre Vertrauensperson nach Eignung aus, indem sie Persönlichkeitsmerkmale, Charaktereigenschaften, Erfahrungen mit Vorausplanungen oder das Verhalten im Umgang mit den Behandlern berücksichtigte.

Tabelle 5 zeigt welche Personen die Teilnehmer als Vertrauenspersonen wählen und welche Rollenfunktion ihnen zugeschrieben wird.

Tabelle 5: Übersicht Vertrauenspersonen der Teilnehmer

| <u>Teilnehmer</u> | <u>Vertrauensperson</u> | <u>Rollenfunktion</u> |
|-------------------|-------------------------------|------------------------------------|
| • Nr. 1 | • Sonstiger Verwandter | • Stellvertreter |
| • Nr. 2 | • Naher Angehöriger | • Keine Rolle überwiegt klar |
| • Nr. 3 | • Nur Kontaktpersonen benannt | • Keine Rolle als Vertrauensperson |
| • Nr. 4 | • Freund oder Bekannter | • Keine Rolle überwiegt klar |
| • Nr. 5 | • Naher Angehöriger | • Emotionaler Beistand |
| • Nr. 6 | • Freund oder Bekannter | • Emotionaler Beistand |
| • Nr. 7 | • Freund oder Bekannter | • Keine Rolle überwiegt klar |
| • Nr. 8 | • Naher Angehöriger | • Stellvertreter |

4.2.2.2 Aufgaben und Rollenfunktion der Vertrauenspersonen

Die Vertrauenspersonen der Teilnehmer übernahmen unterschiedliche Aufgaben und erfüllten damit jeweils andere Funktionen und Rollen. Identifiziert werden konnten dabei die Rollenfunktion des „Stellvertreters“ und die des „emotionalen Beistandes“.

Die Rolle als Stellvertreter sowie die Rolle als emotionaler Beistand umfasste dabei einzelne, unterschiedliche Aufgaben, die im Folgenden dargestellt sind.

Tabelle 6: Rollen der Vertrauenspersonen

| |
|--|
| <p>Rolle als Stellvertreter:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vertretung der psychiatrischen Behandlungswünsche: befehligen, aktiv Anordnungen erteilen • Gesetzliche Betreuung • Regelung finanzieller, juristischer, bürokratischer Angelegenheiten • Sonstige organisatorische Aufgaben |
| <p>Rolle als emotionaler Beistand:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Beschützer: Behandler beobachten, bei Missständen einschreiten • Unterstützer: anwesend sein, Support, Ermutigung • Berater: Ratschläge erteilen • Deeskalation: Durch Vermittlung und Beruhigung den Einsatz von Zwangsmaßnahmen vermeiden, Krisen und Konflikte entschärfen |

Bei fast allen Teilnehmern übernahmen die Vertrauenspersonen Aufgaben als Stellvertreter und Aufgaben als emotionaler Beistand, jedoch war in einigen Fällen ein klares Überwiegen einer Rolle über die andere erkennbar. Bei zwei Teilnehmern lag der Schwerpunkt auf der Rolle als Stellvertreter, bei zwei Teilnehmern auf der als emotionaler Beistand und bei drei Teilnehmern dominierte keine Rolle erkennbar.

Anzumerken ist, dass die Rollen eine Schnittmenge haben können, z. B. wenn der Stellvertreter Entscheidungen durchsetzt, die zur Deeskalation beitragen, oder der emotionale Beistand den Verfasser durch Überwachung der Festlegungen beschützt. Unterschiede bestehen im Schwerpunkt: dieser kann auf der Durchsetzung des Willens des Verfassers mit allen Mitteln liegen oder auf Beruhigung und Zuspruch, wenn der Verfasser sich in einem vulnerablen Zustand befindet.

4.2.3 Behandlungswünsche

Als Kategorien von Behandlungswünschen wurden die folgenden identifiziert:

- Behandlung mit Medikamenten
- Freiheitsentziehende Maßnahmen
- Umgang mit Zwangsmaßnahmen
- Sonstige Wünsche (z. B. Umgangswünsche, Wünsche zum Setting)
- Deeskalationsmethoden.

Dieselben Maßnahmen werden von unterschiedlichen Personen als hilfreich oder als schädlich empfunden. Diese individuellen Präferenzen gegenüber den Behandlern zum Ausdruck zu bringen, ist ein wichtiges Ziel vieler Teilnehmer.

4.2.3.1 Behandlung mit Medikamenten

Alle Teilnehmer machten in ihren Vorausplanungen Angaben zu einer medikamentösen Behandlung mit Psychopharmaka. In Tabelle 7 ist dargestellt, welche Wünsche die Teilnehmer bezüglich Medikation äußerten.

Tabelle 7: Übersicht Behandlungswünsche bezüglich Medikation

| <u>Behandlungswünsche</u> |
|---|
| • Ablehnung / Vermeidung bestimmter Medikamente |
| • Zustimmung zu bestimmten Medikamenten |
| • Begrenzung der Dosis in der Krise |
| • orale Darreichungsform |
| • Festlegung von Voraussetzungen zur Verabreichung von Medikamenten |

Ablehnung/Vermeidung bestimmter Medikamente

Alle Teilnehmer äußerten den Wunsch, bestimmte Medikamente nicht verabreicht zu bekommen, wobei sich der Grad der Ablehnung zwischen „strikter Ablehnung“ und „Vermeidung, falls möglich“ bewegte. Die Teilnehmer lehnten zwischen 1 und 5 Medikamente ab, fünf davon eine Behandlung mit dem Medikament „Haldol®“. Tabelle 8 gibt eine Übersicht über die von den einzelnen Teilnehmern abgelehnten Medikamente.

Tabelle 8: Übersicht abgelehnte Medikation

| <u>Behandlungswunsch</u> | <u>Medikamente</u> |
|--|---|
| Ablehnung/Vermeidung bestimmter Medikamente | <ul style="list-style-type: none">• <u>Nr. 1:</u> Haldol®, Abilify®, Risperdal®, Zyprexa®, Carbamazepin• <u>Nr. 2:</u> Zyprexa®, Fluanxol®• <u>Nr. 3:</u> Glianimon®, Haloperidol• <u>Nr. 4:</u> Haldol®• <u>Nr. 5:</u> Taxilan®, Eunerpan®• <u>Nr. 6:</u> Olanzapin (Zyprexa®), Quetiapin (Seroquel®)• <u>Nr. 7:</u> Atosil®, Haldol®, Leponex®, Neurocil®, Melleril®• <u>Nr. 8:</u> Haldol®, Leponex®, Fluanxol® |

Zustimmung zu bestimmter Medikation

Sieben der acht Teilnehmer gaben ihr Einverständnis, bestimmte Medikamente zu erhalten, wobei sich der Grad der Zustimmung zwischen „Einforderung“ und „Genehmigung wenn Medikation unvermeidbar“ bewegte. Zudem wurde zwischen der Zustimmung zur Einnahme spezifischer Medikamente im Krisenfall und der Zustimmung zur Einnahme der aktuellen Dauermedikation unterschieden.

Von den sieben Teilnehmern, die eine Medikation bewilligten, stimmten fünf sowohl einer Krisen- als auch einer Dauermedikation zu, zwei nur einer Krisenmedikation.

Tabelle 9 gibt eine Übersicht über die Medikamente, zu denen die einzelnen Teilnehmer ihr Einverständnis gaben.

Tabelle 9: Übersicht Zustimmung zu bestimmter Medikation

| <u>Behandlungswunsch</u> | <u>Medikament</u> |
|--|--|
| Zustimmung zu bestimmten Medikamenten | <ul style="list-style-type: none"> • <u>Nr. 1:</u> Tavor®, Taxilan® (Krise) Taxilan®, Dominal® (aktuelle Medikation) • <u>Nr. 2:</u> Tavor®, Haldol® (Krise) Risperdal Consta®, Leponex® (aktuelle Medikation) • <u>Nr. 3:</u> Fluanxol®, Tavor®, Zyprexa® (Krise) Quilonum retard®, Fluanxol® (aktuelle Medikation) • <u>Nr. 4:</u> Seroquel® (Krise) • <u>Nr. 5:</u> Zyprexa® (Olanzapin) (Krise und aktuelle Medikation in unterschiedlicher Dosis) • <u>Nr. 6:</u> Perazin®, Haloperidol (Haldol®) (Krise) • <u>Nr. 7:</u> Quilonum retard®, Kalium Silicatum Q® (homöopathisches Medikament) (aktuelle Medikation) Valium®, Baldrian, homöopathisches Medikament (Krise) • <u>Nr. 8:</u> keine Angabe |

Wünsche die Dosierung betreffend

Alle Teilnehmer, die ihre aktuelle Medikation angegeben hatten, machten Dosisangaben zu mind. einem ihrer aktuellen Medikamente. Zwei Teilnehmer nutzen die Vorausplanung, um die Medikation in der Krise klar zu begrenzen, ein Teilnehmer damit eine möglichst niedrige Dosis angesetzt werde.

Wünsche die Darreichungsform betreffend

Fünf Teilnehmer äußerten Wünsche, die Darreichungsform betreffend, die sich bei vier Teilnehmern auch in den Dokumenten zur Vorausplanung wiederfanden. Alle legten fest, eine orale Verabreichung zu bevorzugen. Drei von ihnen gaben an, die Verabreichung von Tabletten/Dragees zu bevorzugen, wobei zwei klar die Verabreichung von Tropfen ablehnten.

Festlegung von Voraussetzungen zur Verabreichung von Medikamenten

Ein Teilnehmer legte Voraussetzungen zur Verabreichung von Medikamenten fest, wie beispielsweise das Andauern seiner Symptomatik über einen zeitlich definierten Rahmen hinaus.

4.2.3.2 Freiheitsentziehende Maßnahmen

Sieben von acht Teilnehmern machten in ihren Vorausplanungen Angaben zu freiheitsentziehenden Maßnahmen. Ein Teilnehmer machte hierzu keine Angaben.

Mechanische Fixierung

Wie in Tabelle 10 dargestellt, gaben sieben Teilnehmer an, nicht mechanisch fixiert werden zu wollen, wobei drei Teilnehmer eine Fixierung strikt ablehnten und vier angaben, dass diese zu vermeiden sei, wenn nicht absolut notwendig.

Tabelle 10: Übersicht Ablehnung mechanischer Fixierung

| <u>Behandlungswunsch</u> <u>keine mechanische Fixierung</u> | <u>Teilnehmer</u> |
|--|--|
| Strikte Ablehnung | <ul style="list-style-type: none"> • Nr. 1 • Nr. 7 • Nr. 8 |
| Wunsch nach Vermeidung | <ul style="list-style-type: none"> • Nr. 2 • Nr. 4 • Nr. 5 • Nr. 6 |

Spezifische Festlegungen

Fünf Teilnehmer machten Angaben zu deeskalierenden Maßnahmen, die angewendet werden sollen, falls eine Fixierung notwendig erscheint. Diese Maßnahmen sollen dazu dienen, die Krisensituation zu entschärfen und so eine Fixierung abzuwenden. Drei Teilnehmer legten fest, im Falle einer mechanischen Fixierung die Anwesenheit einer anderen Person zu wünschen, ein weiterer Teilnehmer beklagte das Fehlen einer Sitzwache, ohne diese explizit einzufordern, da er eine Fixierung generell strikt ablehnte. Diese Ergebnisse sind in Tabelle 11 dargestellt.

Tabelle 11: Übersicht spezifische Festlegungen in Bezug auf mechanische Fixierung

| <u>Behandlungswunsch</u> | <u>Wünsche der einzelnen Teilnehmer</u> |
|--|---|
| Festlegung von deeskalierenden Maßnahmen vor mechanischer Fixierung | <ul style="list-style-type: none"> • Nr. 2: Gespräch, Psychologe • Nr. 4: Fürsprecher etc. • Nr. 5: Gespräch • Nr. 6: diverse Maßnahmen • Nr. 7: diverse Maßnahmen |
| Festlegung von Begleitmaßnahmen während mechanischer Fixierung | <ul style="list-style-type: none"> • Nr. 2: Sitzwache • Nr. 5: Ansprechpartner • Nr. 6: Sitzwache • (Nr. 1: Sitzwache)* <p>*Hinweis: Der Teilnehmer lehnt mechanische Fixierung strikt und vehement ab, beklagt auch zusätzlich das Fehlen einer Sitzwache.</p> |

Sonstige freiheitsentziehende Maßnahmen

Wie in Tabelle 12 dargestellt, lehnten zwei Teilnehmer eine geschlossene Unterbringung strikt ab, drei gaben ihre Einwilligung dazu. Zwei Teilnehmer gaben ihre Einwilligung zur Aufnahme auf eine offene Station.

Tabelle 12: Übersicht Wünsche bezüglich Unterbringung

| <u>Festlegung</u> | <u>Teilnehmer</u> |
|--|---|
| Ablehnung geschlossener Unterbringung | <ul style="list-style-type: none">• Nr. 7• Nr. 8 |
| Zustimmung zu geschlossener Unterbringung | <ul style="list-style-type: none">• Nr. 1• Nr. 5• Nr. 6 |
| Zustimmung zu offener Unterbringung | <ul style="list-style-type: none">• Nr. 4• Nr. 8 |

Zu weiteren freiheitsentziehenden Maßnahmen, wie Isolation und Ausgangsbeschränkung, fanden sich vereinzelt Aussagen, die sich diametral gegenüberstanden. Ein Teilnehmer lehnte Isolationsmaßnahmen strikt ab, ein anderer stimmte ihnen ausdrücklich zu.

4.2.3.3 Umgang mit Zwangsmaßnahmen

Es fanden sich zum Teil sehr differenzierte Betrachtungen hinsichtlich des Einsatzes von Zwangsmaßnahmen. Der Grad an Ablehnung beziehungsweise der Wunsch diese zu verhindern war individuell unterschiedlich ausgeprägt. Bestimmte Maßnahmen werden von einigen Teilnehmern nachdrücklich abgelehnt, anderen Maßnahmen wird im Notfall zugestimmt und einige werden ausdrücklich gefordert.

Fast alle Teilnehmer machten Angaben zum Umgang mit Zwangsmaßnahmen, diese sind in Tabelle 13 zusammenfassend dargestellt: Ein Teilnehmer verweigerte in seiner Vorausplanung die Zustimmung zu jeglichen Zwangsmaßnahmen. Zwei Teilnehmer lehnten eine bestimmte Zwangsmaßnahme unter allen Umständen ab. Vier Teilnehmer wollen Zwangsmaßnahmen, wenn irgend möglich vermeiden, schließen sie aber nicht ausdrücklich aus. Ein Teilnehmer machte keine Angaben zu Zwangsmaßnahmen, mit der Begründung, dass die Angabe diesbezüglicher Wünsche keine Konsequenz habe.

Tabelle 13: Übersicht Umgang mit Zwangsmaßnahmen

| <u>Behandlungswunsch</u> | <u>Teilnehmer</u> |
|---|--|
| Ablehnung aller Zwangsmaßnahmen | <ul style="list-style-type: none"> • Nr. 8 |
| Strikte Ablehnung best. Zwangsmaßnahme(n) | <ul style="list-style-type: none"> • Nr. 1 • Nr. 7 |
| Vermeidung von Zwangsmaßnahmen, wenn möglich | <ul style="list-style-type: none"> • Nr. 2 • Nr. 4 • Nr. 5 • Nr. 6 |
| Keine Angabe | <ul style="list-style-type: none"> • Nr. 3 |

Festlegung einer Rangfolge bzgl. der Anwendung von Zwangsmaßnahmen

Drei Teilnehmer legten in ihren Vorausplanungen fest, in welcher Rangfolge Zwangsmaßnahmen erfolgen sollen. Dies dient den Teilnehmern dazu, den Behandlern zu zeigen, mit welcher Zwangsmaßnahme sie noch eher einverstanden sind und welche Zwangsmaßnahme am meisten abgelehnt wird. Dabei zeigen sich große individuelle Unterschiede (*siehe dazu Tabelle 14*): Zwei der Teilnehmer gaben an, eine Zwangsmedikation auf alle Fälle vermeiden zu wollen und noch eher einer mechanischen Fixierung ohne Verabreichung von Medikamenten zuzustimmen. Ein Teilnehmer hob besonders die Ablehnung einer mechanischen Fixierung hervor.

Genauso individuell wie die Präferenzen, sind auch die angegebenen Gründe: Der Teilnehmer, der die Fixierung vehement ablehnt, nennt seelisches und vor allem auch körperliches Leiden als Grund der Ablehnung. Einer der Teilnehmer, der vor allem die Zwangsmedikation ablehnt, will vermeiden, dass alle psychotischen Symptome durch die Medikation verschwinden und bevorzugt abzuwarten, bis diese von selbst abklingen. Der andere Teilnehmer, der die Zwangsmedikation ablehnt, beschreibt diese als massiven und gewaltvollen Übergriff erlebt zu haben.

Tabelle 14: Übersicht Festlegung einer Rangfolge bzgl. der Anwendung von Zwangsmaßnahmen

| <u>Behandlungswunsch:</u> <u>Rangfolge von Zwangsmaßnahmen</u> | <u>Teilnehmer</u> |
|---|--|
| Präferenz mechanischer Fixierung vor medikamentöser Zwangsbehandlung | <ul style="list-style-type: none"> • Nr. 5 • Nr. 7 |
| Präferenz medikamentöse Zwangsbehandlung vor mechanischer Fixierung | <ul style="list-style-type: none"> • Nr. 1 |

4.2.3.4 Sonstige Wünsche

Sieben der acht Teilnehmer gaben weitere Wünsche im Zusammenhang mit der psychiatrischen Behandlung an. Ein Teilnehmer nannte keine weiteren Wünsche. Einen Überblick über diese „sonstigen Wünsche“ zeigt Tabelle 15 (*siehe nächste Seite*).

Vier Teilnehmer äußerten den Wunsch nach einem Gespräch. Drei machten Festlegungen das Setting der Aufnahmesituation betreffend. Drei drückten Präferenzen für eine Behandlung nach einem bestimmten Behandlungskonzept aus, zwei für eine Behandlung in einer bestimmten Klinik.

Jeweils zwei Teilnehmer machten Angaben zu somatischer Medikation, zu Wünschen im Verlauf des weiteren stationären Aufenthaltes (außerhalb der Krisensituation) und zum Schutz der Privatsphäre gegenüber dem Arbeitgeber, durch einen neutralen Stempel auf der Krankmeldung.

Als weitere, einzelne Wünsche fanden sich die Ablehnung einer Elektro-convulsiven Therapie (EKT), die Festlegung von Aufgaben des Sozialdienstes, die Bitte um Verständnis, Festlegungen zu Kontaktabsprachen und der Wunsch einen Psychologen zu sprechen.

Tabelle 15: Übersicht über sonstige in der Vorausplanung erwähnte Wünsche

| <u>Wunsch</u> | <u>Teilnehmer</u> |
|--|--|
| Gesprächswunsch | <ul style="list-style-type: none"> • Nr. 1 • Nr. 2 • Nr. 5 • Nr. 7 |
| Setting der Aufnahmesituation* | <ul style="list-style-type: none"> • Nr. 5 • Nr. 6 • Nr. 7 |
| Präferenz für best. Behandlungskonzept** | <ul style="list-style-type: none"> • Nr. 4 • Nr. 6 • Nr. 7 |
| Wünsche im Rahmen des weiteren stationären Aufenthaltes | <ul style="list-style-type: none"> • Nr. 6 • Nr. 7 |
| Präferenz für bestimmte Klinik | <ul style="list-style-type: none"> • Nr. 1 • Nr. 4 |
| Somatische Medikation/ Beachtung somatischer Erkrankungen | <ul style="list-style-type: none"> • Nr. 3 • Nr. 6 |
| Schutz der Privatsphäre gegenüber dem Arbeitgeber | <ul style="list-style-type: none"> • Nr. 5 • Nr. 7 |
| Ablehnung EKT | <ul style="list-style-type: none"> • Nr. 7 |
| Bitte um Verständnis | <ul style="list-style-type: none"> • Nr. 1 |
| Aufgaben d. Sozialdienstes | <ul style="list-style-type: none"> • Nr. 6 |
| Kontaktabsprachen | <ul style="list-style-type: none"> • Nr. 7 |
| Psychologe sprechen | <ul style="list-style-type: none"> • Nr. 2 |
| Keine Angaben | <ul style="list-style-type: none"> • Nr. 8 |

* im Einzelnen:

Nr. 5: reizarm, nicht alleine sein, Schreibutensilien.

Nr. 6: reizarm, einfühlsame Willkommengeste, Saftschorle, etc.

Nr. 7: Rückzug, offene Station, Gespräche, frische Luft.

** im Einzelnen:

Nr. 4: Ressourcen-orientiert.

Nr. 6: „Home Treatment“.

Nr. 7: „Open Dialogue“.

4.2.4 Bisherige Erfahrungen

Unter den bisherigen Erfahrungen wurden sowohl Erfahrungen im Zusammenhang mit vergangenen psychiatrischen Aufenthalten erhoben als auch – soweit vorhanden – Erfahrungen in Zusammenhang mit dem Dokument zur Vorausplanung.

Erfahrungen in Zusammenhang mit psychiatrischen Aufenthalten

In Hinblick auf die der Erstellung ihrer Dokumente vorausgegangenen Erfahrungen, berichten alle acht Teilnehmer von mehr oder weniger negativen Ereignissen in Zusammenhang mit psychiatrischen Aufenthalten (*siehe dazu Tabelle 16 auf der nächsten Seite*). Die negativen Erfahrungen sind von jeweils unterschiedlicher Qualität: zwei Teilnehmer sprechen von einer Traumatisierung durch diese Erlebnisse, andere Teilnehmer scheinen weniger beeinträchtigt. Dem gegenüber berichten fünf Teilnehmer auch von positiven Erlebnissen in Zusammenhang mit ambulanten Einrichtungen oder offen stationärer psychiatrischer Behandlung.

Erfahrungen in Zusammenhang mit Dokumenten zur Vorausplanung

Drei Teilnehmer berichten von Erfahrungen, die als positiv einzuordnen sind. Ein Teilnehmer schildert eine negative, sogar nachteilige Erfahrung, durch das Erstellen des Dokumentes zur Vorausplanung. Vier Teilnehmer konnten zum Zeitpunkt des Interviews noch über keine Erfahrung mit dem Einsatz ihres Dokumentes berichten.

Tabelle 16: Übersicht Erfahrungen in Zusammenhang mit psychiatrischen Aufenthalten

| Fall | <u>Negative Erfahrungen</u> | <u>Positive Erfahrungen</u> |
|--------------|--|---|
| Nr. 1 | <ul style="list-style-type: none"> • Fixierung • Medikation • Traumatisierung | <ul style="list-style-type: none"> • mit ambulanter Einrichtung |
| Nr. 2 | <ul style="list-style-type: none"> • Zwangsmedikation • Isolationsmaßnahmen | |
| Nr. 3 | <ul style="list-style-type: none"> • Medikamente • Zustände • zwischenmenschlicher Umgang durch Behandler | |
| Nr. 4 | <ul style="list-style-type: none"> • Zwangsmaßnahmen (Medikamente und Fixierung) • Übergriff auf Würde • Traumatisierung | <ul style="list-style-type: none"> • mit „Soteria“ Einrichtungen |
| Nr. 5 | <ul style="list-style-type: none"> • Medikation | |
| Nr. 6 | <ul style="list-style-type: none"> • Fixierung und Zwangsmedikation | <ul style="list-style-type: none"> • mehrere positive Erfahrung |
| Nr. 7 | <ul style="list-style-type: none"> • geschlossene Unterbringung und Medikamente • Gewalt durch Mitpatienten • schlechte Behandlung durch Pflegepersonal | <ul style="list-style-type: none"> • sieht Verbesserungen |
| Nr. 8 | <ul style="list-style-type: none"> • geschlossene Unterbringung und Medikamente: Demütigung, „Versuchsobjekt“, „letzte Stunde geschlagen“ | <ul style="list-style-type: none"> • mit offener Station |

4.2.5 Einstellungen gegenüber der Psychiatrie

Unter den Teilnehmern gab es unterschiedliche Einstellungen gegenüber der Psychiatrie, eine Übersicht gibt Tabelle 17.

Tabelle 17: Übersicht Einstellungen der Teilnehmer gegenüber der Psychiatrie

| <u>Teilnehmer</u> | <u>Einstellung</u> |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • Nr. 1 | <ul style="list-style-type: none"> • Psychiatrie als Feindbild • Vertrauensverlust in Institution Psychiatrie |
| <ul style="list-style-type: none"> • Nr. 2 | <ul style="list-style-type: none"> • Ambivalenz |
| <ul style="list-style-type: none"> • Nr. 3 | <ul style="list-style-type: none"> • Psychiatrie als Macht, gegen die er einige Positionen durchsetzt |
| <ul style="list-style-type: none"> • Nr. 4 | <ul style="list-style-type: none"> • differenzierte Einstellung |
| <ul style="list-style-type: none"> • Nr. 5 | <ul style="list-style-type: none"> • Erkennt die Notwendigkeit von Unterstützung und Behandlung unter bestimmten Bedingungen und mit bestimmten Einschränkungen an |
| <ul style="list-style-type: none"> • Nr. 6 | <ul style="list-style-type: none"> • Vertrauen auf Verhandlungsbereitschaft und Entgegenkommen • Identifikation mit Klinik • differenzierte Haltung bzgl. Zwangsmaßnahmen |
| <ul style="list-style-type: none"> • Nr. 7 | <ul style="list-style-type: none"> • Misstrauen, Vertrauensverlust, ablehnende Haltung |
| <ul style="list-style-type: none"> • Nr. 8 | <ul style="list-style-type: none"> • Erkennt nur offene Station als sinnvolle Hilfe an • Kampfgeist/Rebellion/Auflehnung gegen Behandler (v. a. Ärzte) |

4.2.6 Übergeordnete Ziele

Durch das Instrument der Vorausplanung sollen übergeordnete Ziele erreicht werden. Im Allgemeinen sollen die Vorausplanungen eingesetzt werden, um Schutz vor subjektivem Leiden unter einer als inadäquat empfundenen Behandlung zu bieten und Beruhigung und Deeskalation in der Krise herbeiführen. Generell lässt sich festhalten, dass hinter den in den Dokumenten formulierten Behandlungswünschen das übergeordnete Ziel einer besseren Behandlung in der Zukunft steht, im Vergleich zu der bisher erfahrenen: allgemein soll vermieden werden, dass sich negative Erfahrungen wiederholen. Darüber hinaus verfolgen die Teilnehmer noch einzelne, unterschiedliche Ziele, z. B. die Ermöglichung des Auslebens einer Psychose unter geschützten Bedingungen. Tabelle 18 gibt einen Überblick über die übergeordneten Ziele der Teilnehmer.

Die Dokumente zur Vorausplanung werden in der Hoffnung eingesetzt, eine Akzeptanz für den eigenen Willen zu schaffen und autonome Entscheidungen treffen zu können. In einigen Fällen soll das Dokument darüber hinaus die Umsetzung dieser Entscheidungen auch rechtlich absichern. Andere Teilnehmer setzen das Dokument ein, um Verhandlungen anzustoßen, Zuwendung zu erhalten oder Konflikte zu reduzieren. Ein Teilnehmer plante sein Dokument im Zuge eines „Recovery-Programmes“ zu nutzen. Die Idee, die Erstellung des Dokumentes als Auseinandersetzung mit der eigenen Erkrankung zu betrachten und Vorausplanung als Schritt auf dem Weg einer Genesung zu sehen, zeigt eine potentielle therapeutische Einsatzmöglichkeit von Vorausplanung auf.

Tabelle 18: Übersicht zu übergeordneten Zielen der Teilnehmer

| <u>Übergeordnete Ziele</u> |
|--|
| <p>Schutz vor subjektivem Leiden unter inadäquater Behandlung</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vermeidung von Zwang • Keine geschlossene Unterbringung • Konsens bezüglich Medikation finden • Durch Gespräche Einwilligung zur stationären Aufnahme erwirken, damit keine Zwangsunterbringung notwendig wird • Vermeidung einer Behandlung in der Klinik • Psychose ohne Medikamente ausleben, wenn machbar • Verhinderung von Einbußen durch inadäquate Behandlung • Vermeidung von Diskussion • Vermeidung von (bestimmter) Medikation • Vermeidung von (bestimmten) Zwangsmaßnahmen |
| <p>Beruhigung und Deeskalation in der Krise durch adäquate Behandlung</p> <ul style="list-style-type: none"> • Berücksichtigung individueller Bedürfnisse • Sofortige adäquate medikamentöse Behandlung • Gespräche |
| Juristische Absicherung |
| Respekt |
| Akzeptanz des Eigenwillens |

4.2.7 Framework (Anwendungsmodelle)

Bei der Auswertung der Interviews bildete sich ab, dass die Verfasser ihr Dokument in der Krise auf unterschiedliche Art und Weise einsetzen wollen. Es wurden zwei Modelle herausgearbeitet, die die Anwendungsabsichten der Verfasser beschreiben:

Entweder als Handlungsanleitung für die Behandler, mit dem Ziel der Absicherung der Umsetzung des eigenen Willens (Anwendungsmodell *Irrevocable Decision / Unwiderrufliche Entscheidung*). Oder als Anstoß zu einem Gespräch und zu Verhandlungen in der Krise, mit dem Ziel einer gemeinsamen Entscheidungsfindung (Anwendungsmodell *Shared Decision-Making During Crisis / gemeinsame Entscheidungsfindung während der Krise*). Teilweise waren in verschiedenen Bereichen der Behandlungswünsche unterschiedliche Anwendungsmodelle erkennbar.

Die neue Kategorie, die die Modelle umfasst, wird als *Framework* bezeichnet. Die Definitionen der verschiedenen Anwendungsmodelle werden im Folgenden erläutert.

4.2.7.1 Definitionen der Anwendungsmodelle

Irrevocable Decision (ID)

Bei den Teilnehmern, die ihre Dokumente nach dem *Framework Irrevocable Decision (unwiderrufliche Entscheidung)* einsetzen wollen, sind die dokumentierten Entscheidungen als nicht verhandelbar zu verstehen. Ein Verfasser, der sein Dokument nach diesem Modell anwenden will, beabsichtigt, dass sein vorausverfügter Wille in der Krise genau wie festgelegt, 1:1 umgesetzt wird. Es gibt in diesem Fall keinen Verhandlungsspielraum während der Krise. In der Krise geäußerte Wünsche, die den Wünschen im Dokument widersprechen, sollen keine Berücksichtigung finden. Die Behandler sollen nicht versuchen, den Patienten in der Krise von einer Behandlung zu überzeugen, die seinen im Dokument festgelegten Wünschen widerspricht, auch wenn dies ihrem Ermessen nach sinnvoll wäre.

Bei Fällen, in denen es nur im Vorfeld der Krise, während des Erstellungsprozesses Verhandlungsbereitschaft gegeben hat (z. B. während des gemeinsamen Verfassens einer Behandlungsvereinbarung), in der Krise jedoch gefordert wird, die gefundene Vereinbarung wie getroffen einzuhalten, ist vom *Anwendungsmodell Irrevocable Decision* auszugehen.

Shared Decision-Making During Crisis (SD)

Bei dem Anwendungsmodell des *Shared Decision-Making During Crisis (gemeinsame Entscheidungsfindung während der Krise)*, legt der Verfasser in seinem Dokument Behandlungswünsche fest, mit der Absicht, dass auf Grundlage dieser festgelegten Wünsche in der Krise mit ihm ausgelotet und verhandelt wird, inwieweit diese umsetzbar sind. Verfassern, die ihr Dokument nach diesem Anwendungsmodell einsetzen wollen, ist das Gespräch in der Krise wichtig, zu diesem Zeitpunkt mündlich geäußerte Wünsche sollen Berücksichtigung finden. Die Behandler sollen versuchen, den Patienten in der Krise im Gespräch von einer Behandlung zu überzeugen, wenn sie ihrem Ermessen nach sinnvoll ist. Auch wenn der Verfasser einige Wünsche festgelegt hat, die er unbedingt umgesetzt wissen will, ist er doch bereit davon abzuweichen, wenn es sinnvolle Argumente dafür gibt.

Misch-Typ (MT)

Ein *Misch-Typ* kann kodiert werden, wenn die Vorausverfügung Anteile beider Modelle enthält, es also Elemente gibt, die verhandelbar sind (in denen das Dokument Grundlage zur gemeinsamen Entscheidungsfindung ist) und Elemente, die nicht verhandelbar sind (also auf jeden Fall genauso beachtet werden sollen). Falls einer der Anteile deutlich überwiegt, ist der Fall unter dem *Framework* des überwiegenden Anteils kodiert worden.

Abgrenzungen

Es ist wichtig, das Anwendungsmodell nach dem hier entwickelten *Framework Shared Decision-Making During Crisis (SD)*, also der *gemeinsamen Entscheidungsfindung während einer Krise*, nach welchem die in der Verfügung dokumentierten Festlegungen in der Krisensituation angewendet werden soll, vom bereits in der Literatur beschriebenen Modell des *Shared Decision-Makings (SDM)*, nach dem das Dokument *im Vorfeld* der Krise erstellt wurde, zu unterscheiden. So kann auch die Umsetzung einer Behandlungsvereinbarung, die bei der Erstellung nach dem Modell eines *Shared Decision-Makings (SDM)* zustande gekommen ist, dem *Framework Irrevocable Decision* entsprechend eingefordert werden und vice versa.

4.2.7.2 Anwendungsabsichten unter den Teilnehmern

Wie in Tabelle 19 dargestellt, setzen fünf der acht Teilnehmer ihr Dokument zur Vorausplanung entsprechend dem Anwendungsmodell des *Frameworks Irrevocable Decision* ein. Zwei Teilnehmer wenden es unter dem *Framework Shared Decision-Making During Crisis* an. Ein Teilnehmer entspricht dem *Misch-Typ*, seine Anwendungsabsicht enthält Anteile beider Konzepte.

Tabelle 19: Übersicht *Framework*

| <u>Framework</u> | <u>Fall</u> |
|--|---|
| <i>Irrevocable Decision</i> | <ul style="list-style-type: none">• Nr. 1• Nr. 3• Nr. 4• Nr. 7• Nr. 8 |
| <i>Shared Decision-Making During Crisis</i> | <ul style="list-style-type: none">• Nr. 2• Nr. 5 |
| <i>Misch-Typ</i> | <ul style="list-style-type: none">• Nr. 6 |

Da die Möglichkeit einer Typenbildung überprüft wurde, wurde nach Korrelationen verschiedener Kategorien geforscht. Tabelle 20 zeigt eine Zusammenschau ausgewählter Kategorien in Bezug zum *Framework* der Fälle (*siehe nächste Seite*).

Tabelle 20: Zusammenschau ausgewählter Kategorien

| <u>Fall</u> | <u>Rolle Vertrauens-Person</u> | <u>Ziel</u> | <u>Frame-work*</u> | <u>Erfahrungen und Einstellungen</u> |
|--------------|--------------------------------|---|--------------------|--|
| Nr. 1 | Stellvertreter | <ul style="list-style-type: none"> Keine Fixierung Präferenz med. Zwangsbehandlung juristische Durchsetzung | <i>ID</i> | <ul style="list-style-type: none"> traumatische Erfahrung mit Fixierung, bestimmtem Neuroleptikum und Behandlungsautomatismus Kampf gegen Willkür der Behandler |
| Nr. 2 | Keine überwiegt | <ul style="list-style-type: none"> Gespräche Reduktion von Konflikten | <i>SD</i> | <ul style="list-style-type: none"> Negative Erfahrung mit Zwangsmedikation und Isolationsmaßnahmen Ambivalenz |
| Nr. 3 | Keine benannt | <ul style="list-style-type: none"> sofortige adäquate med. Behandlung nach persönlichen Präferenzen | <i>ID</i> | <ul style="list-style-type: none"> Negative Erfahrungen mit psychiatrischer Behandlung |
| Nr. 4 | Keine überwiegt | <ul style="list-style-type: none"> Vermeidung von Zwang durch Deeskalation Respekt | <i>ID</i> | <ul style="list-style-type: none"> Negative Erfahrung mit Zwangsmaßnahmen i. S. eines Übergriffes auf die Würde Differenzierte Einstellung |
| Nr. 5 | Emotionaler Beistand | <ul style="list-style-type: none"> Gespräche Psychose ausleben Isolierung vor mechanischer Fixierung vor Medikation | <i>SD</i> | <ul style="list-style-type: none"> Negative Erfahrung mit hochdosierter Medikation Erkennt Notwendigkeit von Unterstützung und Behandlung unter bestimmten Bedingungen und mit bestimmten Einschränkungen an |
| Nr. 6 | Emotionaler Beistand | <ul style="list-style-type: none"> Deeskalationsmaßnahmen vor Zwanganwendung Berücksichtigung individueller Bedürfnisse Kein Gespräch in der Krise | <i>MT</i> | <ul style="list-style-type: none"> Gemischte Erfahrungen Vertrauen auf Entgegenkommen der Behandler Identifikation mit Klinik Differenzierte Haltung bezüglich Zwangsmaßnahmen |

| | | | | |
|--------------|--------------------|---|-----------|---|
| Nr. 7 | Keine Überwiegt | <ul style="list-style-type: none"> • Gespräche • Keine Zwangsmedikation | <i>ID</i> | <ul style="list-style-type: none"> • Negative Erfahrungen im Zusammenhang mit psychiatrischer Behandlung • Negative Erfahrung in Zusammenhang mit dem Dokument • Vertrauensverlust |
| Nr. 8 | Stellvertreter | <ul style="list-style-type: none"> • Keine Zwangmaßnahmen | <i>ID</i> | <ul style="list-style-type: none"> • Negative Erfahrung mit geschlossener Unterbringung i. S. einer Demütigung • Auflehnung gegen Ärzte |

**ID = Irrevocable Decision, MT = Misch-Typ, SD = Shared Decision-Making During Crisis*

4.3 Fallberichte

Im folgenden Kapitel werden die acht Fälle einzeln, gegliedert nach Kategorien, berichtet.

4.3.1 Fallbericht Teilnehmer Nr. 1

4.3.1.1 Initiative

Der Teilnehmer zeichnet sich durch ein hohes Maß an Eigeninitiative aus, um ein geeignetes Instrument zur Gewährleistung der Umsetzung seines Willens in der Zukunft zu finden.

Der Teilnehmer gibt an, sich viel mit dem Thema „Vorausplanung“ beschäftigt zu haben, da die Erinnerungen an vergangene psychiatrische Aufenthalte ihn „nicht losgelassen“ (Z. 240) hätten. Er setze sich in seiner Selbsthilfegruppe mit großem Engagement mit dem Thema auseinander, er sei sogar „derjenige, der sich am intensivsten damit beschäftigt hat“ (Z. 125/126).

Des Weiteren sei er auf die Möglichkeit, eine Behandlungsvereinbarung zu erstellen, von der Sozialpädagogin einer ambulanten Einrichtung hingewiesen worden, nachdem er wiederholt von seinen für ihn traumatischen Erfahrungen berichtet habe.

4.3.1.2 Dokumente

Es fällt auf, dass der Teilnehmer gleich mehrere Dokumente zur Vorausplanung besitzt, da er kein Dokument als für sich alleine ausreichend ansieht, um der Sicherstellung der Umsetzung seines Willens zu genügen. Er benennt einzelne Dokumente als „allein zu wenig“ (Z. 55) und verweist auf die Nachteile verschiedener Dokumente, wie beispielsweise den geringen Bekanntheitsgrad des Krisenpasses oder die eigentliche Auslegung der Patientenverfügung für den nicht-psychiatrischen Bereich.

Der Krisenpass und vor allem die Vorsorgevollmacht werden von ihm als „das Wichtigste“ (Z. 250) genannt, die anderen Dokumente stellten „nebenbei noch Stützen“ (Z. 251) dar.

Bei den Schriftstücken handelt es sich im Wesentlichen um zwei Arten von Schriftstücken: solche die vorwiegend zur Bestimmung eines Stellvertreters in gesundheitlichen Belangen dienen und andere, die vorwiegend die Übermittlung von Behandlungswünschen zum Ziel haben. Tabelle 21 zeigt eine Auflistung der Dokumente des Teilnehmers.

Tabelle 21: Dokumente des 1. Teilnehmers

| <u>Dokumente zur Bestimmung eines Stellvertreters</u> | <u>Dokumente zur Übermittlung von Behandlungswünschen</u> | <u>Gesamtzahl der Dokumente zur Vorausplanung</u> |
|---|---|---|
| <ul style="list-style-type: none">• Vorsorgevollmacht• Betreuungsverfügung | <ul style="list-style-type: none">• Patientenverfügung• Krisenpass• Behandlungsvereinbarung | <ul style="list-style-type: none">• 5 |

Die drei Schriftstücke zur schriftlichen Übermittlung seiner Behandlungswünsche lassen unterschiedliche Schwerpunkte erkennen: der Krisenpass und die Behandlungsvereinbarung mit dem Schwerpunkt psychische Krise sowie die Patientenverfügung mit dem Schwerpunkt lebenserhaltende Maßnahmen, die er allerdings auf die Psychiatrie „umgemünzt“ (Z. 218) habe.

Regelmäßige Aktualisierung der Dokumente

Der Teilnehmer gibt an, die aktuelle Medikation in seinem Krisenpass alle ein bis zwei Jahre durch seinen ambulanten Psychiater aktualisieren zu lassen. Auch seine anderen Dokumente bestätige er etwa alle zwei Jahre durch seine Unterschrift, um ihnen einen aktuellen Bezug zu geben. Auch kleine Verbesserungen seien vorgenommen worden. Die vorliegenden Dokumente seien bereits die „zweite oder dritte Version“ (Z. 249), allerdings sei der Verweis „bestätigt“ (Z. 117) nur im Original zu finden und nicht in der vorliegenden Kopie.

Die Aktualisierung der Dokumente wird aus Sicht des Teilnehmers als Maßnahme zur Erhöhung der Umsetzungswahrscheinlichkeit seiner Vorausverfügung angesehen, da dadurch die Gefahr einer Anzweiflung der Aktualität der Inhalte gemindert sei, welche ein Hindernis bei der Umsetzung bedeuten könnte.

Bestätigung der Einwilligungsfähigkeit

In Bezug auf seine Patientenverfügung berichtet der Teilnehmer, dass er sie von seinem ambulanten Psychiater und seinem Hausarzt unterschreiben habe lassen, „so nach dem Motto, dass ich zu dem Zeitpunkt auch bei klarem Verstand war“ (Z. 212/213). Er betont, die Bestätigung durch die Unterschriften von Ärzten, die ihn kennen würden, wichtig zu finden, damit es hinterher nicht hieße: „ja der war wieder psychotisch oder da war er nicht ganz bei Trost“ (Z. 215). Er versuche, durch die Bestätigung, einer Anzweiflung seiner Einwilligungsfähigkeit bei der Verfassung der Dokumente, vorzubeugen. Auch dies kann als Maßnahme zur Erhöhung der Umsetzungswahrscheinlichkeit angeführt werden.

Bestätigung involvierter Personen

Auf der Behandlungsvereinbarung finden sich des Weiteren Unterschriften seines Bevollmächtigten, seiner Sozialarbeiterin und des Arztes, der an der Erstellung beteiligt gewesen sei. Diese Unterschriften finden sich unter dem Passus *„Erklärung der Mitarbeiter der Klinik; Die unterzeichnenden Ärzte und Mitglieder des Pflegepersonals bzw. deren Vertreter verpflichten sich, diese Vereinbarung im Akutfall einzuhalten. Bei Abweichungen werden diese nach der Akutphase ausführlich begründet, gegebenenfalls auch schriftlich. Sollte kein Bett in der eigenen Klinik frei sein, wird Hilfestellung bei Aufnahme in eine andere Klinik geleistet.“*

Bemühung um Kenntnisnahme der Dokumente

Der Teilnehmer ist sichtlich bemüht, die Kenntnisnahme seiner Dokumente zu gewährleisten, um die Umsetzung seiner Wünsche durch die Behandler zu ermöglichen. Er berichtet, seinen Krisenpass immer im Geldbeutel mit sich zu tragen, sowie eine Karte, die auf die Existenz der Dokumente verweist, die er bei der Bundesnotarkammer hinterlegt habe.

Die Behandlungsvereinbarung liege ferner in der Einrichtung vor, mit der sie geschlossen wurde, damit sie „immer sofort verfügbar ist“ (Z. 36) und auch von dort aus an andere Kliniken weitergeleitet werden könne. Auch finden sich in den einzelnen Dokumenten Querverweise auf die anderen Dokumente.

4.3.1.3 Rolle der Vertrauenspersonen

Der Teilnehmer betont wiederholt die Wichtigkeit des Hinzuziehens der von ihm mit seinen Angelegenheiten betrauten Personen, während eines psychiatrischen Aufenthaltes. Dies soll in den Dokumenten dadurch sichergestellt werden, dass er mehrere Dokumente besitzt, in denen die Personen als „im Krisenfall zu benachrichtigen“ genannt werden. Der Teilnehmer benennt einen Verwandten und dessen Ehepartner als Vertrauenspersonen, die sich dafür einsetzen sollen, dass seine Behandlungswünsche umgesetzt werden. Vor allem sein Verwandter nimmt dabei eine hervorgehobene Rolle als Vertrauensperson ein.

In der Behandlungsvereinbarung findet sich unter dem Punkt „Personen, die im Falle einer akuten Wiedererkrankung benachrichtigt werden sollen“ – neben den bereits genannten Vertrauenspersonen – auch ein Geschwister des Teilnehmers. Des Weiteren werden ein Freund und ein Elternteil des Teilnehmers namentlich genannt, als Personen, die benachrichtigt werden sollen, wenn die Bevollmächtigten und das Geschwisterteil nicht erreichbar sind. Allerdings erwähnt der Teilnehmer, dass es mit seinem Geschwister „bisschen schwierig“ (Z. 130) sei, da dieses sich „um solche Sachen“ (ebd.) nicht kümmere.

4.3.1.3.1 Auswahl der Vertrauensperson

Aktive Auswahl der Vertrauensperson nach Persönlichkeitseigenschaften

Er überträgt die Aufgabe der Durchsetzung seiner Wünsche an jemanden, den er als „taff“ (Z. 131) und „durchsetzungsfähig“ (Z. 61), aber auch als vertrauenswürdig beschreibt und zu dem schon immer ein gutes Verhältnis bestünde. Bemerkenswert ist hier die durchdachte Wahl dieser Person, bei der es sich nicht um einen der nächsten Angehörigen (Eltern- oder Geschwisterteil) handelt, sondern um eine Vertrauensperson aus der entfernteren Verwandtschaft, die nach Persönlichkeitseigenschaften durch den Teilnehmer ausgewählt wurde. Jemanden zu haben, dem er vertrauen kann, der sich um ihn, seine Angelegenheiten und die Durchsetzung seines Willens kümmert, sei dem Teilnehmer „das allerwichtigste“ (Z. 53).

Er scheint, durch die Auswahl einer Person mit solchen Merkmalen, die Wahrscheinlichkeit der Umsetzung seines Willens, als eher gegeben anzusehen.

4.3.1.3.2 Aufgaben der Vertrauenspersonen

In den vorliegenden Dokumenten habe der Teilnehmer Vollmachten an Personen erteilt, denen er zutraue, seinen Willen durchzusetzen und sich gegen eine mögliche Missachtung von Seiten der Ärzte zu behaupten. Er benennt diese Vertrauenspersonen in seiner Vorsorgevollmacht und erteilt ihnen Vollmacht für die verschiedensten Bereiche. So sind diese sowohl mit einer Handhabe in gesundheitlichen, wie auch in rechtlichen und finanziellen Bereichen ausgestattet.

Eine der Vertrauenspersonen – der Verwandte – wird wiederholt als „Bevollmächtigter“ bezeichnet. Ihm kommt die Rolle eines Stellvertreters zu, der an Stelle des Teilnehmers Entscheidungen treffen und Maßnahmen befehligen bzw. unterbinden soll. Ihm käme auch die Rolle eines gesetzlichen Betreuers zu, für den Fall, dass vom Gericht eine Betreuung angeordnet werde.

Durchsetzung des vorausverfügten Willens

Die wichtigsten Aufgaben der Vertrauensperson seien, freiheitsentziehende Maßnahmen und Zwangsmedikation zu unterbinden und gegen Missstände vorzugehen. In seinem Verwandten sehe der Teilnehmer jemanden, der seine Rechte für ihn durchsetze.

„Also das allerwichtigste für mich ist die Vollmacht, ... dass man eine Person hat, die das Vertrauen hat – man braucht irgendwie jemanden, der das dann durchsetzen kann“ (Z. 53/54).

4.3.1.4 Behandlungswünsche

4.3.1.4.1 Behandlung mit Medikamenten

Der Teilnehmer äußert sich in seinen Dokumenten zu einer Behandlung mit verschiedenen Psychopharmaka. Er benennt Medikamente, deren Verabreichung er ablehnt und gibt seine Zustimmung zu anderen, die er als hilfreich empfindet.

Ablehnung bestimmter Medikamente

Der Teilnehmer macht deutlich, bestimmte Medikamente nicht erhalten zu wollen, da diese entweder eine unzureichende Wirksamkeit oder sogar „erhebliche Nebenwirkungen“ (Z. 27) gezeigt hätten. Im Krisenpass finden sich unter der Kategorie „Bisher schlechte Erfahrungen mit folgenden Medikamenten“ handschriftlich vier Neuroleptika, bei denen jeweils nur der Namen des Präparates eingetragen ist und ein Medikament zur Phasenprophylaxe, bei dem nur der Wirkstoff eingetragen ist. In der Behandlungsvereinbarung werden drei der Neuroleptika aus dem Krisenpass als Medikamente genannt, die bisher „nicht gut vertragen wurden und möglichst nicht verabreicht werden sollten“. Er spricht davon, dass die Medikamente ihn daran hindern würden, „klar denken“ (Z. 280) zu können.

Der Teilnehmer erwähnt im Interview mehrmals, dass er insbesondere ein Neuroleptikum mit dem Wirkstoff Haloperidol (der Teilnehmer nennt den Handelsnamen) „unter gar keinen Umständen mehr“ (Z. 8) verabreicht bekommen wolle. Er betitelt dieses Neuroleptikum zweimal als „Teufelszeug“ (Z. 6, Z. 261). Er gibt als Grund hierfür an, unter den Nebenwirkungen Zungenkrampf, Paralyse und Ausschlag zu leiden. Des Weiteren erwähnt er, dass er unter der Medikation mit diesem Medikament nicht mehr zur Kommunikation fähig sei und umherlaufe „wie ein Irrer“ (Z. 260). In diesem Zusammenhang sagt er auch, sich unter diesem Neuroleptikum „total erniedrigt“ (Z. 259) zu fühlen und diese, durch das Medikament hervorgerufene Unfähigkeit zur Kommunikation, schlimmer als die Erkrankung selbst zu empfinden (Z. 293-295).

In der Behandlungsvereinbarung findet sich unter der Auflistung der Medikamente, die nicht verabreicht werden sollen, der handschriftliche Vermerk neben dem Neuroleptikum mit dem Wirkstoff Haloperidol „verursacht allergische Reaktion“.

„[Das Medikament, Anm. d. Verf.] ist ein Teufelszeug für mich und also ich kriege nicht bloß die üblichen Symptome Zungenkrampf und Erstarrung sondern auch einen Ausschlag und also das möchte ich unter gar keinen Umständen mehr wiederkriegen“ (Z. 6-8).

Zustimmung zu bestimmten Medikamenten

Zur Medikation mit zwei Medikamenten, ein Neuroleptikum und ein Benzodiazepin, gibt der Teilnehmer seine Zustimmung, da diese bei ihm eine gute Wirksamkeit und Verträglichkeit gezeigt hätten. Es kommt im Interview zum Ausdruck, dass er diese Medikamente in der Psychiatrie im Krisenfall erhalten will, wobei vor allem die Verabreichung einer ausreichend hohen Dosis des Benzodiazepins in Situationen, in denen eine Zwangsmaßnahme nötig scheint, von ihm gefordert wird.

Im Krisenpass findet sich unter der Überschrift „Im Krisenfall ist erfahrungsgemäß folgende Medikation hilfreich“ die handschriftliche Eintragung eben dieser beiden Medikamente. Auch in der Behandlungsvereinbarung werden das Benzodiazepin, mit einer genauen Dosierung („2,5 mg“) und das Neuroleptikum als „Medikamente, die bisher gut vertragen wurden und bevorzugt zur Anwendung kommen sollten“ genannt.

Außerdem findet sich unter der Überschrift „Aktuelle Medikation“ im Krisenpass der Eintrag, des im Krisenpass als hilfreich aufgeführten Neuroleptikums, mit einer genauen Dosierung („100 mg“) sowie ein weiteres Neuroleptikum, in einer auf der Kopie unleserlichen Dosierung, beides abends zu verabreichen.

Umgang mit Zwangsmedikation

Der Teilnehmer macht im Interview die allgemeine Aussage, dass seine Vertrauensperson Zwangsmedikation unterbinden könne. Durch die Gesamtheit seiner Aussagen im Interview liegt nahe, dass sich diese Aussage vor allem auf die Ablehnung einer Zwangsmedikation mit dem Neuroleptikum mit dem Wirkstoff Haloperidol bezieht. In seiner Behandlungsvereinbarung findet sich der Punkt „Genügend [*Handelsname des Benzodiazepins, Anm. d. Verf.*] verabreichen“, für den Fall, dass Zwangsmaßnahmen unvermeidbar wären. Er gibt somit zwar in der Behandlungsvereinbarung seine Einwilligung in eine Medikation mit dem Benzodiazepin-Präparat, unklar bleibt jedoch, ob diese notfalls auch unter Zwang erfolgen dürfte.

Präferenz für eine orale Darreichungsform

In der Behandlungsvereinbarung bittet der Teilnehmer darum, Medikamente möglichst oral verabreicht zu bekommen, da Spritzen für ihn „in der Manie/Psychose“ ein „Horror“ seien.

4.3.1.4.2 Freiheitsentziehende Maßnahmen

Ablehnung mechanischer Fixierung

Der Teilnehmer bringt im Interview und in seinen Dokumenten zum Ausdruck, dass er insbesondere die Zwangsmaßnahme „Fixierung“ ablehnt. Er begründet dies mit der negativen Erfahrung, unbeachtet durch das medizinische Personal der Klinik, während der Fixierung starke Atemnot erlitten zu haben. Er erwähnt im Interview zweimal, dass sich während dieses Asthmaanfalls in der Fixierung „keine Sau“ um ihn gekümmert habe (Z. 9/10, Z. 106).

Im Krisenpass findet sich im Feld „Besonderes (z. B. eigene Wünsche an die Behandlung, weitere Erkrankungen, Allergien usw.)“ der handschriftliche Vermerk „Keine Fixierung!“ in Großbuchstaben. Darunter steht – auch handschriftlich – „[*Atemwegserkrankung, Anm. d. Verf.*]: starke Atembeschwerden in fixierter Lage“. Auch in der Behandlungsvereinbarung weist die in Großbuchstaben vorgenommene Niederschrift „Keine Fixierung!“ auf die Hervorhebung dieses Wunsches im Besonderen hin. Der Vermerk „[*Atemwegserkrankung, Anm. d. Verf.*]: starke Atembeschwerden in fixierter Lage“ findet sich hier ebenfalls, sowie zusätzlich der Vermerk, dass eine Fixierung „auf alle Fälle“ zu vermeiden sei, auch wenn nach Ausschöpfung aller anderen Möglichkeiten Zwangsmaßnahmen nicht vermeidbar sein sollten.

„Fixierung ist halt zu vermeiden weil sich ja keiner um mein[e] [Atemwegserkrankung, Anm. d. Verf.] kümmert also das ... können Sie sich ja selber vorstellen, dass das ein schreckliches Erlebnis ist, Sie sind da festgebunden ans Bett kriegen keine Luft und dann kümmert sich auch keiner um Sie“ (Z. 261-264).

Umgang mit freiheitsentziehenden Zwangsmaßnahmen

Der Teilnehmer spricht im Interview allgemein davon, dass seine Vertrauensperson freiheitsentziehende Maßnahmen unterbinden könne, ohne die genauen Maßnahmen im Einzelnen näher zu benennen.

In der Behandlungsvereinbarung wird diesbezüglich festgehalten, dass Fixierung abgelehnt wird, eine „geschlossene Unterbringung bei Psychose“ dagegen „i. O.“ (in Ordnung) sei.

Unklar bleibt, ob er sich in seiner Ablehnung auch auf freiheitsentziehenden Maßnahmen wie beispielsweise eine Isolierung oder eine Zwangseinweisung bezieht. Durch die Gesamtheit seiner Aussagen liegt jedoch nahe, dass er sich dabei im Besonderen auf die Ablehnung einer mechanischen Fixierung bezieht.

4.3.1.4.3 Umgang mit Zwangsmaßnahmen

Der Teilnehmer nimmt im Interview Bezug auf seine Behandlungsvereinbarung und gibt an, dass dort der Umgang mit psychotischen Symptomen festgelegt werde (Z. 41/42). Da eine mechanische Fixierung strikt abgelehnt und die Verabreichung einer ausreichenden Menge des Benzodiazepins gefordert wird, kristallisiert sich die Bevorzugung einer Zwangsmedikation vor einer mechanischen Zwangsfixierung heraus.

4.3.1.4.4 Sonstige Wünsche

Bitte um Verständnis

In der Behandlungsvereinbarung bittet der Teilnehmer um Verständnis, wenn er ohne vorherige telefonische Anmeldung während der Manie oder der Psychose einfach vorbeikomme. Er gibt an, dass ihm das „in der Manie/Psychose meist nicht mehr möglich“ sei. Er ersucht die Behandler um einen nachsichtigen Umgang.

Gesprächswunsch

Außerdem lässt der Teilnehmer den Wunsch erkennen, dass mit ihm geredet wird. Er fordert dieses, indem er als Vorwurf formuliert, dass dies nicht geschehen sei. Auch die Aussage, dass es in der Einrichtung, zu der er Vertrauen gefasst hat, gut sei „dass mit einem darüber geredet wird“ (Z. 314) anstatt zu fixieren, lässt den Wunsch nach Kommunikation erkennen.

„Es hat auch keiner richtig geredet mit mir sondern einfach gesagt der ist jetzt psychotisch [...] den schnallen wir jetzt ins Bett rein“ (Z. 48/49).

Präferenz für Behandlung in bestimmter Klinik

Der Teilnehmer gibt Präferenzen für die Behandlung in einer bestimmten Klinik an.

4.3.1.5 Bisherige Erfahrungen

4.3.1.5.1 Erfahrungen in Zusammenhang mit psychiatrischen Aufenthalten

Der Teilnehmer berichtet von mehreren Aspekten negativer Erfahrungen in Zusammenhang mit vorangegangenen stationär-psychiatrischen Aufenthalten.

Negative Erfahrung mit der Einnahme eines Neuroleptikums und anderen Medikamenten

Er beschreibt, dass er bereits Nebenwirkungen eines bestimmten Neuroleptikums erfahren habe, wobei er nicht nur unter den für das Medikament typischen, unerwünschten Arzneimittelwirkungen, sondern auch unter einer individuellen, allergischen Reaktion gelitten habe. Der Teilnehmer hat in der Vergangenheit die Erfahrung gemacht, dass Medikamente ihm, statt zu helfen, sogar erheblich schaden können.

Traumatisierung durch mechanische Fixierung

Der Teilnehmer wirkt bei der Schilderung der – offenkundig qualvollen – Erinnerungen an die erlebte mechanische Fixierung, erkennbar belastet. Eine Traumatisierung deutet sich u. a. in Aussagen wie „das denkst du bis zum Todestag nicht raus“ (Z. 358), „das steckt in den Knochen drinnen“ (Z. 337), „und ja war ziemlich ... katastrophal“ (Z. 344/345) an. Er spricht davon, die Erfahrung dieser Art der Behandlung „nicht losgeworden“ (Z. 240) zu sein und „immer wieder [davon] erzählt“ (Z. 239) zu haben. Diese Erfahrung sei für ihn „milde gesagt entsetzlich“ (Z. 333) und „schon mehr wie eine Katastrophe“ (Z. 335/336) gewesen, an der er „heute noch daran zu knabbern“ (Z. 336) habe. Bei der letzten Fixierung habe er unter starker Atemnot gelitten, es habe sich jedoch niemand um ihn gekümmert. Die Fixierung wurde durch den Teilnehmer zudem als „unnötig“ (Z. 48) empfunden. Die Schilderung der Atemnot unter der Fixierung als „schreckliches Erlebnis“ (Z. 263), bei dem man „festgebunden ans Bett“ (Z. 263) „keine Luft“ (ebd.) kriegt und sich keiner um einen kümmert, ist sehr eindrücklich.

Als eine weitere traumatisierende Erfahrung beschreibt der Teilnehmer eine Situation, in der er, in Zusammenhang mit einer Zwangseinweisung, durch die Polizei Gewalt erfahren habe. Er sei von der Polizei in die Klinik gebracht und dort gegen seinen Willen fixiert worden.

Durch verschiedene Aussagen macht er des Weiteren deutlich, keine ausreichende Zuwendung durch die Behandler – insbesondere durch die Ärzte – erfahren zu haben. Er betont wiederholt „keine Sau“ (Z. 9, Z. 106) hätte sich um ihn gekümmert. Hier wird deutlich, dass der Teilnehmer sich in der Situation alleine gelassen fühlte. Die Ärzte seien außerdem „immer so kurz angebunden“ (Z. 235). Auch die während einer Fixierung vorgeschriebene Sitzwache, die sich um ihn hätte kümmern können, sei nicht erfolgt.

Erfahrung von Willkür im Sinne eines Behandlungs-Automatismus

Zudem berichtet der Teilnehmer davon „total bevormundet“ (Z. 279) und zur Teilnahme an Therapien gedrängt worden zu sein, die ihm „gar nicht zugesagt“ hätten (Z. 272).

Neben der mangelnden Zuwendung, kritisiert er weitere Aspekte der psychiatrischen Behandlung. So prangert er einen Automatismus im Umgang mit psychotischen Patienten an. Das Gefühl, nach einem eingefahrenen Umgangsschema behandelt zu werden, das ihm in der Situation nicht gerecht wird, kann hier erkannt werden. Diese Ansicht wird durch Aussagen wie „die spulen einfach ihren Stiefel ab“ (Z. 304) untermauert. Kritik daran, in der Klinik nicht selbst autonom bestimmen zu können, wird ersichtlich. Der Teilnehmer beschreibt Situationen, in denen er machtlos und ausgeliefert war und die Kontrolle darüber verloren hat, was mit ihm geschieht. Die Erfahrung, der Willkür seitens der Behandler ausgesetzt zu sein, ist in diesem Zusammenhang augenfällig.

In der Zusammenschau entsteht der Eindruck, dass der Teilnehmer seine individuellen Besonderheiten als nicht berücksichtigt ansieht. Dies zeigt sich auch durch die mangelnde Berücksichtigung seiner individuellen, körperlichen Reaktionen auf die ergriffenen Maßnahmen – die allergische Reaktion auf das genannte Neuroleptikum und die Exazerbation seiner Atemwegserkrankung unter der Fixierung.

4.3.1.5.2 Erfahrungen in Zusammenhang mit Dokumenten zur Vorausplanung

Zum Zeitpunkt des Interviews habe der Teilnehmer noch keine Erfahrungen mit der Anwendung seiner Dokumente gemacht, da er seit dem Verfassen nicht wieder stationär in der Psychiatrie gewesen sei.

4.3.1.6 Zukunftsvorstellungen

Der Teilnehmer erhofft sich zukünftig das Einhalten seines in den Dokumenten festgelegten Willens, bedenkt gleichzeitig aber auch die Möglichkeit des Vorkommens von Missständen. Somit hegt er Hoffnungen, aber auch Befürchtungen, die durch Berichte dritter Personen zustande kommen. Als mögliche Probleme bei der Umsetzung werden von ihm folgende Punkte gesehen: Erstens befürchtet er, dass es zu keiner Kenntnisnahme der Vorausverfügung von ärztlicher Seite kommen könnte. Zweitens erwägt er eine Missachtung seiner in der Vorausverfügung festgehaltenen Wünsche, von ärztlicher Seite – trotz Kenntnisnahme. Er nennt Voraussetzungen, die für die Umsetzung nötig sind (Kenntnisnahme der Dokumente durch aktives Nachfragen von Ärzten, aktive Suche im Geldbeutel). Durch seine Wortwahl „mehr kann man nicht machen“ wird deutlich, dass er sich, aus seiner Sicht, in einer Situation befindet, in der er alles getan hat, was er als potentieller Patient in Sachen Vorausplanung tun kann und nun auf die Kooperation der Behandler angewiesen ist. Des Weiteren äußert der Teilnehmer für die Zukunft die Hoffnung, dass sich der Bekanntheitsgrad des Krisenpasses steigere. Er wünsche sich, dass in der Zukunft therapeutisches Personal auf Möglichkeiten der Vorausverfügung hinweise, sich Zeit nehme und die Psychiatrieerfahrenen berate.

4.3.1.7 Einstellung gegenüber der Psychiatrie

Negatives Psychiatrie-Bild

Der Teilnehmer bewertet die psychiatrische Behandlung und die Psychiatrie als negativ, er schreibt ihr Attribute wie „rechtloser Raum“ (Z. 68) zu. Er sieht in der Psychiatrie einen Raum, in dem er seine eigenen Rechten aberkannt bekommt. Er glaubt nicht, dass ihm dort geholfen wird – sondern eher noch geschadet. Er klagt die Ärzte wiederholt an, indem er ihnen mangelndes Engagement und Ignoranz vorwirft. Deutlich wird ein großes Misstrauen gegenüber Psychiatern, z. B. wenn er befürchtet, diese könnten fälschlicherweise behaupten, sie hätten keine Kenntnis seines Willens gehabt.

Er sieht die Psychiatrie und die dort arbeitenden Ärzte als eine Art Gegner an, die ihn willkürlich behandeln und ihn nicht als Individuum wahrnehmen. Besonders deutlich wird seine Einstellung, als er aufzeigt, wie seine Stellvertreter gegen die Ärzte ankämpfen sollen.

Vertrauensverlust gegenüber der Psychiatrie

Im Zusammenhang mit den beschriebenen negativen Erfahrungen werden starke Emotionen erkennbar. Im Vordergrund steht unter anderem das Gefühl, ungerecht behandelt worden zu sein, das in Wut und Empörung über die bisherige Behandlung, aber auch in Angst vor einer Wiederholung dieser Erfahrungen mündet. Zusätzlich wird die Erfahrung einer Erniedrigung beschrieben sowie das Gefühl, sich „im Prinzip wie der letzte Mensch“ (Z. 259) zu fühlen.

Den Ärzten schreibt er für die Zukunft bereits zu, sie würden in Bezug auf seine Vorausplanung „so tun, als ob sie davon nichts wissen“ (Z. 154).

Alles in allem ist ein Vertrauensverlust gegenüber der psychiatrischen Institution zu konstatieren, insbesondere gegenüber den behandelnden Ärzten. Der Vertrauensverlust beschränkt sich allerdings nicht nur auf die Psychiatrie – wo der Teilnehmer, nachdem er in Handschellen ankam, einfach „abgespritzt“ (Z. 349) und „nur umgebettet“ (Z. 347) worden sei – sondern betrifft auch Institutionen des Rechtsstaates. Der Teilnehmer bezieht sich auf die Härte der in Überzahl erschienenen Polizisten, die ihn „ziemlich grob“ (Z. 100) behandelt hätten, wie einen Verbrecher, der „vier Banken ausgeraubt“ (Z. 344) habe sowie auch auf das mangelnde Engagement der Richterin, die nur „vielleicht ein oder zwei Minuten“ (Z. 349) bei ihm gewesen sei. Eine Ausnahme sieht er lediglich in der Sozialpädagogin, die ihn auf die Behandlungsvereinbarung aufmerksam gemacht habe sowie in der ambulanten Einrichtung, in der diese arbeitet. Zu diesen bewahrt er ein letztes Restvertrauen.

Der Vertrauensverlust gegenüber dem psychiatrischen Hilfesystem habe bereits dazu geführt, dass der Teilnehmer nicht zum Psychiater gegangen sei, obwohl er gemerkt habe, dass er eine Psychose bekomme. Die Folge hiervon sei wiederum eine erneute Zwangseinweisung, einhergehend mit einer weiteren negativen Erfahrung, gewesen.

Demgegenüber ist jedoch auch festzuhalten, dass der Teilnehmer in seiner Behandlungsvereinbarung angibt, im Notfall sei eine Zwangseinweisung „i. O.“ und er seine Zustimmung zu einer bestimmten medikamentösen Behandlung gibt. Auch zu einer ambulanten Behandlung ist der Teilnehmer bereit, was zeigt, dass er – trotz allem – die Notwendigkeit einer psychiatrischen Behandlung bis zu einem gewissen Punkt anerkennt.

4.3.1.8 Übergeordnete Ziele der schriftlichen Vorausplanung

Die Umsetzung seines Willens ist für den Teilnehmer der angestrebte Endpunkt seiner Vorausplanung. Durch die in den Dokumenten formulierten Behandlungswünsche bekundet er seinen Willen. Darüber hinaus verfolgt der Teilnehmer übergeordnete Ziele, die sich aus seinen bisherigen Erfahrungen sowie deren Bewertung und den in diesem Zusammenhang erlebten Gefühlen ergeben haben.

Vermeidung von Leid unter inadäquater Behandlung

Die zuvor abgehandelten, konkreten Behandlungswünsche, die in der Krise durch das Dokument kommuniziert werden sollen, dienen dem übergeordneten Ziel einer subjektiv als gut empfundenen Behandlung und sollen den Teilnehmer vor einer Fehlbehandlung schützen.

Als übergeordnete Ziele lassen sich somit die Vermeidung von Leid unter einer inadäquaten Behandlung und die Besserung seiner Situation in der Krise durch eine adäquate Behandlung festhalten. Leid bedeutet in seinem Fall eine Behandlung, die er als bis zum Martyrium reichende Misere empfindet und ist für den Teilnehmer gleichgesetzt mit seinen quälenden Erinnerungen, in Zusammenhang mit den traumatisierenden Erfahrungen der mechanischen Fixierung und der Nebenwirkungen des Neuroleptikums. Somit stellen die mechanische Fixierung und die Verabreichung des Medikaments mit dem Wirkstoff Haloperidol, eine für ihn inadäquate Behandlung dar.

Durch sein Dokument will er auf die Belastung durch die bekannten Nebenwirkungen, die für ihn ein erhebliches Leiden bedeuten, aufmerksam machen und diese in Zukunft verhindern. Es liegt nahe, dass er diese Erfahrungen nutzen will, um die Behandlung in der Zukunft zu verbessern, sich unnötiges Leiden unter Nebenwirkungen und die unnötige Einnahme von wirkungslosen Medikamenten zu ersparen.

Eine adäquate Behandlung sieht er dagegen in der Verabreichung des Benzodiazepins und seiner aktuellen neuroleptischen Medikation, aber auch in der Berücksichtigung seiner somatischen Erkrankungen und seiner individuellen Bedürfnisse.

Rechtliche Handhabe

Der Teilnehmer hofft durch sein Dokument auf eine rechtliche Absicherung der konkreten Behandlungswünsche sowie im Falle eines Verstoßes, auf eine Klagemöglichkeit vor Gericht gegen den diesen verschuldenden Arzt. Er betont zweimal, dass seine Vorausverfügung so „wasserdicht“ (Z. 14, Z. 83) wie möglich sein müsse, damit er die Umsetzung vor Gericht erwirken könne bzw. bei einem Verstoß über eine rechtliche Handhabe verfüge. Das Bedürfnis nach „Absicherung“ wird im Interview immer wieder deutlich und kann mit dem Bedürfnis, sich wehren zu können – in seinem Fall rechtlich – gleichgesetzt werden.

Kommunikation seines Willens in der Krise

Der Teilnehmer verfolgt einerseits das Ziel, Situationen zu vermeiden, in denen er sich – aufgrund einer Unfähigkeit zur Kommunikation unter einer bestimmten neuroleptischen Medikation – kein Gehör verschaffen kann. Andererseits will er die Behandler durch seine Dokumente über seinen Willen in Kenntnis setzen, für den Fall, dass er in der Krise aufgrund seiner Erkrankung nicht kommunizieren kann. Dies wird durch Aussagen wie „damit kein Arzt mir ... ich habe nichts gewusst“ (Z. 83/84) deutlich. Hier spielt auch wieder der Aspekt der rechtlichen Handhabe eine Rolle, da ein Verstoß gegen seinen ausdrücklichen Willen nur zu beanstanden wäre, wenn dieser überhaupt bekannt wäre.

Selbstbestimmung

Der Wunsch nach Selbstbestimmung und Teilhabe an Behandlungsentscheidungen kann sowohl als Ziel, als auch als starkes Motiv betrachtet werden und u. a. durch das Gefühl erklärt werden, sich bevormundet zu fühlen und nicht mitbestimmen zu können. Vor dem Hintergrund der Erfahrung eines Kontrollverlustes, kann das Bedürfnis des Teilnehmers nach Kontrolle verstanden werden, welche er durch seine Vorausverfügungen ein Stück weit zurückzugewinnen versucht.

Im Hinblick auf die als ungerechtfertigt und willkürlich empfundene Behandlung, erschließt sich der Wunsch nach Gerechtigkeit, im Sinne einer angemessenen, fairen Behandlung. Der Teilnehmer will diesem Unrecht und Automatismus etwas entgegen setzen, indem er versucht, durch seine Dokumente seine Selbstbestimmung zu stärken.

4.3.1.9 Funktion der Dokumente

Strikte Handlungsanweisung

Der Teilnehmer formuliert sehr klar, dass „diese ganzen Dokumente“ (Z. 172) den Sinn haben, für ihn zu sprechen, wenn er „kein vernünftiges Wort mehr sagen kann“ (Z. 174). Die Dokumente sind eine strikte Handlungsanweisung, die von den Behandlern zu befolgen ist.

Kampf gegen Ignoranz der Behandler

Der Teilnehmer äußert, die ersten zwei Aufenthalte immer wieder „verdrängt“ (Z. 331) zu haben, in der Annahme, es würde nicht wieder passieren, dass er in die Klinik müsse.

Nach dem als besonders schlimm empfundenen, vierten Aufenthalt habe sich der Teilnehmer dann viel mit dem Thema „Vorausplanung“ beschäftigt, da die Erinnerungen an die Ereignisse während dieses psychiatrische Aufenthaltes ihn „nicht losgelassen“ (Z. 240) hätten.

Es scheint somit erst nach mehreren Aufenthalten zu einer Auseinandersetzung mit seinen stationär-psychiatrischen Erfahrungen gekommen zu sein. Da es in der Folge zur Verfassung mehrerer Dokumente gekommen ist, kann der Akt des Erstellens verschiedener Verfügungen (bzw. die damit einhergehende Beschäftigung) mit dem Wunsch nach einer besseren Behandlung als der in der Vergangenheit erlebten, auch als eine Art der Auseinandersetzung mit den einschneidenden Erfahrungen verstanden werden, denen nun etwas entgegengesetzt wird.

Der Teilnehmer geht mit den Erfahrungen der Vergangenheit um, indem er alles tut, um eine Wiederholung zu vermeiden. Die Dokumente stehen für ihn für den Kampf gegen ein System, das seinen Willen bisher ignoriert hat.

4.3.1.10 Framework und Appell

Der Teilnehmer fordert eine strikte Umsetzung seines Willens und gewährt in der Krise keinen Verhandlungsspielraum, was sich durch die Wortwahl „unter gar keinen Umständen“ (Z. 7/8) verdeutlicht. Der erfahrene Handlungsautomatismus soll durch striktes Befolgen der Vorausverfügung von Seiten der Behandler durchbrochen werden.

Er hat einen Stellvertreter organisiert, der für die genaue Umsetzung seiner Wünsche sorgen soll und plant juristische Schritte, für den Fall der Missachtung seines Willens.

Insgesamt entspricht das Konzept, nach dem die Vorausverfügung zur Anwendung kommen soll, dem *Framework Irrevocable Decision* und der Appell an die Behandler der Aussage <<Follow my plan!>>.

4.3.1.11 Zusammenfassung

Tabelle 22: Zusammenfassung Fall 1. (Besonders wichtige Elemente sind unterstrichen.)

| | <u>Fall 1</u> |
|--|--|
| Attribute des Teilnehmers | <ul style="list-style-type: none"> • Alter: 50 Jahre • Geschlecht: männlich • Diagnose: bipolare Erkrankung & Psychose • Anzahl stationär-psychiatrischer Aufenthalte: 5 |
| Dokumente | <ul style="list-style-type: none"> • Dokumente mit Behandlungswünschen: <ul style="list-style-type: none"> ○ <u>Behandlungsvereinbarung</u> ○ <u>Krisenpass</u> ○ Patientenverfügung • Dokumente zur Bestimmung eines Stellvertreters: <ul style="list-style-type: none"> ○ Vollmacht ○ Betreuungsverfügung |
| Behandlungswünsche in der Krise | <ul style="list-style-type: none"> • Behandlung mit Medikamenten und Zwangsmaßnahmen: <ul style="list-style-type: none"> ○ <u>Ablehnung bestimmter Medikamente</u> ○ <u>Ablehnung mechanischer Fixierung</u> ○ Zustimmung zu bestimmten Medikamenten • Falls Zwangsmaßnahmen unvermeidbar: <ul style="list-style-type: none"> ○ <u>Bevorzugung medikamentöser Sedierung vor mechanischer Fixierung</u> |
| Rolle der Vertrauensperson | <ul style="list-style-type: none"> • <u>Stellvertreter zur Durchsetzung der Behandlungswünsche</u> |
| Übergeordnete Ziele | <ul style="list-style-type: none"> • Vermeidung von Leid durch inadäquate Behandlung • <u>Juristische Durchsetzung</u> |
| Einstellung | <ul style="list-style-type: none"> • Psychiatrie als Feindbild • Vertrauensverlust in Institution Psychiatrie |
| Appell | <ul style="list-style-type: none"> • <<Follow my plan!>> |
| Funktion der Dokumente | <ul style="list-style-type: none"> • Strikte Handlungsanweisung • Kampf gegen Willkür der Behandler |
| Framework | <ul style="list-style-type: none"> • <u>Irrevocable Decision</u> |

4.3.2 Fallbericht Teilnehmer Nr. 2

4.3.2.1 Initiative

Der Teilnehmer hat die Dokumente offenbar weitgehend nicht aus eigener Veranlassung erstellt, er zeigt kein überdurchschnittliches Maß an Eigeninitiative. Eine Vorausplanung zu erstellen war für ihn kein inneres, dringendes Bedürfnis, sondern hat sich durch die Anregung anderer ergeben.

Die Initiative eine Patientenverfügung zu verfassen sei von einem Elternteil gekommen. Dieser habe ihn auf die Patientenverfügung aufmerksam gemacht und ihm auch beim Ausfüllen des Vordruckes geholfen. Der Elternteil scheint dabei eine wichtige, aktive Rolle einzunehmen, so sei er auch derjenige gewesen, der sich um die Übernahme der vom Gericht angeordneten gesetzlichen Betreuung bemüht habe. Mit der Übertragung dieser Rolle an den Elternteil sei der Teilnehmer aber einverstanden gewesen, da dies „einfacher“ (Z. 196) sei.

Die Initiative den Krisenpass auszufüllen sei von der Selbsthilfeorganisation gekommen, jedoch habe er den Krisenpass dann selbstständig ausgefüllt, da dies „relativ einfach“ (Z. 80) sei.

4.3.2.2 Dokumente

Auch Teilnehmer Nr. 2 bringt zum Interview mehrere Dokumente mit, denen er Bedeutung für die Vorausplanung einer psychischen Krise beimisst. Unter diesen sind sowohl Schriftstücke, die vorwiegend zur Bestimmung eines Stellvertreters in gesundheitlichen Belangen dienen, als auch solche, deren Schwerpunkte auf der Übermittlung von Behandlungswünschen liegen. Tabelle 23 gibt eine Übersicht über die Dokumente des Teilnehmers.

Tabelle 23 Dokumente des 2. Teilnehmers

| <u>Dokumente zur Bestimmung eines Stellvertreters</u> | <u>Dokumente zur Übermittlung von Behandlungswünschen</u> | <u>Gesamtzahl der Dokumente zur Vorausplanung</u> |
|---|---|---|
| <ul style="list-style-type: none">• Vorsorgevollmacht• Betreuungsverfügung | <ul style="list-style-type: none">• Patientenverfügung• Krisenpass | <ul style="list-style-type: none">• 4 |

Die beiden Schriftstücke zur schriftlichen Übermittlung von Behandlungswünschen lassen unterschiedliche Schwerpunkte erkennen: der Krisenpass den Schwerpunkt psychische Krise und die Patientenverfügung den Schwerpunkt lebenserhaltende Maßnahmen, ergänzt um psychiatrisch relevante Punkte.

Der Teilnehmer erläutert, dass er den Krisenpass öfter zur Hand habe und dort auch noch zusätzliche Behandlungswünsche vermerkt seien.

Querverweise zwischen den Dokumenten

Im Krisenpass findet sich der Hinweis, dass in einem Schließfach bei einer genannten Bank ein weiteres Dokument zu finden sei, es ist jedoch nicht explizit vermerkt, um welches Dokument es sich handelt. Im Interview erläutert der Teilnehmer, dass es sich dabei um die Vorsorgevollmacht handele.

Ausstehende Bestätigung des behandelnden Psychiaters

Der Teilnehmer gibt im Interview an, dass er glaube, dass sein ambulanter Psychiater von seinen Dokumenten wisse, jedoch nicht im Einzelnen über den Inhalt informiert sei. In den Dokumenten fehlen Stempel und Unterschrift des Arztes.

4.3.2.3 Rolle der Vertrauensperson

Der Teilnehmer erläutert im Interview, dass er – im Falle einer erneuten psychischen Krise – die Benachrichtigung mehrerer Personen wünsche. Diese Personen seien sein ambulanter Psychiater, ein Elternteil, der gleichzeitig auch sein gesetzlicher Betreuer sei und die Mutter seines Kindes.

Als Vertrauensperson, die Aufgaben übernimmt, fungiert der Elternteil des Teilnehmers. Er ist in den Dokumenten als zu benachrichtigende Person aufgeführt und mit verschiedenen Vollmachten ausgestattet.

Auch zu seinem ambulanten Psychiater scheint der Teilnehmer Vertrauen zu haben, er wird im Krisenpass als „im Krisenfall zu benachrichtigende Person“ genannt und in der Patientenverfügung als „Arzt meines Vertrauens“. Ihm kommt jedoch nicht die aktive Rolle einer Vertrauensperson zu, die Aufgaben übernimmt. Auch die Mutter seines Kindes scheint ausschließlich über seinen Aufenthalt informiert zu werden.

4.3.2.3.1 Auswahl der Vertrauensperson

Es wird deutlich, dass der Teilnehmer nicht nach spezifischen Kriterien aktiv eine bestimmte Person ausgewählt hat, der er Vollmachten erteilen wollte. Es entsteht stattdessen der Eindruck, dass der Teilnehmer eher passiv angenommen hat, was sein Elternteil veranlasst hat.

Als Vorteile dieser Regelung der Betreuung durch den Elternteil, nennt er, dass es „einfacher“ (Z. 196) und „persönlicher“ (Z. 52) sei, als durch einen vom Gericht bestellten, ihm unbekanntem Betreuer.

Er sieht durchaus Vorteile in der Betreuung durch diese Person, hat dies aber anscheinend nicht bei einer von ihm veranlassten Auswahl bedacht, sondern betrachtet es im Nachhinein als gute Lösung.

4.3.2.3.2 Aufgaben der Vertrauensperson

Gesetzliche Betreuung

Der Elternteil des Teilnehmers ist sein gesetzlicher Betreuer (*siehe Kapitel 4.3.2.1 Initiative*).

Unterstützung

Einen weiteren Vorteil der Betreuung durch seinen Elternteil sieht der Teilnehmer darin, dass dieser sich bei komplizierten Rechtsgeschäften auskenne und ihn unterstützen könne. Sein Betreuer verfüge auch über eine Depotvollmacht in finanziellen Angelegenheiten, allerdings sei der Teilnehmer zurzeit selbst in der Lage, Bankgeschäfte zu regeln.

Der Teilnehmer gibt im Interview auf Nachfrage an, dass er seinen „Betreuer“ (Z. 109) einschalten würde, wenn seine festgelegten Wünsche nicht berücksichtigt würden. Allerdings gibt er auch an, sich noch keine Gedanken gemacht zu haben, wie ein erneuter Aufenthalt in der Psychiatrie ablaufen könnte und scheint nicht sonderlich besorgt zu sein, dass seiner Vorausverfügung keine Folge geleistet werden könnte.

Alles in allem ergibt sich der Eindruck der naheliegenden Wahl eines nächsten Angehörigen als Vertrauensperson, die bei Konflikten helfen kann und deren Ratschläge angenommen werden.

4.3.2.4 Behandlungswünsche

Der Teilnehmer äußert Wünsche für den Umgang mit ihm, für den Fall einer weiteren psychischen Krise. Zum einen sind dies Behandlungswünsche im Sinne der medizinischen Behandlung, zum anderen finden sich Wünsche, wie er als Person „behandelt“ werden will, also wie mit ihm während des Krisenfalles umgegangen werden soll und welche weiteren hilfreichen Maßnahmen ergriffen werden sollen.

4.3.2.4.1 Behandlung mit Medikamenten

Durch seine Vorausplanung anhand des Krisenpasses dokumentiert der zweite Teilnehmer Wünsche für eine psychiatrische Behandlung durch Medikamente.

Vermeidung bestimmter Medikamente

Der Teilnehmer bringt zum Ausdruck, dass er zwei Psychopharmaka, die er mit Handelsnamen nennt, nicht erhalten möchte. Im Krisenpass sind diese Psychopharmaka als Medikamente genannt, mit denen „bisher schlechte Erfahrungen“ gemacht wurden. Er erläutert im Interview, dass diese Medikamente „halt bei mir nicht wirken oder schlecht wirken“ (Z. 37). Allerdings findet sich keine vehemente Ablehnung, sondern eher der Wunsch nach der Vermeidung einer unnötigen Verabreichung.

Zustimmung zu bestimmten Medikamenten

Im Krisenpass sind zwei Medikamente als „im Krisenfall erfahrungsgemäß hilfreich“ aufgeführt, ein Benzodiazepin und ein Neuroleptikum. Außerdem finden sich zwei andere neuroleptische Medikamente mit exakter Dosierung und Verabreichungsschema („50 mg“ und „200-100-200“) als „aktuelle Medikation“ im Krisenpass.

Im Interview erläutert der Teilnehmer, dass er im Krisenpass Medikamente angegeben habe „damit die nicht so Schwierigkeiten haben mir das in der gleichen Art zu geben“ (Z. 35/36). Auf Nachfrage gibt der Teilnehmer außerdem an, dass er „aus heutiger Sicht“ (Z. 42) einwilligen würde, die unter „aktueller Medikation“ eingetragenen Medikamente zu bekommen. Er gibt folglich seine Zustimmung zu einer bestimmten Medikation.

Ablehnung von Zwangsmedikation

Der Teilnehmer bringt im Interview zum Ausdruck, dass er eine „gewaltsame Tabletteneinnahme“ (Z. 14) ablehne. Dies beziehe sich nicht auf die Zwangsmedikation mit einem bestimmten Medikament, sondern allgemein auf die Anwendung von Zwang. Er erläutert, dass er die Tabletteneinnahme nicht grundsätzlich ablehne, sondern fordert, dass ihm „halt vernünftig [...] und nicht mit Zwang“ (Z. 18) gesagt werde, dass eine Medikation notwendig sei. Besonders festzuhalten ist dabei, dass der Teilnehmer fordert, man solle „in der Psychiatrie den Kompromiss“ (Z. 16) mit ihm finden.

4.3.2.4.2 Freiheitsentziehende Maßnahmen

Der Teilnehmer äußert sich zu freiheitsentziehenden Maßnahmen, die in vorangegangenen Krisensituationen bereits zum Einsatz gekommen seien und die er in Zukunft vermeiden wolle.

Vermeidung mechanischer Fixierung

Der Teilnehmer bringt zunächst zum Ausdruck, dass er eine mechanische Fixierung ablehne. Im Interview sagt er „ich möchte keine Fixierung“ (Z. 13/14) und gibt an, dass er die Fixierung als Zwang empfinde. Im Krisenpass steht handschriftlich in der Kategorie „Besonderes“, dass er „keine Fixierung“ und einen „Psychologe[n]“ wolle. Später im Interview gibt der Teilnehmer an, sich zu wünschen, dass ein Psychologe hinzugezogen werde, bevor es zu einer Fixierung komme. Er sieht hier eine Möglichkeit zur Abwendung der Fixierung. Allerdings sagt er „nach Möglichkeit gar keine Fixierung“ (Z. 177/178). Eine Fixierung scheint folglich nicht absolut ausgeschlossen, sondern nur unerwünscht und wenn möglich zu vermeiden. Auch scheint für ihn eine Fixierung bei Betreuung durch eine Sitzwache, als Option in Frage zu kommen. Bisher habe er noch keine Fixierung mit Betreuung durch eine Sitzwache erfahren (Z. 179/180).

Vermeidung von Isolationsmaßnahmen

Eine konkrete Ablehnung von Isolationsmaßnahmen findet sich weder im Interview, noch in den Dokumenten des Teilnehmers. Jedoch entsteht der Eindruck, dass sich der Teilnehmer wünscht, nicht mehr isoliert zu werden. Als Behandlungsalternative zeigt er auf, dass er sich Gespräche wünsche. Es wird im Interview deutlich, dass er die Unterbringung in einem Isolationszimmer subjektiv als unverhältnismäßig und ungerechtfertigt ansieht.

„Ja es war zum Beispiel auch in [der Klinik A, Anm. d. Verf.] da habe ich halt ... auch nicht so mitgemacht und ... bisschen randaliert, also dafür kam ich dann gleich tageweise ins Isolationszimmer, das war schwer auszuhalten, da hätte man ja auch mit mir sprechen können“ (Z. 63-66).

4.3.2.4.3 Umgang mit Zwangsmaßnahmen

Der Teilnehmer verfolgt das Ziel, Zwangsmaßnahmen zu vermeiden und nennt Schritte, die zu diesem Zweck zu ergreifen sind. So solle mit ihm gesprochen werden, ein Psychologe hinzugezogen und seine als hilfreich empfundenen Medikamente verabreicht werden. Für den Fall, dass eine Fixierung unumgänglich sei, wünscht er sich eine Sitzwache, die während der Fixierung bei ihm ist.

4.3.2.4.4 Sonstige Wünsche

Gesprächswunsch

Der Teilnehmer macht im Interview deutlich, dass er sich Gespräche und eine bessere Kommunikation wünscht. Er sieht Gespräche als einen Weg, um Konflikte zu vermeiden oder zu bereinigen. So gibt er an, er hätte nicht „zwangsmediziert“ und isoliert werden müssen, wenn man mit ihm gesprochen hätte. Er fordert, man solle in der Psychiatrie einen Kompromiss mit ihm finden (Z. 11) und äußert den Wunsch, dass ihm mehr Raum eingeräumt werden solle, um von seiner Psychose erzählen zu können.

„Man sollte in der Psychiatrie den Kompromiss mit mir finden“ (Z. 11).

„Dass ich vielleicht von meiner Psychose was erzählen kann ... war zwar eigentlich der Rahmen dafür aber viel zu wenig ... dass man mir mehr Zeit gibt und dass man mich auch ernst nimmt“ [auf die Frage nach seinen Wünschen, Anm. d. Verf.] (Z. 219-222).

Hinzuziehen eines Psychologen

Der Teilnehmer gibt eine Präferenz für einen Gesprächspartner aus einer bestimmten Berufsgruppe an. Im Krisenpass steht handschriftlich „Psychologe“. Durch das Dokument bleibt zunächst unklar, was genau gemeint ist. Im Interview erläutert der Teilnehmer, dass er „gerne einen Psychologen oder eine Psychologin sprechen“ würde (Z. 38) und „weniger einen Arzt“ (Z. 39).

Später im Interview gibt der Teilnehmer an, sich zu wünschen, dass man „doch einen Psychologe nochmal einschaltet bevor es zu einer Fixierung kommt“ (Z. 177/178). Der Psychologe scheint als eine Art Vermittler zwischen dem Teilnehmer und den Ärzten zu fungieren und das Gespräch mit ihm als ein Mittel zur Deeskalation und zur möglichen Abwendung von Zwangsmaßnahmen.

4.3.2.5 Bisherige Erfahrungen

4.3.2.5.1 Erfahrungen in Zusammenhang mit psychiatrischen Aufenthalten

Negative Erfahrung mit Zwangsmedikation

Der Teilnehmer berichtet von einer negativen Erfahrung mit der psychiatrischen Behandlung im Krisenfall. So sei es zu einer gewaltsamen Tabletteneinnahme gekommen, also einer durch Zwang erwirkten Medikation, die aus seiner Sicht vermeidbar gewesen wäre. Er berichtet in diesem Zusammenhang über Konflikte und nennt die Medikamenteneinnahme als Streitpunkt. Er benennt „oft schlecht behandelt“ (Z. 55/56) worden zu sein, weil er in der Krise nicht eingesehen habe, dass er krank sei und Tabletten nehmen müsse.

„Ja halt speziell auf meinen letzten Klinikaufenthalt ... da wurde ich halt auch oft schlecht behandelt, also weil ich habe das nicht eingesehen, dass ich krank bin und die Tabletten nehmen muss“ (Z. 55-57).

Negative Erfahrung mit Isolationsmaßnahmen

Im Interview berichtet der Teilnehmer von einem Klinikaufenthalt, während dem er tagelang in einem Isolationszimmer untergebracht worden sei. Dies sei „schwer auszuhalten“ (Z. 65) gewesen. Eine konkrete Ablehnung der Isolation findet sich weder im Interview noch in den Dokumenten des Teilnehmers, obwohl der Eindruck entsteht, dass der Teilnehmer sich wünscht, nicht mehr isoliert zu werden. Als mögliche Behandlungsalternative äußert er, dass er sich Gespräche wünsche. Allerdings bleibt die Realisierbarkeit fraglich, da der Teilnehmer in diesem Kontext auch angibt, „randaliert“ (Z. 64) zu haben. Deutlich wird aber, dass er die Unterbringung in einem Isolationszimmer als unverhältnismäßig und ungerechtfertigt ansieht: Dies wird klar durch die Verwendung des Wortes „bisschen“ (ebd.) in Bezug auf sein Verhalten und die Verwendung der Worte „dann gleich“ (ebd.) hinsichtlich der Konsequenz seines Verhaltens. Auch die Aussage „da hätte man ja auch mit mir sprechen können“ (Z. 65) ist als Vorwurf gegen die Behandler gerichtet. Festzuhalten ist, dass die Isolierung als negative Erfahrung empfunden wurde.

4.3.2.5.2 Erfahrungen in Zusammenhang mit Dokumenten zur Vorausplanung

Der Teilnehmer gibt im Interview an, sich an einige Gegebenheiten nicht mehr erinnern zu können. So kann er keine verlässlichen Angaben machen, ob der Krisenpass bei seinem letzten Aufenthalt in der Psychiatrie vorgelegt wurde und ob seine vorausverfügten Behandlungswünsche damals berücksichtigt wurden.

4.3.2.6 Zukunftsvorstellungen

Der Teilnehmer gibt im Interview zu erkennen, sich noch keine konkreten Gedanken gemacht zu haben, wie ein erneuter stationär-psychiatrischer Aufenthalt in Bezug auf seine Dokumente ablaufen könnte. Er zeigt sich aber zuversichtlich, dass die Ärzte Vorausplanungen dank dem „Psychisch-Kranken-Gesetz“ und der „UN-Konvention“ in Zukunft „eher beachten“ (Z. 97/98).

4.3.2.7 Einstellung gegenüber der Psychiatrie

Ambivalenz gegenüber den Behandlern

Es zeigt sich eine Ambivalenz von Seiten des Teilnehmers gegenüber der Psychiatrie und den Behandlern. So sagt er: „Also ich finde ja Psychiatrie nicht grundsätzlich schlecht aber teilweise schon“ (Z. 99) und relativiert seine an anderer Stelle erhobenen Vorwürfe, indem er sagt: „ich denke ja die Doktoren, die wollen ja eigentlich im Kern schon was Gutes tun“ (Z. 172). Zur Berufsgruppe der Sozialarbeiter und vor allem der der Psychologen zeigt er hingegen größeres Vertrauen.

„Bei den Leuten die Pfleger sind oder Psychologen oder Sozialarbeiter hatte ich ein besseres Gefühl“ (Z. 209/210).

Der Teilnehmer drückt aus, sich bei einem vergangenen Aufenthalt schlecht bzw. ungerecht behandelt gefühlt zu haben. Die bisherige, in seinen Augen zu harte Behandlung, sei „schwer auszuhalten“ (Z. 65) gewesen und wird als unverhältnismäßig empfunden. Auch die Aussage „da hätte man ja auch mit mir sprechen können“ (ebd.) liest sich wie ein Vorwurf gegenüber den Behandlern. Es sei viel zu wenig Raum gewesen, um seinem Wunsch, über die Psychose zu sprechen, nachzukommen und er habe sich in seiner Erkrankung nicht ernstgenommen gefühlt.

Insgesamt wünscht er sich, einen Aufenthalt in der Psychiatrie, der für ihn mit vielen Konflikten verbunden ist, zu vermeiden und falls er unvermeidbar ist, dann wenigstens die Konflikte zu reduzieren. Er hat sich zwar ein Restvertrauen in die Psychiatrie bewahrt, wirkt in seiner Haltung aber auch immer wieder vorwurfsvoll gegenüber den Behandlern.

4.3.2.8 Übergeordnete Ziele der schriftlichen Vorausplanung

Der Teilnehmer äußert in seinem Dokument und im Interview konkrete Behandlungswünsche und verweist auf Maßnahmen, die im Falle einer psychiatrischen Krise ergriffen werden sollten. Darüber hinaus sind über das Konkrete hinausgehende, übergeordnete Ziele erkennbar, die durch das Dokument erreicht werden sollen.

Vermeidung von Leid unter inadäquater Behandlung

Als übergeordnete Ziele, die mit den formulierten Behandlungswünschen erreicht werden sollen, kann auch bei diesem Teilnehmer eine subjektiv als gut empfundene Behandlung und der Schutz vor einer als Fehlbehandlung empfundenen Umgangsweise genannt werden.

Somit lässt sich – auch bei diesem Teilnehmer – eine Vermeidung von Leid unter einer subjektiv als inadäquat empfundene Behandlung, als übergeordnetes Ziel festhalten. Dabei bedeutet Leid in seinem Fall eine „schlechte Medikation“ (Z. 176), mechanische Fixierung und die Anwendung von Zwang.

Darüber hinaus können auch die negativen Gefühle durch mangelnde Kommunikation mit ihm sowie die sich daraus ergebenden Konflikte, als subjektives Leid angesehen werden. Leid ist dabei im Sinne von Schwierigkeiten, als eine Belastung, zu verstehen.

„Glatte Ablauf“ des psychiatrischen Aufenthaltes und Verbesserung der Kommunikation in der Krise

Da der Teilnehmer das Gefühl hat, dass die Ärzte seine wörtlichen Äußerungen im Krisenfall aufgrund seiner Erkrankung bisher nicht ernst nehmen, will er seine Dokumente einsetzen. Er verfolgt das Ziel, auf der Grundlage seiner schriftlichen Vorausplanung ein Gespräch anzuregen und seinen Willen kommunizieren zu können, um die Beachtung seiner Behandlungswünsche zu erreichen. So versucht er beispielsweise, seinen Wunsch, Zwangsmaßnahmen zu vermeiden, durch die Vorausplanung zu erreichen, indem er hofft, durch diese ein versöhnliches Gespräch herbeizuführen. Auch verspricht er sich, Streitgespräche über Medikamente vermeiden zu können, indem er seine Wünsche zur Medikamenteneinnahme im Voraus angibt.

Er erwähnt, dass es sein Ziel sei, dass die Behandlung beziehungsweise der stationäre Aufenthalt „glatter“ (Z. 169) ablaufe und erläutert, dass er sich unter anderem wünsche, keine „schlechten Medikamente“ (Z. 176) vorgeschlagen zu bekommen.

Er erhofft sich des Weiteren, dass ihm mehr Zeit eingeräumt wird. Insgesamt kann von dem Ziel einer verbesserten Kommunikation in der Krise ausgegangen werden. Es ist dem Teilnehmer betont wichtig, ernst genommen zu werden.

„Da sieht man ja das dass ich das ausgefüllt habe als ich gesund war und ... dann kann man das auch wieder als Ziel festhalten“ (Z. 228/229).

„Nicht immer nur auf das Medikamenteneinnehmen fixiert ... dass ich vielleicht von meiner Psychose was erzählen kann, war zwar eigentlich der Rahmen dafür aber viel zu wenig ... dass man mir mehr Zeit gibt und dass man mich auch ernst nimmt ... also alles was ich gesagt habe war für die irgendwie krank und für mich halt nicht“ [auf die Frage nach seinen Wünschen, Anm. d. Verf.] (Z. 214-222).

Verbesserung der Behandlung und frühere Entlassung durch Reduktion von Konflikten

Der Teilnehmer wünscht sich in der Krise die Behandlung zu bekommen, von der er sich den geringsten Schaden für sich selbst verspricht. Eine Abneigung gegen Konflikte ist erkennbar und auch der Wunsch nach einer früheren Entlassung wird geäußert. Er hofft, die Art wie er von den Ärzten behandelt wird, wie diese mit ihm umgehen, dadurch verbessern zu können, dass diese sich mehr mit ihm als Person auseinandersetzen, ihn besser kennen lernen und letztendlich auch ernst nehmen.

„Insgesamt dass es wieder glatter läuft, dass nicht so viel Streit dort entsteht und dass ich dann früher wieder nach Hause kann ... die Doktoren die wollen ja eigentlich im Kern schon was Gutes tun und lernen einen vielleicht dadurch ein bisschen besser kennen ... auch wenn es abstrakt ist... und versuchen dann glaube ich auch danach zu handeln“ [Antwort des Teilnehmers auf die Frage nach seiner Motivation die Vorausplanung auszufüllen, Anm. d. Verf.] (Z. 169-174).

Verbesserung des richterlichen Urteils

Als weiteren Punkt führt der Teilnehmer an, dass seine Vorausplanung „ein Richter lesen“ könnte „wenn es zur Anhörung kommt“ und er ihm dann „eher ein Urteil zutrauen“ würde, „als wenn er es nicht gelesen hat“ (Z. 184/185). Hier scheint er Bezug auf die vom Gericht angeordnete Betreuung zu nehmen, denkbar ist auch die richterliche Entscheidung über eine Fixierung.

4.3.2.9 Funktion des Dokumentes

Gesprächsgrundlage

Seine Dokumente sind für den Teilnehmer eine Grundlage für Gespräche mit den Behandlern, in denen ihm zugehört und er ernst genommen wird. Er versucht durch die Vorausplanung mehr Zuwendung in Form von Gesprächen zu erwirken und nutzt sie, um die Behandler dazu zu bewegen, in der Krise einen Kompromiss mit ihm zu finden, ohne dass es zum Streit kommt.

4.3.2.10 Framework und Appell

Im Fall des zweiten Teilnehmers gibt es einen Verhandlungsspielraum in der Krise, dabei bilden vernünftige Gespräche die Grundlage zu einer konfliktfreien Entscheidungsfindung. Er hofft die Einstellung der Behandler ihm gegenüber und die Art, wie sie mit ihm umgehen, auf Grundlage des Vorhandenseins seiner Vorausverfügung zu verbessern. Sie soll dazu dienen, den Teilnehmer in seinen Bedürfnissen wahrzunehmen und mit ihm im Gespräch Lösungen zu finden, was sich insgesamt dem *Framework Shared Decision-Making During Crisis* zuordnen lässt. Da er fordert, man müsse in der Krise den Kompromiss mit ihm finden, lautet sein Appell <<*Compromise with me!*>>.

4.3.2.11 Zusammenfassung

Tabelle 24: Zusammenfassung Fall 2. (Besonders wichtige Elemente sind unterstrichen.)

| | <u>Fall 2</u> |
|--|--|
| Attribute des Teilnehmers | <ul style="list-style-type: none"> • Alter: 48 Jahre • Geschlecht: männlich • Diagnose: Psychose • Anzahl stationär-psychiatrischer Aufenthalte: 6-7 |
| Dokumente | <ul style="list-style-type: none"> • Dokumente mit Behandlungswünschen: <ul style="list-style-type: none"> ○ <u>Krisenpass</u> ○ Patientenverfügung • Dokumente zur Bestimmung eines Stellvertreters: <ul style="list-style-type: none"> ○ Vollmacht ○ Betreuungsverfügung |
| Behandlungswünsche in der Krise | <ul style="list-style-type: none"> • Behandlung mit Medikamenten und Zwangsmaßnahmen: <ul style="list-style-type: none"> ○ Vermeidung bestimmter Medikamente ○ Zustimmung zu bestimmten Medikamenten ○ <u>Vermeidung mechanischer Fixierung</u> ○ <u>Gespräche statt Zwang</u> • Falls Zwangsmaßnahmen unvermeidbar: <ul style="list-style-type: none"> ○ Vor mechanischer Fixierung <u>Psychologen hinzuziehen</u>, währenddessen <u>Sitzwache bereitstellen</u> |
| Rolle der Vertrauensperson | <ul style="list-style-type: none"> • <u>Betreuer, dessen Ratschläge befolgt werden und der bei Konflikten hilft</u> |
| Übergeordnete Ziele | <ul style="list-style-type: none"> • Reduktion von Konflikten und bessere Behandlung durch Verbesserung der Kommunikation: <ul style="list-style-type: none"> ○ Ernst genommen werden ○ Von Psychose erzählen können |
| Einstellung | <ul style="list-style-type: none"> • Ambivalenz |
| Appell | <ul style="list-style-type: none"> • <<Compromise with me!>> |
| Funktion des Dokumentes | <ul style="list-style-type: none"> • Gesprächsgrundlage |
| Framework | <ul style="list-style-type: none"> • <u>Shared Decision-Making During Crisis</u> |

4.3.3 Fallbericht Teilnehmer Nr. 3

4.3.3.1 Initiative

Der dritte Teilnehmer lässt erkennen, dass er sich in das Erstellen seines Dokumentes mit viel Eigeninitiative eingebracht hat. Er habe zur Entwicklung seines Dokumentes beigetragen.

Der Teilnehmer habe sich gemeinsam mit einem Therapeuten, den er schon lange über die Selbsthilfegruppe kenne, Gedanken über die psychische Krisensituation gemacht. Daraufhin habe er mit Unterstützung des Therapeuten einen Krisenpass ausgefüllt. Die Felder, in denen Bezug auf die Medikation genommen werde, habe der Arzt ausgefüllt und durch Unterschrift sowie Stempel bestätigt. Die Felder, in denen Bezug auf Kontaktpersonen für den Notfall genommen werde und das Feld „Besonderes“ habe der Teilnehmer selbst ausgefüllt.

4.3.3.2 Dokumente

Das Dokument mit schriftlichen Behandlungswünschen, das der Teilnehmer zum Interview mitbringt, ist der „Krisenpass für Menschen mit psychischer Erkrankung“. Eine Übersicht über die Dokumente des Teilnehmers liefert Tabelle 25.

Tabelle 25: Dokumente des 3. Teilnehmers

| <u>Dokumente zur Bestimmung eines Stellvertreters</u> | <u>Dokumente zur Übermittlung von Behandlungswünschen</u> | <u>Gesamtzahl der Dokumente zur Vorausplanung</u> |
|---|--|---|
| <ul style="list-style-type: none">keine | <ul style="list-style-type: none">Krisenpass | <ul style="list-style-type: none">1 |

Das Kästchen „Vorsorgevollmacht, Betreuungsverfügung, Patientenverfügung oder Behandlungsvereinbarung liegt vor bei“ ist nicht angekreuzt und es ist nichts darunter eingetragen.

Bestätigung eines Arztes

Im Dokument finden sich an zwei Stellen der Stempel und die Unterschrift eines Facharztes für Psychiatrie und Psychotherapie, darunter steht: „Bestätigung durch den Arzt: Durch meine Unterschrift bestätige ich die oben genannten Erfahrungen“.

Im Interview gibt der Teilnehmer an, dass er die Bestätigungen eingeholt habe, um zu zeigen, dass dann „schon was dahinter“ sei (Z. 80). Er scheint dadurch seinem Dokument mehr Gewicht verleihen zu wollen, um so die Wahrscheinlichkeit der Umsetzung seiner Behandlungswünsche zu erhöhen.

4.3.3.3 Rolle der Vertrauensperson

Benachrichtigung Angehöriger im Krisenfall

Im Krisenpass werden zwei Personen namentlich genannt, die im Krisenfall benachrichtigt werden sollen. Es handele sich dabei um die Eltern des Teilnehmers. An anderer Stelle wird der Name einer Familie angeführt, die wegen der Betreuung seines Kindes informiert werden solle. Es handele sich dabei um Verwandte.

Der Teilnehmer betont die Wichtigkeit der Benachrichtigung bestimmter Personen im Krisenfall. Er selbst habe angeregt, dass die Seite, in der es um die Benachrichtigung von Personen in Bezug auf die Betreuung eines Kindes gehe, aufgenommen worden sei. Dieser Punkt scheint für ihn besondere Bedeutung zu haben.

Organisatorische Gründe

Das Informieren seiner Angehörigen im Krisenfall scheint für den Teilnehmer vor allem unter dem Aspekt wichtig zu sein, dass diese von seinem Zustand in Kenntnis gesetzt werden. Des Weiteren misst er auch dem organisatorischen Aspekt Bedeutung bei, dass er, wenn er unvorhergesehen in die Klinik komme, jemanden brauche, der ihm Kleidung und Waschsachen dorthin bringe.

Keine gesetzliche Betreuung

Das Kästchen „Vorsorgebevollmächtigter oder gesetzlicher Betreuer“ ist nicht angekreuzt. Der Teilnehmer äußert im Interview, er habe zwar seine Eltern und sein Geschwisterteil im Krisenpass als zu benachrichtigende Personen angegeben, aber keinen gesetzlichen Betreuer festgelegt. Eine gesetzliche Betreuung scheint er, unter dem Gesichtspunkt, dass es schwer sei, aus dieser wieder herauszukommen, kritisch zu betrachten. Er sei einmal von einem Arzt „zu überreden versucht“ worden (Z. 42) einer gesetzlichen Betreuung zuzustimmen, habe dies jedoch unter dem Verweis auf seinen Zustand, nämlich geistig „klar in einer Krise“ (Z. 40) zu sein und ja seine Eltern zu haben, abwenden können und seitdem „zum Glück nie was damit zu tun gehabt“ (Z. 42). Zudem sehe er die gesetzliche Betreuung als „unheimliches Druckmittel“ (Z. 43) an, was er jedoch nicht weiter erläutert.

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass in seinem Fall den zu benachrichtigenden Personen nicht die definierte Rolle von Vertrauenspersonen zukommt. Seine Angehörigen sind nur zu unterrichten, sie übernehmen – soweit ersichtlich – äußerstenfalls kleine, organisatorische Aufgaben.

Er benennt keinen Stellvertreter, da er davon ausgeht, durch sein selbstbewusstes Auftreten die Behandler selbst überzeugen zu können. Er tritt für die Durchsetzung seines Willens, unterstützt durch sein Dokument, sozusagen selbst ein.

4.3.3.4 Behandlungswünsche

4.3.3.4.1 Behandlung mit Medikamenten

Durch den Krisenpass und im Interview werden Wünsche für eine psychiatrische Behandlung durch Psychopharmaka geäußert. Medikamente in die schriftliche Vorausplanung aufzunehmen, sei für den Teilnehmer „selbstverständlich“ (Z. 47), dies stelle für ihn „eine gravierende Sache“ (ebd.) dar.

Ablehnung bestimmter Medikamente

Der Teilnehmer bringt zum Ausdruck, dass er zwei Neuroleptika nicht erhalten wolle.

Im Krisenpass finden sich diese als Medikamente, mit denen bisher schlechte Erfahrungen gemacht worden seien. Bezüglich des einen Neuroleptikum begründet der Teilnehmer die Ablehnung damit, dass er mit dem Medikament „schlechte Erfahrungen“ (Z. 54) gemacht habe, es habe ihm „die schlimmen Gedanken, aber auch die guten, halt voll weggezogen“ (Z. 55) und er habe „Jahrzehnte“ gebraucht, um sich wieder „aufzubauen“ (Z. 56). Durch das andere Neuroleptikum, das er mit Handelsnamen benennt, habe er einen „totalen Zungenstarrkrampf“ (Z. 144) bekommen und sich nicht mehr artikulieren können.

Zustimmung zu bestimmter Medikation in angegebenen Dosierungen

Im Krisenpass sind ein Neuroleptikum „bis 10 mg“, ein Benzodiazepin und ein weiteres Neuroleptikum mit der Angabe „5-10 mg“, als „im Krisenfall erfahrungsgemäß hilfreiche Medikamente“ eingetragen. Der Teilnehmer erwähnt zudem im Interview, dass er in Krisen ein „kräftigeres“ (Z. 118) Benzodiazepin benötige, er nennt den Handelsnamen. Er bezeichnet es als „guten Erfolg“ (Z. 13), dass ihm durch Vorlage seines Krisenpasses diese Medikamente gegeben worden seien, was seine Zustimmung zu dieser Medikation unterstreicht.

Außerdem sind als aktuelle Medikation zwei Neuroleptika vermerkt. Eines mit der Angabe „2 mg“ und dem Vermerk, es bei Bedarf bis zu zweimal am Tag zu verabreichen. Außerdem ist ein weiteres, unleserliches Medikament, für den Bedarfsfall vermerkt. Der Teilnehmer sagt im Interview, dass auch die Dosierung von Lithium und der Lithium-Blutspiegel vermerkt wären. Auch zur aktuellen Medikation signalisiert der Teilnehmer seine Zustimmung, unter Verweis auf die richtige Dosierung.

Die Medikation, die sich im Krisenpass findet, habe er mit dem Psychiater besprochen, der ihm beim Ausfüllen geholfen habe.

Von einem weiteren Psychopharmakon berichtet der Teilnehmer, es nur in einer niedrigen Dosierung zu vertragen. In einer höheren Dosierung leide er unter einer, als hinderlich bei der Arbeit empfundenen, „Dämpfung“ (Z. 52) durch das Medikament.

Insgesamt ergibt sich durch die Schilderungen des Teilnehmers der Eindruck, dass er zu der festgelegten Medikation nicht nur seine Zustimmung gibt, sondern deren Gabe in der Krise sogar einfordert – allerdings mit Beschränkung der meisten Medikamenten auf die festgelegte Dosierung.

Präferenz für eine orale Darreichungsform

Im Interview gibt der Teilnehmer an, dass er sein aktuelles Medikament nicht in Form von Injektionen, sondern lieber in Tablettenform erhalten wolle. Als Grund gibt er an, auf die Verabreichung einer Spritze habe er zu lange warten müssen, da die Injektion nur von Ärzten und nicht von Arzthelfern durchführbar sei. Der Teilnehmer äußert zwar, eine orale Verabreichung zu bevorzugen, allerdings findet sich im Dokument kein Hinweis auf diese Präferenz.

4.3.3.4.2 Freiheitsentziehende Maßnahmen

Zu freiheitsentziehenden Maßnahmen werden von diesem Teilnehmer keine Festlegungen gemacht. Er gibt im Interview an, eine Fixierung könne sowieso nicht verhindert werden, falls diese für notwendig befunden werde.

4.3.3.4.3 Umgang mit Zwangsmaßnahmen

Auch zum Umgang mit Zwangsmaßnahmen im Allgemeinen trifft der Teilnehmer keine Festlegungen, da er keine Chance auf deren Umsetzung sieht.

4.3.3.4.4 Sonstige Wünsche

Medikamente gegen somatische Erkrankungen

Der Teilnehmer hat in seinem Krisenpass zusätzlich seine Medikamente gegen somatische Erkrankungen festgehalten. Er wolle diese im Krisenpass festhalten, um die Behandler davon in Kenntnis zu setzen.

4.3.3.5 Bisherige Erfahrungen

Der Teilnehmer berichtet im Interview über seine bisherigen Erfahrungen, sowohl im Zusammenhang mit bisherigen psychiatrischen Aufenthalten, als auch bezüglich des Einsatzes seines Dokumentes.

4.3.3.5.1 Erfahrungen in Zusammenhang mit psychiatrischen Aufenthalten

Negative Erfahrungen in Zusammenhang mit psychiatrischen Aufenthalten

Der Teilnehmer berichtet, während zurückliegender Aufenthalte in der Psychiatrie schlimme Zustände erfahren zu haben. So seien zitternde Mitpatienten während der Arbeitstherapie zur Arbeit gezwungen und er sei „wie in der Bundeswehr“ „gepackt“ worden (Z. 158/159). Er hat folglich die Erfahrung gemacht, dass Patienten gewaltsam zu etwas gezwungen wurden.

Zudem habe er es als gegen seinen Willen empfunden, nicht selbst bestimmen zu können, was er brauche. Er sei oft „angeeckt“, da er Schwierigkeiten gehabt habe sich anzupassen (Z. 163-176).

Negative Erfahrungen mit der Einnahme bestimmter Medikamente

Im Interview berichtet der Teilnehmer an mehreren Stellen von negativen Erfahrungen im Zusammenhang mit Medikamentennebenwirkungen. Diese seien für ihn schwer zu ertragen gewesen und es sei ihm dadurch sehr schlecht gegangen.

Erfahrung mit mechanischer Fixierung

Gegen seinen Willen sei der Teilnehmer in der Vergangenheit zwar nicht fixiert worden, jedoch sei es zu einer Fixierung gekommen. Die Beschreibung, er habe sich dann in der Fixierung nicht kratzen können, obwohl es ihn gejuckt habe, legt nahe, dass die Fixierung letztendlich als unangenehm empfunden wurde. Ob er die Fixierung provoziert oder sich in das Vorhaben der Ärzte gefügt hat, geht aus seinen Schilderungen nicht eindeutig hervor.

4.3.3.5.2 Erfahrungen in Zusammenhang mit Dokumenten zur Vorausplanung

Positive Erfahrungen mit dem Dokument zur Vorausplanung

Zu positiven Erfahrungen mit dem Dokument berichtet der Teilnehmer, dass die festgelegten Medikamente verabreicht und sein Krisenpass beachtet worden sei (Z. 13/14, 129/130). Er führt dies jedoch vor allem auf sein eigenes, selbstbewusstes Auftreten in der Krise zurück.

Des Weiteren berichtet er über Krisensituationen, in denen er von sich aus Hilfe gesucht und gute Erfahrungen mit dem Krisenpass, als eine Art Krankenakte, gemacht habe. Der Krisenpass habe geholfen, dass er die Medikamente bekommen habe, die er wollte.

Außerdem erwähnt er im Interview eine Erfahrung, bei der er der Polizei seinen Krisenpass gezeigt habe. Die Beamten auf diesem Weg darüber informieren zu können, dass er sich in psychiatrischer Behandlung befinde, sei von ihm in dieser Konfliktsituation als hilfreich empfunden worden (Z. 180-190).

„Wenn ich dann in Deutschland unterwegs bin und den Krisenpass habe, habe ich immer sehr gute ... Erfolge gehabt, das was hier drinnen steht haben die mir auch gegeben“ (Z. 12-14).

4.3.3.6 Zukunftsvorstellungen

Ideen zur Weiterentwicklung des Dokumentes

Der Teilnehmer erwähnt im Interview mehrmals, dass er sich eine internationale Version des Krisenpasses auf Englisch oder Spanisch wünsche. Außerdem bringt er Ideen zur Verbreitung des Krisenpasses ein. Eine Hoffnung auf die Wahrnehmung der Bedürfnisse potentieller Patienten ist erkennbar.

4.3.3.7 Einstellung gegenüber der Psychiatrie

Vertrauen auf Durchsetzung einzelner Wünsche

Der Teilnehmer sieht die Psychiatrie als Gegenüber an, das er bezüglich der Medikation – durch sein Auftreten und die Vorlage des Krisenpasses – von seinen Wünschen überzeugen kann. Er betont mehrfach, dass dazu auf jeden Fall ein selbstbewusstes Auftreten nötig sei, man muss sich aus seiner Sicht also behaupten können. Durch vergangene Erfahrungen bestärkt, ist er in diesem Punkt darauf bedacht, seinen Willen durchzusetzen.

Kapitulation bezüglich einiger Maßnahmen

An mehreren Stellen wird, dem gegenüberstehend, aber auch deutlich, dass er in Bezug auf einige Maßnahmen die Erkenntnis gewonnen hat, den Behandlern gegenüber machtlos zu sein. Er spricht davon „gegen den Willen mitzumachen“ (Z. 62) – also in Maßnahmen einzuwilligen, die eigentlich nicht seinem Willen entsprechen. Er trifft die Aussage, dass die Klinik immer „gewinne“, „egal wo“ (Z. 155) und er sich deswegen überlegt habe, bei diesen Maßnahmen „mitzumachen“ (Z. 160, Z. 162). Er kämpft also nicht gegen die Ärzte an, wenn er eine Verweigerung als aussichtslos betrachtet, sondern setzt in diesem Fall darauf nachzugeben. In Bezug auf Zwangsmaßnahmen fügt er sich den Behandlern.

Psychiatrie als eine ihm gegenüberstehende Macht

Das Verhalten des Teilnehmers wechselt zwischen den Polen „Kapitulation“ (bzw. Resignation) und „Geltung erlangen“ – je nachdem, wie er die Chancen auf Erfolg einschätzt, wobei sich die Einschätzung aus vergangenen Erfahrungen speist. Er betrachtet die Psychiatrie als eine Art Macht, gegen die er sich aber in einigen Punkten durchsetzen kann.

4.3.3.8 Übergeordnete Ziele der schriftlichen Vorausplanung

Mit der schriftlichen Vorausplanung verfolgt der Teilnehmer das übergeordnete Ziel der Beachtung seiner Behandlungswünsche, damit er in der Krise die für ihn angemessene Hilfe bekommt, unabhängig von Zeitpunkt und Ort des Eintretens der Krisensituation.

Besserung seiner Symptome und Beruhigung in der Krise durch sofortige, adäquate Behandlung

Der Teilnehmer verfolgt mit seiner Vorausplanung das Ziel, in Notfällen sofort eine adäquate, medikamentöse Therapie zu erhalten. Er erhofft sich durch Medikamente eine Besserung seiner Symptome und Beruhigung in der Krise. Die Verabreichung der Medikamente in der Dosierung, die er festgelegt hat – was für ihn eine gute Wirksamkeit, bei bestmöglicher Verträglichkeit darstelle – ohne darüber diskutieren zu müssen, stellt für ihn eine adäquate Behandlung dar. Positiv formuliert, möchte der Teilnehmer in der Krise die Behandlung erhalten, von welcher er sich den größten Nutzen verspricht, unter Inkaufnahme der geringsten Schadenspotentiale.

Vermeidung von Leid unter inadäquater Behandlung

Als weiteres übergeordnetes Ziel lässt sich im Umkehrschluss die Vermeidung von Leid, verursacht durch eine subjektiv als inadäquat empfundene Behandlung festhalten. Leid bedeutet für diesen Teilnehmer das Erleben von Nebenwirkungen sowie das Warten auf und erneutes Verhandeln von bewährter Medikation.

Das Informieren aller unkundiger, mit ihm in Krisen interagierender Personen, dient somit der Vorbeugung eines unbeholfenen Umgangs mit dem Teilnehmer in der Krise.

Beachtung der individuellen Bedürfnisse

Durch die Angabe der Dosierungen lesen sich die Behandlungswünsche des Teilnehmers, seine Medikation betreffend, als individuell auf ihn zugeschnitten. Es ist ihm ein Bedürfnis, seine Medikamente genauso wie festgelegt zu erhalten. Im Interview spricht der Teilnehmer auch davon, dass jeder in Bezug auf sein Auftreten und Sein in der Krankheit individuell sei.

„Jeder ist eben individuell, wie er wie er eben auftritt in der Krankheit, oder auch ist“ (Z. 15-18).

Selbstbestimmung

Aus der Gesamtheit der Aussagen des Teilnehmers lässt sich der Wunsch nach mehr Selbstbestimmung erkennen. Er versucht mit dem Dokument und seinem Auftreten in der Krise diese gegenüber den Behandlern, zumindest in Teilen, zu stärken.

4.3.3.9 Funktion des Dokumentes

Unterbau des verbal geäußerten Willens

Das Dokument wird von diesem Teilnehmer in der Krise eingesetzt, um seinen, in Form von medikamentösen Behandlungswünschen verbal geäußerten Willen, zu untermauern. Das Dokument kommt als unterstützender Unterbau zum Einsatz, um zu zeigen, „dass etwas dahinter ist“ (Z. 80, Z. 181).

Der Teilnehmer schreibt viel dem individuellen, selbstsicheren Auftreten zu und sieht den Krisenpass eher als Unterstützung seines mündlich vorgetragenen Willens, denn als rechtlich bindendes Mittel.

Er betont in der Krise „eigentlich ziemlich klar“ (Z. 9) zu sein und zu merken, wenn er krank sei. Er spricht von seinem selbstbewussten Auftreten, durch das er sicherstellen könne, dass ihm die gewünschten Medikamente verabreicht würden. Er beschreibt sein Agieren dabei als „eigentlich zu selbstbewusst und zu ergreifend“ (Z. 15), so dass sich die Behandler gar nicht trauen würden, gegen seinen Willen zu handeln. Hier wirkt es so, als müssten zur Umsetzung der Behandlungswünsche auf jeden Fall beide Dinge zusammen kommen: das sichere, fordernde Auftreten auf der einen Seite und die im Pass schriftlich festgehaltenen Behandlungswünsche auf der anderen Seite.

Zusammenfassend sieht der Teilnehmer in dem Dokument eine Art Absicherung der Umsetzung seiner Behandlungswünsche.

Handlungsaufforderung

Dem Dokument des Teilnehmers kommt die Rolle einer Handlungsaufforderung zu, wobei es dazu dienen soll, Diskussionen zu vermeiden.

Organisationshilfe in Krisensituationen durch Funktion des Dokumentes als Krankenakte

Der Krisenpass soll die Handhabung potentiell problematischer Ausnahmesituationen erleichtern. Dem Dokument kommt hierbei die Funktion als Ersatz einer Krankenakte zu, mit der Hilfeleistende informiert werden.

Beispielhaft für solche Ausnahmesituationen seien Krisensituationen, die in der Nacht oder während eines Auslandsaufenthaltes aufträten und bei denen die Behandler keine Kenntnis seiner Person und Krankheit hätten. Als Beispiele für unkundige Behandler führt der Teilnehmer nicht-ärztliche Ersthelfer, fachfremde Ärzte und Polizeibeamte auf. Diese würden durch den Krisenpass in die Lage versetzt, ihm angemessen zu helfen. Er gibt an, dass er durch den Krisenpass einem „überforderten“ (Z. 115), fachfremden Arzt im Notdienst zeigen könne, welche Medikamente er benötige. Als während eines nächtlichen Krisenfalles seine Akte nicht auffindbar gewesen sei, sei ihm der Krisenpass schon zu Gute gekommen, da die Behandler in der Klinik so über seine aktuelle Medikation informiert werden konnten.

Der Teilnehmer zeigt sich also bemüht, mögliche Probleme im Umgang mit ihm und seiner Erkrankung in Krisensituationen, zu organisieren. Er will Konfliktsituationen handhaben und Problemen vorbeugen.

Ausweisfunktion

Das Dokument wird durch den Teilnehmer in Krisensituationen weiterführend auch genutzt, um auf seine psychiatrische Erkrankung hinzuweisen. Dies entspricht der Anwendung als Ausweis im Sinne einer positiven Stigmatisierung.

Anwendung als Ersatz für den „Lithiumpass“

Der Teilnehmer gibt im Interview an, dass im Krisenpass der Medikamentenspiegel von Lithium sowie die genaue Dosierung des Medikamentes notiert seien. Der Krisenpass scheint hier als Ersatz für den Lithiumpass zu fungieren, welcher – wie auch von dem Teilnehmer im Interview erwähnt – z. B. bei Operationen wichtig sei.

„Der Diabetiker, ist ja auch gut wenn der was dabei hat, oder dem hilft man da nur, wenn ... Unterzucker kann man dann sofort reagieren so und das finde ich einfach müsste viel mehr verbreitet sein ... aber viele wollen so was nicht, weil ... dann zeige ich mich ja, was los ist und so und was halt das Schlimme ist ... der eine hat das und ... das für die Psychiatrie ist halt unser Thema“ (Z. 108-112).

Verneinung juristischer Intentionen

Der Teilnehmer sei sich allerdings darüber im Klaren, dass seine im Krisenpass festgehaltenen Wünsche Zwangsmaßnahmen, wie z. B. eine mechanische Fixierung, nicht verhindern könnten (Z. 12-18). Er habe für den Fall einer Missachtung seiner Behandlungswünsche, keine juristischen Schritte geplant, da diese Wünsche rechtlich nicht einklagbar seien. Er benutzt das Dokument also nicht, um die Umsetzung seines Willens rechtlich abzusichern.

Erweiterung der Anwendungsgebiete des Dokumentes

Die Anwendung des Krisenpasses beschreibt der Teilnehmer auch für Krisenfälle, die außerhalb des stationär-psychiatrischen Kontextes auftreten, in denen er beispielsweise ein Rezept in der Notaufnahme erhalten wolle.

„Wir müssen halt versuchen das, wie soll man sagen, auf den Notfall, weil da kommt dann, wenn man dann Notdienst in der Nacht dann holt, dann kommt ein Gynäkologe und der weiß ja wirklich andere Sachen ... und dann ist er überfordert, ist ja auch klar, aber wenn dann schriftlich was da steht, dann kann er ein Rezept geben und dann halt, dass man das holt“ (Z. 112-116).

4.3.3.10 Framework und Appell

Es gibt medikamentöse Behandlungswünsche, von deren Umsetzungsmöglichkeit der Teilnehmer überzeugt ist. Er legt in seiner Vorausverfügung Medikamente fest, die ihm im Krisenfall auch genauso gegeben werden sollen. Er nimmt an, seine diesbezüglichen Wünsche letztendlich sowieso durchsetzen zu können und will sich durch das Dokument Diskussionen in der Krise ersparen.

Für die Wünsche, die er in seinem Dokument festgelegt hat, entspricht das Umsetzungskonzept eher dem *Framework Irrevocable Decision*.

Es gibt auch Sachverhalte, zu denen er keine Behandlungswünsche äußert, weil er keine Chance sieht, sich hier durchzusetzen. Diesbezüglich fügt er sich zwar den Ärzten, entsprechend einem paternalistisches Modell der Arzt-Patienten-Beziehung. Da diese Maßnahmen jedoch keine Erwähnung im Dokument finden, im Sinne von schriftlich festgehaltenen Behandlungswünschen, können sie bezüglich der Art, wie sie umgesetzt werden sollen, nicht für die Festlegung eines *Frameworks* berücksichtigt werden.

Der Appell entspricht der Aufforderung, seine Behandlungswünsche zu billigen und kann als <<*Adopt my instructions!*>> formuliert werden.

4.3.3.11 Zusammenfassung

Tabelle 26: Zusammenfassung Fall 3. (Besonders wichtige Elemente sind unterstrichen.)

| | Fall 3 |
|--|--|
| Attribute des Teilnehmers | <ul style="list-style-type: none"> • Alter: 53 Jahre • Geschlecht: männlich • Diagnose: bipolare Störung • Anzahl stationär-psychiatrischer Aufenthalte: 22 (vor mehr als 7 Jahren) |
| Dokument | <ul style="list-style-type: none"> • Dokument mit Behandlungswünschen: <ul style="list-style-type: none"> ○ <u>Krisenpass</u> |
| Behandlungswünsche in der Krise | <ul style="list-style-type: none"> • Behandlung mit Medikamenten: <ul style="list-style-type: none"> ○ <u>Ablehnung bestimmter Medikamente</u> ○ <u>Zustimmung zu bestimmter Medikation in bestimmter Dosierung</u> • Umgang mit Zwangsmaßnahmen: <ul style="list-style-type: none"> ○ Trifft keine Festlegungen ○ Fügt sich in Bezug auf Zwangsmaßnahmen den Behandlern |
| Rolle der Vertrauensperson | <ul style="list-style-type: none"> • <u>Keine Vertrauensperson i.e.S.</u> • Benachrichtigung Angehöriger aus organisatorischen Gründen |
| Übergeordnete Ziele | <ul style="list-style-type: none"> • Besserung der Symptome und Beruhigung in der Krise durch <u>sofortige, adäquate medikamentöse Behandlung</u> • Vermeidung von Leid unter inadäquater Behandlung • <u>Vermeidung von Diskussionen</u> |
| Einstellung | <ul style="list-style-type: none"> • Psychiatrie als Macht, gegen die er einige Positionen durchsetzt |
| Appell | <ul style="list-style-type: none"> • <<Adopt my instructions!>> |
| Funktion des Dokumentes | <ul style="list-style-type: none"> • Unterbau des verbal geäußerten Willens • Organisationshilfe in Krisensituationen durch Funktion des Dokumentes als Krankenakte und Ausweis • Handlungsaufforderung zur Vermeidung von Diskussionen |
| Framework | <ul style="list-style-type: none"> • <u>Irrevocable Decision</u> |

4.3.4 Fallbericht Teilnehmer Nr. 4

4.3.4.1 Initiative

Der Teilnehmer erwähnt im Interview, dass vorausgegangene negative Erfahrungen der Grund dafür seien, „in die Selbsthilfe gefunden“ (Z. 156) sowie die Verfassung seiner Vorausplanung veranlasst zu haben. Er berichtet, im Rahmen einer Schulung zum Betroffenenhelfer eine Mappe geschenkt bekommen zu haben, die eine Vorausplanung im Rahmen des „Recovery-Programmes“ beinhalte (Z. 180/181).

Der Teilnehmer plane, sein in der Entstehung befindliches Dokument gemeinsam mit einem Arzt zu erstellen. Er habe die Absicht, einen Behandler zu finden, der seine Vorausplanung „mitträgt“ (Z. 117) und mit dem er sie gemeinsam erstellen könne. Dieser Behandler solle ein Arzt sein, der ihn kenne und auch wisse, wie er ist, wenn er gesund sei.

Bei der Erstellung des Dokumentes zeigt der Teilnehmer Eigeninitiative, auch wenn der Hinweis darauf von außen kam. Auch allgemein lässt der Teilnehmer ein hohes Maß an Motivation erkennen, wenn er beispielsweise darüber berichtet, sich aktiv informiert und viel über Behandlungskonzepte und Möglichkeiten zur Vorausplanung gelesen zu haben.

Des Weiteren berichtet er im Interview davon, im Bereich der Betroffenenhilfe zu arbeiten und lässt erkennen, dass er sich stark in der Selbsthilfe engagiert und einen aktiven Beitrag zur Verbesserung der aktuellen Situation leisten will. Auch lassen sich Bestrebungen erkennen, andere zur Erstellung einer Vorausplanung zu ermutigen, die auf seiner Überzeugung beruhen, dass dies etwas Hilfreiches sei. Eine aktive Auseinandersetzung mit seiner Erkrankung ist dabei deutlich.

„Das ist ein Geschenk gewesen“ (Z. 180).

4.3.4.2 Dokumente

Der vierte Teilnehmer bringt zum Interview zwei Dokumente mit, denen er Bedeutung für die Vorausplanung einer psychischen Krise beimisst. Es handelt sich zum einen um eine „Patientenverfügung und Vorsorgevollmacht in Gesundheitsangelegenheiten“, von der er berichtet, dass sie auf Patientenvollmachten verweise, die im Besitz der von ihm bevollmächtigten Personen seien. Zum anderen legt er noch eine Vorausverfügung als Blankodokument vor, die im Rahmen eines „Recovery-Programmes“ auszufüllen sei.

Später holt er noch ein weiteres Dokument hervor, das zeigen soll, was ihn als Person außerhalb von Krisen ausmacht, aber keine formulierten Behandlungswünsche enthält.

Eine Übersicht über die Dokumente des Teilnehmers findet sich in Tabelle 27 auf der nächsten Seite.

Tabelle 27: Dokumente des 4. Teilnehmers

| <u>Dokumente zur Bestimmung eines Stellvertreters</u> | <u>Dokumente zur Übermittlung von Behandlungswünschen</u> | <u>Gesamtzahl der Dokumente zur Vorausplanung</u> |
|--|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • Patientenvollmachten (<i>liegen nicht vor</i>) | <ul style="list-style-type: none"> • „Patientenverfügung und Vorsorgevollmacht in Gesundheitsangelegenheiten“ • Vorausverfügung im Rahmen des „Recovery-Programmes“ (<i>liegt als Blankodokument vor</i>) | <ul style="list-style-type: none"> • > 3 • davon vorliegend: 1 |

Vorausverfügung im Rahmen des „Recovery-Programmes“

Die Vorausverfügung im Rahmen des „Recovery-Programmes“ bringe er als Blankodokument mit, da das Dokument gerade in der Entstehungsphase und noch nicht ausgefüllt worden sei. Es handle sich dabei um eine Vorausverfügung für die psychiatrische Behandlung und diene der Übermittlung von Behandlungswünschen, in Verbindung mit einer Mappe, die zu einem umfassenden „Recovery-Programm“ berate. Der Teilnehmer betont im Interview mehrmals, dass er plane, dieses Dokument auszufüllen und dies am besten mit einem Arzt gemeinsam machen wolle.

Vorgegeben werden in dem 22-seitigen Dokument zwölf Bereiche, zu denen der Verfasser Angaben machen kann. Diese Bereiche erstrecken sich unter anderem auf eine Beschreibung der Person des Verfassers im gesunden Zustand und auf die seiner Symptome. Es werden Vertrauenspersonen genannt und Angaben zur Regelung sozialer Angelegenheiten sowie zu Medikamenten gemacht. Außerdem werden noch die Bereiche „Andere Behandlungen und Strategien“, „Wo ich im Fall einer Krise sein möchte“, „Wie man mir helfen soll“ und „Besondere Bedürfnisse“ abgedeckt. Abschließend enthält das Dokument Angaben, wann die Verfügung nicht mehr verwendet werden soll, wie in Situationen von Eigen- oder Fremdgefährdung gehandelt werden soll und Erläuterungen über das Dokument.

„Ich finde das so genial, weil es nicht nur eine Vorausverfügung ist sondern ... weil das in Verbindung ist mit dem ‚Recovery‘-Weg“ (Z. 181/182).

„Patientenverfügung und Vorsorgevollmacht in Gesundheitsangelegenheiten“

Das zweite mitgebrachte Dokument ist die „Patientenverfügung und Vorsorgevollmacht in Gesundheitsangelegenheiten“ in der Form eines Ausweises. Es sei „in erster Linie ein Dokument für somatische Erkrankungen“ (Z. 4), sei von ihm aber um zusätzliche Anweisungen ergänzt worden, die Relevanz für den psychiatrischen Krisenfall hätten. Es ist durch den Teilnehmer mit Ort und Datum versehen und unterschrieben worden.

„Mit reingeschrieben was [...] im Falle [...] einer psychischen Krise geschehen sollte“ (Z. 6/7).

Regelmäßige Aktualisierung des Dokumentes

Das bereits ausgefüllte Dokument aktualisiere der Teilnehmer „alle ein, zwei Jahre mit einer neuen Unterschrift“ (Z. 28/29), damit es „auf einem aktuellen Stand“ (Z. 29) stehe.

Beglaubigung der Einwilligungsfähigkeit

Im Interview erwähnt der Teilnehmer, dass sein ausgefülltes Dokument ein Duplikat sei, das Original liege noch in einer somatischen Klinik. Sein Original-Dokument habe er vom Bürgermeister seines Wohnortes beglaubigen lassen. Er erwähnt, eine Beglaubigung durch eine Amtsperson sei „nicht unbedingt nötig“ (Z. 34), er habe sie aber dennoch eingeholt. Der Teilnehmer unternimmt aus seiner Sicht also mehr als nötig. Durch diese Aussage entsteht der Eindruck einer hohen Motivation, um sicherzustellen, dass seiner Verfügung Folge geleistet wird.

Im Dokument heißt es: *„Bestätigung der Unterschrift (dieses Dokument ist auch ohne Bestätigung gültig): Der/Die Verfügende hat dieses Dokument in meiner Gegenwart ohne Zwang oder Beeinflussung unterschrieben. Ich habe keinen Zweifel an seiner/ihrer Fähigkeit zu einer freien und selbstbestimmten Entscheidung“.*

4.3.4.3 Rolle der Vertrauenspersonen

4.3.4.3.1 Auswahl der Vertrauensperson

Der Teilnehmer erläutert, dass in seinem Dokument, das für somatische Angelegenheiten Relevanz habe, in erster Linie seine Ehefrau als die mit Vollmachten für „die somatischen Erkrankungen“ (Z. 8) ausgestattete Vertrauensperson benannt werde. Für psychische Krisen sei jedoch nicht seine Frau, sondern ein Freund des Teilnehmers „zuständig“ (Z. 9).

Diese Regelung habe er getroffen, da er die Erfahrung gemacht habe, dass seine Frau im Falle von psychischen Krisen nicht objektiv sei. Sie würde Angst bekommen, was wiederum ihn in Angst versetzen würde. Außerdem habe er die Beobachtung gemacht, dass die wenigsten Angehörigen im Krisenfall für den Betroffenen eintreten könnten, da sie selbst zu betroffen seien.

Seinem genannten Freund vertraue er in einem hohen Maße und da dieser selbst Psychiatrie-erfahrener sei, könne er verstehen „was jemand spürt“ (Z. 125), der sich in einer psychischen bzw. psychiatrischen Krisensituation befinde.

Es ist festzuhalten, dass der Teilnehmer klar zwischen der Zuständigkeit für psychische Krisen und der für somatische Belange unterscheidet und jeweils eine andere Vertrauensperson für diese Bereiche bevollmächtigt. Auch die Vollmachten an sich würden sich unterscheiden.

4.3.4.3.2 Aufgaben der Vertrauensperson

Primäre Rolle als „Fürsprecher“: Stellvertreter und Beschützer mit Aufgabe Durchsetzung der Behandlungswünsche

Der Freund des Teilnehmers übernehme die Position eines „Fürsprechers“ (Z. 12). Seine Aufgabe sei es also, anstatt seiner zu sprechen, für den Fall, dass er „nicht selber in der Lage wäre [sich] in der Krise [...] klar auszudrücken“ (Z. 11/12). Seine Aufgabe sei, den Willen des Teilnehmers zu bekräftigen, zu befehlen, was der Teilnehmer festgelegt habe und Akzeptanz für den Willen des Teilnehmers zu erwirken. Er soll also als Stellvertreter für den Teilnehmer dafür sorgen, dass seine

Behandlungswünsche von den zuständigen Ärzten eingehalten werden. Dies sei ihm „primär ganz wichtig“ (Z. 393/394).

Im bereits ausgefüllten Dokument „Patientenverfügung und Vorsorgevollmacht in Gesundheitsangelegenheiten“ wird vorgedruckt formuliert: *„Niemand (auch nicht mein Vertreter) ist befugt, meine hier niedergelegten Behandlungsanweisungen zu missachten oder sich darüber hinwegzusetzen. Auch gegenteilige Meinungen meiner Familienangehörigen, Verwandten oder Freunde ändern nicht die Wirksamkeit meiner Willenserklärungen.“* Unter dem Punkt „Zu einer Betreuung verfüge ich Folgendes“ ist handschriftlich vermerkt: *„Falls es wegen einer psychischen Krise zu einer Hospitalisierung kommen sollte, bitte ich die Anweisungen meines Bevollmächtigten [...] zu akzeptieren!“* Es lässt sich folglich festhalten, dass in Krisenfällen die Vertrauensperson stellvertretend für den Teilnehmer Anweisungen erteilen soll, diese jedoch den schriftlich festgehaltenen Wünschen nicht widersprechen dürfen.

„Genesungsbegleiter“: Freund und Unterstützer

Bei dem Freund handele es sich zudem um einen „Genesungsbegleiter“ (Z. 123), also um jemanden, der ihm auf dem Weg von der akuten Krise bis hin zur Stabilisierung und Entlassung, beistehen und auf ihn Acht geben solle.

„Deeskalator“: Krisensituationen entspannen, beruhigen

Außerdem sei der Fürsprecher dafür da, in Krisensituationen für Deeskalation zu sorgen, indem er den Teilnehmer durch seine Anwesenheit beruhige und Verständnis für ihn erwirke.

Bisher erteilte Vollmachten

Im bisher bestehenden Dokument „Patientenverfügung und Vorsorgevollmacht in Gesundheitsangelegenheiten“ werden an zwei Personen Vollmachten erteilt, unter Angabe von Geburtsdaten, Telefonnummern und Adressen. Diese werden als „1. Bevollmächtigter“ und „2. Bevollmächtigter“ bezeichnet.

Es ist vermerkt, dass diese „Vertrauenspersonen“ bevollmächtigt werden, den Willen des Teilnehmers gerichtlich und außergerichtlich durchzusetzen. Die Vorsorgevollmacht bleibe in Kraft, wenn er geschäfts- oder handlungsunfähig werde. Diese bevollmächtigten Personen dürften Entscheidungen in allen Gesundheitsangelegenheiten treffen, Behandlungsverträge abschließen und diesbezüglich seinen Aufenthalt bestimmen. Außerdem dürfen sie in die Untersuchung seines Gesundheitszustandes, Heilbehandlungen und ärztliche Eingriffe stellvertretend einwilligen, die Einwilligung verweigern oder die Einwilligung widerrufen, auch wenn dadurch für den Teilnehmer Lebensgefahr entstehen oder er einen schweren, oder länger dauernden gesundheitlichen Schaden erleiden könnte.

Nicht genehmigt wird der Vertrauensperson *„mit Genehmigung durch das Betreuungsgericht über meine Unterbringung mit freiheitsentziehender Wirkung (§1906 Abs. 1 BGB) und über freiheitsentziehende Maßnahmen (z. B. Bettgitter, Medikamente) in einem Heim oder in einer sonstigen Einrichtung (§1906 Abs. 4 BGB) [zu] entscheiden, solange es zu meinem Wohl erforderlich ist“*.

Gesetzliche Betreuung

Zudem ist von dem Teilnehmer angekreuzt: „Falls für mich eine gesetzliche Betreuung erforderlich sein sollte, bitte ich, eine der nebenstehend bezeichneten Vertrauenspersonen als Betreuer zu bestellen“. Durch diese Vorsorgevollmacht solle vermieden werden, dass eine unbekannte Person vom Gericht als Betreuer bestellt werde.

4.3.4.4 Behandlungswünsche

Der Teilnehmer bringt Wünsche zum Ausdruck, für den Umgang mit ihm im Fall einer weiteren psychischen Krise, die er in seinem in Entstehung befindlichen Dokument festlegen wolle.

Einschränkend führt er an, nur das festlegen zu wollen, was auch umsetzbar sei. So sagt er im Interview: „natürlich ... will ich ... Erfahrungen kriegen, was kann ich festlegen“ (Z. 114) und gibt an, festlegen zu wollen, „was halt dann rechtlich auch möglich ist“ (Z. 118).

4.3.4.4.1 Behandlung mit Medikamenten

Ablehnung bestimmter Medikamente

An zwei Stellen des Interviews kommt zum Ausdruck, dass der Teilnehmer eine Medikation mit einem Medikament mit dem Wirkstoff Haloperidol ablehne. Er wolle „nicht so Dinger wie [Handelsname des Neuroleptikum, Anm. d. Verf.]“ (Z. 402) bekommen, da er dieses Medikament in Verbindung mit einer stark sedierenden Zwangsmedikation bringe, deren erfahrene Anwendung „furchtbar“ (Z. 140) gewesen sei.

Zustimmung zu bestimmter Medikation

Der Teilnehmer bringt bereits durch das vorliegende Schriftstück „Patientenverfügung und Vorsorgevollmacht in Gesundheitsangelegenheiten“ Wünsche für eine medikamentöse Behandlung zum Ausdruck. Ein Psychopharmakon wird – neben somatischen Medikamenten – unter der Rubrik „ich erkläre des Weiteren (z. B. Dauermedikation, Allergien, zusätzliche Behandlungsanweisungen)“ aufgeführt.

Im Interview antwortet der Teilnehmer auf die Frage, ob er in Bezug auf Psychopharmaka etwas in seinem Dokument festgelegt habe, dass er das Psychopharmakon in seine Verfügung für den Bedarfsfall aufgenommen habe, da er dieses „ganz gut vertrage“ (Z. 36). Er stimmt folglich der Verabreichung dieses Medikamentes, im Falle einer psychischen Krise, zu.

Aus dem bisherigen Dokument geht jedoch weder hervor, ob es sich um eine aktuelle Dauermedikation handelt, noch ist eine Dosierung angegeben.

Im weiteren Verlauf des Interviews erklärt der Teilnehmer, dass er bereit sei, in einer Krise Hilfe anzunehmen und dass dies unter Umständen auch bedeute, Medikamente einzunehmen. Allerdings sei er nicht dazu bereit, dauerhaft Medikamente einzunehmen, sondern stimme der Einnahme nur für den Krisenfall zu, wenn es „zur Beruhigung“ nötig sei (Z. 172). Gegen Ende des Interviews macht der Teilnehmer die Aussage, dass er sich wünsche das genannte Psychopharmakon im Bedarfsfall zur

Beruhigung zu erhalten (Z. 401-403). Für die Rückfall-Prävention will der Teilnehmer dieses Medikament folglich nicht einnehmen.

„Da denke ich, dass ich mittlerweile ein gutes, also Frühwarnsystem besitze und auch Hilfe annehmen kann, wenn es nötig ist und die richtige Hilfe wird, zum Beispiel Medikamente dann zu nehmen, Medikamenteneinsicht, aber nicht auf Dauer, sondern eben ... für die Krise zur Beruhigung, wenn es nötig ist“ (Z. 169-172).

Ablehnung von Zwangsmedikation

Im Interview wird deutlich, dass der Teilnehmer Zwangsmaßnahmen kritisch betrachtet. Er spricht davon, dass Dinge passieren würden, die „entgegen dem sind, was man eigentlich möchte“ (Z. 102/103) und setzt dies in Bezug zu Zwangsmaßnahmen. Es ist davon auszugehen, dass der Teilnehmer eine Zwangsmedikation ablehnt, vor allem mit dem Medikament mit dem Wirkstoff Haloperidol. In seinem bisher ausgefüllten Dokument ist dieser Aspekt jedoch noch nicht zu finden und es bleibt auch unklar, ob sich diese Ablehnung auf alle Medikamente bezieht.

„Man kann sich nicht ausdrücken, sondern man ist einfach nur krank und du hast jetzt zu machen, was wir dir sagen so und wenn man das nicht macht, dann (lacht) wirst du schon sehen was dann ist, also Zwangsmedikation, Zwangsmaßnahme und das kann es irgendwo nicht sein“ (Z. 103-106).

4.3.4.4.2 Freiheitsentziehende Maßnahmen

Der Teilnehmer äußert sich zu freiheitsentziehenden Maßnahmen, die in vorangegangenen Krisensituationen bereits zum Einsatz gekommen sind und die er in Zukunft ablehnt.

Ablehnung mechanischer Fixierung

Der Teilnehmer bringt zum Ausdruck, dass er einer mechanische Fixierung „aus einem gesunden Zustand mit Sicherheit nicht“ (Z. 65/66) zustimme. Die Fixierung habe er als unnötig empfunden und sie sei „kontraproduktiv“ (Z. 71) für seinen seelischen Zustand gewesen. Später im Interview sagt der Teilnehmer ausdrücklich, dass er eine Fixierung nicht wolle, da sie für ihn einen „Übergriff auf seine Würde“ (Z. 111) darstelle und zu den Dingen gehöre, die ihn „total verletzen“ (Z. 112), „entmündigen“ (Z. 113) und seinen „Selbstwert zerstören oder kaputt machen“ (ebd.).

Er spricht, wie bereits erwähnt, in Bezug auf Zwangsmaßnahmen davon, dass Dinge passieren würden, die „entgegen dem sind was man eigentlich möchte“ (Z. 102/103). Es ist davon auszugehen, dass der Teilnehmer eine mechanische Fixierung unter Zwang für sich ebenfalls ablehnt, auch wenn dieser Aspekt ebenfalls in seinem bisherigen Dokument noch nicht ausdrücklich wiederzufinden ist.

Mechanische Fixierung werde von dem Teilnehmer jedoch nicht im Allgemeinen abgelehnt. Er sagt im Interview dazu, dass sie „sicherlich manchmal nicht zu vermeiden“ (Z. 75), in seinem Fall jedoch „nicht unbedingt nötig gewesen“ (Z. 75/76) sei.

4.3.4.4.3 Umgang mit Zwangsmaßnahmen

Deeskalation statt Anwendung von Zwang

Der Teilnehmer macht im Interview deutlich, dass er sich in Krisensituationen eine Deeskalation wünsche, bevor Zwangsmaßnahmen angewandt würden. Dies wolle er einerseits mittels einer Beruhigung durch seinen Fürsprecher erreichen und andererseits durch einen besseren Umgang mit ihm mittels seines Dokumentes. Über Zwangsmaßnahmen in Krisensituationen trifft er die Aussage, dass man das „auch anders lösen“ (Z. 121) könne.

4.3.4.4.4 Sonstige Wünsche

Behandlung nach einem offenen, Ressourcen-orientierten Behandlungskonzept in bestimmter Klinik

Im Interview spricht der Teilnehmer davon, dass er bestimmte Behandlungsmethoden ablehne, die seiner Erfahrung nach in der Psychiatrie zur Anwendung kommen. Unter diesen abgelehnten Behandlungsmethoden erwähnt er explizit jedoch nur die Fixierung.

Später berichtet der Teilnehmer positiv davon, wie er behandelt zu werden wünsche. Daraus kann abgeleitet werden, dass er vermutlich die gegenteilige Behandlungsweise ablehnt.

An sonstigen Behandlungswünschen äußert der Teilnehmer, nach einer Methode, der ein offenes Konzept zu Grunde liegt, behandelt werden zu wollen. Dies umfasse „in Ruhe gelassen werden“ (Z. 403), Gesprächstherapie, Betreuung durch ein „Tandem“, gemeinsames Kochen, ein „weiches Zimmer“ als Rückzugsort „wenn eine Krise sich verdichtet“, sowie das Angebot von Bedarfsmedikamenten, ohne das Ansetzen einer Dauermedikation (Z. 411-418).

Für den Fall der Notwendigkeit einer Hospitalisierung aufgrund einer psychischen Krise, käme für ihn daher nur eine sog. „Soteria“-Einrichtung in Frage. Dies sei eine Klinik mit diesem bestimmten Behandlungskonzept, das er „klasse“ (Z. 422) finde.

4.3.4.5 Bisherige Erfahrungen

4.3.4.5.1 Erfahrungen in Zusammenhang mit psychiatrischen Aufenthalten

Negative Erfahrung mit Zwangsmaßnahmen

Der Teilnehmer schildert im Interview negative Erfahrungen mit Behandlungsmethoden, die er „nicht vorteilhaft“ (Z. 65) finde. Er berichtet davon, mechanisch fixiert und zwangsmediziert worden zu sein, was zu einer schwer zu verarbeitenden Traumatisierung geführt habe. Die Wiederholung dieser Erfahrung sei für ihn der Anlass gewesen, Unterstützung in der Selbsthilfe zu suchen. Das Erleben von Kontrollverlust und Bevormundung wird erkennbar. Besonders deutlich spricht der Teilnehmer von Behandlungsmaßnahmen, die „einen Übergriff auf seine Würde“ darstellten und in ihm ein Gefühl der Erniedrigung auslösten (Z. 109-113). Dies sei durch das Unvermögen, sich ausdrücken zu können, ausgelöst worden.

„Nicht nur ... ins Bett zu fesseln oder dann [Medikament mit dem Wirkstoff Haloperidol, Anm.d.Verf.] zu spritzen und so, weil das ist wirklich etwas, was wenn man das erlebt hat, es ist furchtbar ... ist ein Drama, da hat man lange zu tun, das wiederum ... zu verarbeiten“ (Z. 133-143).

Probleme in der Verständigung

In diesem Zusammenhang berichtet der Teilnehmer wiederholt von Verständnisproblemen zwischen ihm als Patient und seinen Behandlern. Die Erfahrung des Verlustes der Möglichkeit zur Selbstbestimmung, scheint für ihn prägend zu sein.

„Auch ... in der Krisensituation, wäre so eine Behandlung ... – Fixierung war da mit dabei – die dann durchgeführt wurden, wären nicht nötig gewesen, aber man konnte es, ich konnte es nicht vermitteln, ja jedenfalls mit diesen Behandlern, die das eigentlich an mir – ist jetzt schon längere Zeit her – durchgeführt haben und das möchte ich halt vermeiden, weil das ist kontraproduktiv“ (Z. 67-73).

Positive Erfahrungen in Zusammenhang mit psychiatrischem Aufenthalt

Der Teilnehmer berichtet, dem gegenüberstehend, auch von einer positiven Behandlung in einer sog. „Soteria“-Einrichtung, in der er nach einem als positiv empfundenen Konzept behandelt worden sei.

4.3.4.5.2 Erfahrungen in Zusammenhang mit Dokumenten zur Vorausplanung

Mit seinem in Planung befindlichen Dokument konnte der Teilnehmer bisher noch keine Erfahrungen sammeln. Jedoch berichtet er davon, Kliniken gefunden zu haben, in denen sein anderes, bereits bestehendes Dokument zur Vorausplanung, berücksichtigt worden sei.

4.3.4.6 Zukunftsvorstellungen

Der Teilnehmer spricht hoffnungsvoll von der Zukunft. Seine Hoffnungen beziehen sich darauf, Behandler zu finden, die seine Vorausplanung akzeptieren und bewirken zu können, dass Dokumente zur Vorausplanung sich weiter im Einsatz verbreiten. Zudem zeigt er sich optimistisch, dass Behandler vermehrt an die Möglichkeit der Genesung psychisch Erkrankter glauben würden. Für eine zukünftige Behandlung bei Vorhandensein seines Dokumentes stellt er sich vor, dass seine Wünsche, die durch seinen Bevollmächtigten befehligt würden, akzeptiert werden.

Zukünftige Probleme sieht der Teilnehmer darin, dass sich die subjektive Wahrnehmung eines Betroffenen von der Wahrnehmung der Behandler unterscheidet, bezüglich des Vorliegens von Eigen- oder Fremdgefährdung und der somit vorliegenden oder nichtvorliegenden Situation, in der eine Anwendung von Zwangsmaßnahmen gerechtfertigt wäre.

4.3.4.7 Einstellung gegenüber der Psychiatrie

Differenzierte Haltung

Der Teilnehmer betrachtet die Psychiatrie sehr differenziert. Er ist um Vermittlung bemüht und verfolgt einen lösungsorientierten Ansatz, indem er alternative Handlungsmöglichkeiten in Bezug auf Zwangsmaßnahmen und Krisensituationen benennt.

Er akzeptiert, dass Zwangsmaßnahmen teilweise notwendig sind, kritisiert jedoch, dass sie zu häufig und zu schnell angewandt werden. Er lässt erkennen, dass er zu seinem Fürsprecher ein größeres Maß an Vertrauen hat, als in die Psychiatrie. In diesem Zusammenhang spricht er auch von einem, aus dem Gefühl missverstanden zu werden gespeisten, Vertrauensverlust gegenüber der Psychiatrie, der dazu führe, dass sich Menschen nicht mehr in psychiatrische Behandlung begeben wollten. Auch später wiederholt er:

„Dass Menschen um sich zu schützen oder andere zu schützen mitunter durch Zwang irgendwo ... zur Ruhe kommen müssen ist klar, das akzeptiere ich schon irgendwo – aber es passiert für meine Begriffe bei nicht wenigen Menschen viel zu schnell und viel zu häufig – man könnte das auch anders lösen“ (Z. 118-121).

Er äußert Kritik, ohne die Existenzberechtigung von Psychiatrie und Zwangsmaßnahmen in Frage zu stellen. Wichtig scheint ihm, Behandler als Partner zu finden, die an die Möglichkeit einer Genesung glauben und ihn als Persönlichkeit mit individuellen Eigenschaften ansehen.

4.3.4.8 Übergeordnete Ziele der schriftlichen Vorausplanung

Kommunikation zur Beachtung der Behandlungswünsche in der Zukunft

Mit der schriftlichen Vorausplanung verfolgt der Teilnehmer das übergeordnete Ziel, dass seine Behandlungswünsche zukünftig auch in Situationen beachtet werden, in denen er aufgrund seiner Erkrankung nicht selber in der Lage wäre, sich in der Krise klar auszudrücken und deshalb „einfach nicht gehört“ (Z. 102) werde. Als Motivation zur Erstellung seiner Dokumente gibt er an, „Fürsorge“ (Z. 135) betreiben, die „Kommunikation trotz Krise“ (ebd.) aufrechterhalten und den Umgang mit ihm in der Krise optimieren zu wollen. Er hofft, durch die Kommunikation die Art und Weise, wie er behandelt wird, zu verbessern.

„Um das zu verbessern, dass man die Kommunikation von Menschen in der Krise, sozusagen trotzdem aufrecht erhält, dass man optimaler umgeht und dass man so auch jemanden beruhigen kann“ [auf die Frage, wie es dazu kam, dass er ein Dokument zur Vorausplanung verfassen wollte, Anm. d Verf.] (Z. 137/138).

Beruhigung in der Krise durch adäquate Behandlung

Die Vorausplanung wird auch dazu genutzt, einem bestimmten Medikament im Voraus zuzustimmen, mit dem gute Erfahrungen gemacht worden sind. Positiv formuliert, möchte der Teilnehmer in der Krise die Behandlung bekommen, von der er sich den größten Nutzen in Bezug auf seine Beruhigung und auf die Besserung der Symptome verspricht, unter Inkaufnahme der geringsten Schadenspotentiale.

Man könnte das Ziel auch nennen, auf dem Weg zur Besserung seiner Symptomatik eine adäquate Behandlung zu bekommen. Eine adäquate Behandlung ist für ihn die, mit der er bisher gute Erfahrungen gemacht hat. Sie bezieht sich bei ihm auch, aber nicht nur, auf ein Bedarfsmedikament. Er spricht dabei von der „richtigen Hilfe“ (Z. 171). Auch Hilfe in Form von Gesprächen, Ruhe und Hinzuziehen seines „Fürsprechers“ ist für ihn wichtig. Allgemein gesehen, stellen Kommunikation und ein respektvoller Umgang für ihn einen wichtigen Teil einer adäquaten Behandlung dar.

Vermeidung von Leid unter inadäquater Behandlung

Andersherum ist es ein übergeordnetes Ziel, Leid unter einer inadäquaten Behandlung zu vermeiden. Eine inadäquate Behandlung entspricht für ihn einer unnötigen, ungerechtfertigten Behandlung, mit der er schlechte Erfahrungen gemacht hat. Als Beispiel dafür wird die mechanische Fixierung genannt. Leid bedeutet in seinem Fall, eine Behandlung, die einen „Übergriff auf die Würde“ darstelle – was durch die Fixierung geschehen sei. Allgemein stellen Zwangsmaßnahmen für ihn eine inadäquate Behandlung dar.

„Ich kann mal sagen was ich nicht möchte ... alles was für meine Begriffe ein Übergriff darstellt ... auf meine Würde und ... Dinge, die ... mich total verletzen ... entmündigen, mein Selbstwert zerstören oder kaputt machen, solche Dinge“ (Z. 109-113).

Bewältigung der Erkrankung durch Recovery

Der Teilnehmer reflektiert im Interview, dass er daran arbeite, sich selbst und seine „Vulnerabilität“ (Z. 160) besser zu verstehen. Dies sei ihm durch die Selbsthilfe möglich. Er arbeite an einer individuellen Strategie, um sich selbst zu schützen. Dies verstehe er als „Recovery“ (Z. 158-165). Hinter dem *Recovery* steckt also der Wunsch seinen eigenen Weg zu finden, um wieder gesünder zu werden und mit der Erkrankung umzugehen. Durch *Recovery* wird der Teilnehmer in seinem Selbstwert wieder gestärkt. Das Erstellen einer Vorausverfügung ist bei diesem Teilnehmer stark an einen Bewältigungsprozess geknüpft.

„Die Selbsthilfe ist für mich der Spiegel, in dem ich mich ... besser erkennen kann, ... also das heißt, meine eigene Vulnerabilität besser zu verstehen, ... also meine eigene Strategie, ... meinen individuellen Schutz aufzubauen, weil ich bin ein vulnerabler Mensch, ich bin deswegen nicht gesund, ... wenn es überhaupt Krankheit ist, ich werde immer ein vulnerabler, verletzbarer, empfindlicher Mensch wahrscheinlich sein in meinem Leben, aber dass man ... einen vernünftigen Schutz aufbaut, dass einem nicht wieder was passiert, was einem noch mehr weh tut ... und das ist für jeden individuell, ja das ist ein Recovery“ (Z. 159-165).

Selbstreflexion

Der Teilnehmer arbeite daran, seine eigene Problematik besser verstehen zu können. Das Dokument zu erstellen hat für ihn auch den zusätzlichen Sinn, sich selbst und seine Bedürfnisse zu erkennen.

„Weiß nicht ob ich jetzt recovered bin oder im Recovery stecke, ... aber ich befinde mich zumindest auf einem Recovery-Weg, auf dem Weg der Genesung und da würden dann solche Dinge, wenn mir das wieder passieren würde ... da denke ich, dass ich mittlerweile ein gutes ... Frühwarnsystem besitze und auch Hilfe annehmen kann wenn es nötig ist“ (Z. 166-172).

Die Wortwahl „wenn mir das wieder passieren würde“ (Z. 169) hört sich bei ihm nach etwas Unkontrollierbarem an, das über einen hereinbrechen kann. Daraus kann auch das Bedürfnis nach einem Rückgewinn von Kontrolle abgeleitet werden, das durch die Vorausplanung befriedigt werden soll.

Respekt für die eigene Person

Der Teilnehmer hat auch ein selbstgestaltetes Buch dabei, mit dem er zeigen wolle, wer er sei und was ihn als Person im gesunden Zustand ausmache. Das Buch enthält viele Fotos des Teilnehmers, seiner Familie und Freunde und seiner Hobbys. Der Wunsch als Individuum und nicht als Patient wahrgenommen zu werden, kommt hier besonders zum Ausdruck.

Dem Teilnehmer sind das Akzeptieren seines „Eigenwillens“ (Z. 38) und der respektvolle Umgang mit seiner Person wichtig. Um die Beachtung seiner Behandlungswünsche zu erzielen, ist es ihm wichtig eine Form der „Kommunikation von Menschen in der Krise“ (Z. 137) aufrechtzuerhalten und Verständnis für seine subjektive Sichtweise und Einschätzung zu erreichen. Dieses hofft er durch sein geplantes Dokument sowie durch sein Album zu erreichen, mit dem die Behandler ihn als Person besser kennen und verstehen lernen sollen. Er will zeigen, wer er als Person außerhalb der Krise ist, um nicht nur als psychisch kranker Patient mit Defiziten wahrgenommen zu werden.

„Dass ich ihm sage, wie ich bin, wenn ich gesund bin“ (Z. 117/118).

4.3.4.9 Funktion des Dokumentes

Handlungsanweisung in der Krise

Um die Beachtung seiner Behandlungswünsche zu erzielen, ist es ihm wichtig eine Form der „Kommunikation trotz Krise“ (Z. 135) aufrechtzuerhalten. Diese Kommunikation hofft er durch sein geplantes Dokument zu erreichen. Sein Wille soll dabei in Form von Behandlungswünschen festgehalten werden, die in der Krise Anweisungen zu Handlungen liefern.

4.3.4.10 Framework und Appell

Der Teilnehmer wünscht sich, dass sein Fürsprecher seinen Willen exakt durchsetzt. Seine Entscheidungen sollen genauso umgesetzt werden. Aber er sagt auch, dass Zwang manchmal unvermeidbar sei, er räumt also noch einen gewissen Ermessenspielraum ein. Wenn der Fürsprecher in diesem Rahmen und in seinem Namen mit den Behandlern verhandeln würde, wäre dies zwar auch eine stellvertretende *Shared Decision During Crisis* und es fänden sich dann Merkmale beider *Frameworks*. Da aber noch nicht klar ist, wie genau der Teilnehmer vorgehen wird, erfolgt die Zuordnung auf Grundlage seiner Aussagen zu seinem bisherigen Dokument und seiner Planung – diese entsprechen eher dem Konzept, das das *Framework Irrevocable Decision* fasst, auch wenn Anteile einer gemeinsamen Entscheidungsfindung bis hin zum *Misch-Typ* reichen. Der Appell entspricht der Anweisung, seinen wohl überlegten, vernünftigen Handlungsanweisungen zu folgen: <<*Follow my reasonable plan!*>>.

„Weil ich davon ausgehe, dass ich im gesunden ... also im relativ normalen Zustand, klar festlege, was dann passieren sollte, ... wenn ich ... in einer Krisensituation bin“ (Z. 391-393).

4.3.4.11 Zusammenfassung

Tabelle 28: Zusammenfassung Fall 4. (Besonders wichtige Elemente sind unterstrichen.)

| | Fall 4 |
|--|--|
| Attribute des Teilnehmers | <ul style="list-style-type: none"> • Alter: 53 Jahre • Geschlecht: männlich • Diagnose: psychotische Störung • Anzahl stationär-psychiatrischer Aufenthalte: 7 |
| Dokumente | <ul style="list-style-type: none"> • Dokumente mit Behandlungswünschen: <ul style="list-style-type: none"> ○ <u>Vorausverfügung im Rahmen des „Recovery-Programmes“</u> ○ „Patientenverfügung und Vorsorgevollmacht in Gesundheitsangelegenheiten“ • Dokumente zur Bestimmung eines Stellvertreters: <ul style="list-style-type: none"> ○ Vollmachten |
| Behandlungswünsche in der Krise | <ul style="list-style-type: none"> • Behandlung mit Medikamenten und Zwangsmaßnahmen: <ul style="list-style-type: none"> ○ Ablehnung bestimmter Medikamente ○ Zustimmung zu bestimmter Bedarfsmedikation ○ <u>Vermeidung von Zwang durch Deeskalationsmaßnahmen</u> • Sonstige Wünsche: <ul style="list-style-type: none"> ○ Präferenz für Ressourcen-orientiertes Behandlungskonzept • Falls Zwangsmaßnahmen unvermeidbar: <ul style="list-style-type: none"> ○ Erneute genaue Prüfung, Einwilligung vorstellbar |
| Rolle der Vertrauensperson | <ul style="list-style-type: none"> • „Fürsprecher“: <u>Stellvertreter und Beschützer</u> mit Aufgabe Durchsetzung der Behandlungswünsche • „Genesungsbegleiter“: Freund und Unterstützer • „Deeskalator“: Krisensituationen entspannen, beruhigen |
| Übergeordnete Ziele | <ul style="list-style-type: none"> • Vermeidung von Leid und Beruhigung in der Krise durch Optimierung der Behandlung • <u>Respekt, Akzeptanz für Eigenwille</u> |
| Einstellung | <ul style="list-style-type: none"> • differenzierte Einstellung |
| Appell | <ul style="list-style-type: none"> • <<Follow my reasonable plan!>> |
| Funktion des Dokumentes | <ul style="list-style-type: none"> • Handlungsanweisung in der Krise |
| Framework | <ul style="list-style-type: none"> • <u>Irrevocable Decision</u> |

4.3.5 Fallbericht Teilnehmer Nr. 5

4.3.5.1 Initiative

Der Teilnehmer hat sein Dokument zur Vorausplanung offenbar aus eigener Veranlassung erstellt. Als sein Arzt ihm davon abgeraten habe, die Dosis seines Neuroleptikums zu reduzieren, habe er den Arzt gewechselt und die Behandlungsvereinbarung nach einer Vorlage aus dem Buchhandel aufgesetzt. Er habe vorab nach den Möglichkeiten von Behandlungsvereinbarungen geforscht und sich über deren Erstellung informiert. Er sei dann von sich aus auf die Behandler einer Klinik zugegangen und habe nachgefragt, ob der Arzt dort „bereit wäre, eine Behandlungsvereinbarung zu machen“ (Z. 60/61). Der Teilnehmer lässt somit ein hohes Maß an Eigeninitiative bei der Erstellung seiner Vorausplanung erkennen.

4.3.5.2 Dokumente

Der Teilnehmer bringt ein Dokument zum Interview mit, dem er Bedeutung für die psychiatrische Vorausplanung beimisst. Es handelt sich um eine Behandlungsvereinbarung, die er, inspiriert durch eine Vorlage, selbst erstellt habe. Eine Übersicht über die Dokumente des Teilnehmers zeigt Tabelle 29.

Tabelle 29: Dokumente des 5. Teilnehmers

| <u>Dokumente zur Bestimmung eines Stellvertreters</u> | <u>Dokumente zur Übermittlung von Behandlungswünschen</u> | <u>Gesamtzahl der Dokumente zur Vorausplanung</u> |
|---|---|---|
| <ul style="list-style-type: none">keine | <ul style="list-style-type: none">Behandlungsvereinbarung | <ul style="list-style-type: none">1 |

Behandlungsvereinbarung

Bei der Behandlungsvereinbarung handelt es sich um ein 7-seitiges Schriftstück, in welchem der Teilnehmer die einzelnen Felder mit dem PC ausgefüllt hat. Die Behandlungsvereinbarung enthält eine Art Vorwort, in dem sich die Klinik verpflichtet „für die Einhaltung der Absprachen konkret Sorge zu tragen“ und „auf der Grundlage der Dokumentation über ihr Vorgehen Rechenschaft abzulegen, insbesondere für den Fall, dass die Klinik sich nicht an sie Absprachen halten konnte“.

Es folgt eine Zusammenfassung der wichtigsten Vereinbarungen auf der ersten Seite. Auf den nächsten Seiten finden sich Felder, in denen getroffene Vereinbarungen genauer erläutert und Behandlungswünsche geäußert werden können. Es folgen 7 Abschnitte, die die Punkte „Vertrauenspersonen“, „Kontakte“, „Aufnahme und Behandlung“, „Medikamente und Notfallbehandlung“, „Zwangmaßnahmen“, „Soziale Situation“ und „Sonstige Absprachen“ umfassen.

Optimierung der Vorausplanung

Während des Gespräches im Rahmen des Interviews, fallen dem Teilnehmer Widersprüche auf, zwischen seinen eigentlichen Wünschen und deren Formulierung im Dokument. Er gibt an, das Dokument überarbeiten zu wollen.

4.3.5.3 Rolle der Vertrauenspersonen

Der Teilnehmer benennt in der Behandlungsvereinbarung als Vertrauenspersonen eine Person namentlich, außerdem macht er noch die allgemeine Angabe „Klinikseelsorger“, ohne Namensnennung. Aus dem Interview geht hervor, dass die namentlich genannte Person ein Geschwister des Teilnehmers ist. Für den Fall, dass die zuerst genannte Vertrauensperson nicht erreichbar sein sollte, wird zu deren Vertretung eine weitere Person bestimmt. Genannt wird außerdem sein behandelnder, ambulanter Psychiater.

Der Status der Vertrauensperson, die in der Krise eine wichtige Rolle übernimmt, kommt dabei klar vorrangig dem Geschwisterteil zu.

4.3.5.3.1 Auswahl der Vertrauensperson

Das Geschwister sei als Vertrauensperson ausgewählt worden, da es sich in der Vergangenheit als hilfreicher Beistand in der Krise bewährt habe. Besonderes Augenmerk liegt hier auf der Vertrauensbasis zu dieser Person. Sein Geschwisterteil sei „eine unheimliche Stütze“ (Z. 85). Er erwägt für die Zukunft einen Behandlungsvertrag mit einer Klinik in der Nähe des Wohnortes seines Geschwisters abzuschließen, damit es „es nicht so weit hat“ (Z. 86). Im Interview erläutert der Teilnehmer auch, dass er bemerkt habe, dass seinem Geschwister Respekt entgegen gebracht werde und dass sein Einsatz für ihn, ihm Hoffnung zurückgegeben habe. Es sei eine starke Unterstützung für ihn gewesen und habe ihm geholfen „da raus zu kommen“ (Z. 182).

4.3.5.3.2 Aufgaben der Vertrauensperson

Die Vertrauensperson des Teilnehmers soll ihm als Beistand in der Krise zur Seite stehen. Sie erfüllt die Aufgabe, ihn zu beruhigen, wodurch es durch ihre Anwesenheit, zur Vermeidung oder Abwendung von Zwangsmaßnahmen kommen könnte.

Laut Behandlungsvereinbarung habe die Vertrauensperson außerdem die Aufgabe „alle Angelegenheiten, die er nicht selbst wahrnehmen kann, zu übernehmen“ (S. 2). Dies seien die Punkte: einen Wohnungsschlüssel bereitstellen, weitere Personen (Kind) benachrichtigen, finanzielle Probleme regeln und Verpflichtungen gegenüber einem Elternteil übernehmen, die mit „Medikamente, Wundversorgung“ beschrieben werden (S. 7).

Die Behandlungsvereinbarung nennt außerdem die Vereinbarung, dass die Vertrauensperson möglichst von Anfang an hinzugezogen werden solle.

Auch unter dem Punkt „Zwangmaßnahmen“ spielt sein Geschwisterteil eine Rolle. So heißt es im Dokument, dass unbedingt versucht werden solle, die Vertrauensperson hinzuzuziehen, „falls während der Behandlung psychiatrische Zwangmaßnahmen notwendig erscheinen“ (S. 5). Weiter heißt es: „Vor Zwangmaßnahmen soll [Geschwisterteil, Anm. d. Verf.] benachrichtigt werden“. Und: „Zur Abwendung eines Beschlusses soll aufgrund meiner Erfahrungen berücksichtigt werden...: Gespräch mit [dem Geschwisterteil, Anm. d. Verf.]“ (S. 5). Außerdem solle die Vertrauensperson im Falle einer Fixierung Zugang zu dem Patienten haben.

Zudem wird allen Vertrauenspersonen gegenüber der Wunsch nach Kontakt und Beistand in den ersten Tagen ausgesprochen.

4.3.5.4 Behandlungswünsche

4.3.5.4.1 Behandlung mit Medikamenten

Die Psychose ohne Medikation durchleben

Es wird deutlich, dass der Teilnehmer Psychopharmaka gegenüber skeptisch ist und sich wünscht, es zu schaffen, ohne Medikamente mit seiner Psychose umgehen zu können. Er sieht es zwar als Schwäche an, Medikamente zu brauchen, betont aber, es aktuell noch nicht ohne Medikamente auszuhalten. An dieser und an anderer Stelle scheint eine Beeinflussung durch der Psychiatrie ablehnend gegenüberstehende Personen zu bestehen.

Der Wunsch, zu lernen mit den psychotischen Symptomen umzugehen, „statt sie medikamentös zu unterdrücken“ (S. 3) kommt sowohl im Interview, als auch in der Behandlungsvereinbarung mehrfach zum Ausdruck.

Ein Gespräch sieht der Teilnehmer als primäre, gegenüber einer medikamentösen Therapie zu bevorzugende Behandlungsstrategie an, auch im Umgang mit Verlassenheitsgefühlen und Ängsten. Seine Haltung gegenüber Medikamenten wird im Interview deutlich, wenn er davon spricht, wie lange er gebraucht habe, um „davon wegzukommen“ (Z. 56, Z. 57/58). Er beschreibt die Empfindung, Medikamente als abhängig machend zu erleben.

Er äußert im Interview außerdem, die Erfahrung gemacht zu haben, dass eine Erhöhung der Medikamente bei psychotischen Symptomen nicht zwingend notwendig sei. Die Psychose sei in der Klinik „nach einiger Zeit abgeklungen, also die Symptome, trotz weniger Medikamente“ (Z. 76/77). Er habe in Bezug auf die Dosierung der Medikamente „jetzt festgestellt, dass es auch mit weniger geht“ (Z. 79/80) und „dass man die Symptome auch ein Stück weit, natürlich schon im geschützten Rahmen, auch ... aushalten kann“ (Z. 80/81). Er spricht davon, dass er zukünftig nochmals einen Versuch machen will, die Medikamente abzusetzen.

Der Teilnehmer gibt als Grund, für seine Zurückhaltung gegenüber einer medikamentösen Behandlung, an: „*Ich bin ja eigentlich auf der Suche nach einem Raum, wo ich meine Psychose ein Stück weit auch ... ausleben kann, aber eigentlich geht es mir darum, das zu erforschen*“ (Z. 124-126).

Unter dem Punkt „Besondere Wünsche an den Therapieplan“ schreibt der Teilnehmer, sich zu wünschen, „mit Angst umgehen“ zu können – „ohne Medikamente“ (S. 3).

„Ich habe ... von meinem dritten Aufenthalt erzählt, ... wo ich damit, also mit immer stärkerer Dosierungen, unterschiedliche, stärkere Dosierung bekommen habe und habe jetzt festgestellt, dass es auch mit weniger geht und dass man die Symptome auch ein Stück weit, natürlich schon im geschützten Rahmen, auch ... aushalten kann“ (Z. 77-81).

Festlegung der Voraussetzungen zur Zustimmung einer Medikamenteneinnahme

Die bereits erwähnte Zurückhaltung gegenüber einer Medikamenteneinnahme im Allgemeinen, wird durch die Festlegung verschiedener Voraussetzungen verdeutlicht, die der Zustimmung zur Einnahme von Medikamenten vorausgehen müssen.

Zeitliches Kriterium: Andauern der Symptomatik

Der Teilnehmer legt in der Behandlungsvereinbarung fest, dass er bereit sei, Medikamente einzunehmen, „sofern nach drei Wochen gar keine Besserung“ eintrete (S. 4).

Kriterium: vorhandene Einsicht des Patienten in die Notwendigkeit der Medikation

Im Dokument steht, der Teilnehmer wünsche „regelmäßige Gespräche zur Überprüfung der Notwendigkeit von Medikamenten“ (S. 4). Folglich soll die Notwendigkeit einer medikamentösen Behandlung regelmäßig überprüft werden, da diese eventuell im Verlauf des stationären Aufenthaltes nicht mehr nötig sei. In den weiteren Hinweisen für die Behandlung heißt es, dass Medikamente erst dann verabreicht werden sollen, „wenn die Einsicht beim Patienten entsteht, dass eine gewisse Lebensqualität (Alltagstauglichkeit) ohne Medikamente nicht zu erreichen ist“ (S. 3).

Er beschreibt in der Behandlungsvereinbarung außerdem ein „Gefühl der Verlassenheit“, dem versucht werden sollte „nach Möglichkeit therapeutisch (Gesprächsangebote möglichst jederzeit) und nicht medikamentös entgegenzuwirken“.

Ablehnung von Zwangsmedikation

Er vermerkt in der Behandlungsvereinbarung, dass er keine Zwangsmedikation erhalten wolle (S. 1). Zwangsmedikation findet sich als 4. Punkt unter der Überschrift „*Falls Zwangsmaßnahmen unumgänglich sind, ist folgende Reihenfolge anzustreben: (Prioritäten durch die Ziffern 1,2,3 kennzeichnen)*“. Dabei fällt auf, dass die Zwangsmedikation erst als allerletzte Maßnahme genannt wird – noch nach der Fixierung. Im Interview berichtet der Teilnehmer, dass er eine Zwangsmedikation ablehne, jedoch in einer Situation, in der er fixiert wurde, dem Druck bzw. Wunsch des Behandlers ein Medikament einzunehmen, nachgegeben habe. In diesem Fall habe es sich um ein Benzodiazepin gehandelt, das er mit Handelsnamen angibt. Es finden sich jedoch keine genaueren Angaben zu bestimmten Medikamenten, die als Zwangsmedikation abgelehnt werden.

„Ich habe halt reingeschrieben keine Zwangsmedikation, aber im Grunde habe ich dann ... da gab es dann eine Situation, in der ich fixiert werden musste und da war halt dann schon der Druck da, oder der Wunsch von dem Behandler, dass ich doch jetzt das Medikament nehme und dann habe ich es auch gemacht“ (Z. 95-99).

Unter dem Punkt Zwangsmaßnahmen ist im Dokument vermerkt: *„Dies ist keine Zustimmung im Voraus zu diesen Maßnahmen! Die vorhandene Dokumentation über die Zwangsmaßnahmen soll im Rahmen einer Nachbesprechung gemeinsam eingesehen und besprochen werden.“*

Zustimmung zu bestimmter Medikation in begrenzter Dosierung

„Im Wesentlichen“ sei es dem Teilnehmer darum gegangen, „die Medikamentendosis zu begrenzen“ (Z. 94/95).

Bezüglich seiner Medikation bringt der Teilnehmer in der Behandlungsvereinbarung zum Ausdruck, dass er „vorerst keine Änderung der momentanen Medikation“ (S. 1) wünsche. Als aktuelle Medikation findet sich zwei Seiten später der Handelsname eines Neuroleptikums mit Dosisangabe („5 mg“), mit dem Vermerk dies beim behandelnden Psychiater zu erfragen (S. 3). Er lehnt eine „mehrfach Medikation“ (S. 1) ab und legt im Dokument wie auch im Interview dar, dass er im Krisenfall nur den Wirkstoff „Olanzapin“, in einer Maximaldosis von 20 mg erhalten wolle. Hier unterscheidet der Teilnehmer die Dosierung im Krisenfall von der Erhaltungsdosis.

Im Interview erwähnt der Teilnehmer, er habe ambulant die Dosierung des in der Behandlungsvereinbarung genannten Neuroleptikums reduzieren wollen. Als sein Arzt davon abgeraten habe, habe er den Arzt gewechselt und die Behandlungsvereinbarung verfasst. Er habe die Erfahrung gemacht, dass ihm bereits eine niedrige Dosierung von 10 mg ausreiche, um in der Klinik mit den psychotischen Symptomen umgehen zu können. Er betont, dass er „maximal mit der [...] Dosis die im Beipackzettel steht behandelt werden“ (Z. 68/69) wolle und „nicht mit mehr“ (Z. 69). Dies entspreche der im Dokument aufgeführten Maximaldosierung von 20 mg, die in der Krise bisher hilfreich gewesen sei.

Bei der ersten Episode seiner Erkrankung sei er mit 40 mg des Medikamentes behandelt worden, was „ja das Doppelte als was im Beipackzettel drin steht“ (Z. 67/68) sei, worauf er auch seine Gedächtnislücken während der ersten stationären Behandlung zurückführt.

„Es war ja so: ich war psychotisch, also bei meiner ersten Psychose und damals wusste ich ja nichts von Psychosen und Schizophrenie und bin dann auffällig geworden und von der Polizei dann in die Klinik gebracht worden und ... ich konnte schon längere Zeit nicht schlafen und ... bin eigentlich mit dem Wunsch ins Krankenhaus gegangen, dass ich schlafen kann und so, jetzt im Nachhinein, habe ich dann nach der Behandlung, oder am Ende von der Behandlung, habe ich dann festgestellt, dass mir eine Woche an Erinnerung fehlt und habe dann rekonstruiert, dass ich mit vierzig Milligramm [des Neuroleptikums, Anm. d. Verf.] behandelt wurde und ich kann mich auch nicht daran erinnern, dass irgendein Arzt gesagt hat, hören Sie mal, sie haben da eine Krankheit und das wird so und so behandelt ... das ist halt so eine Lücke irgendwie und ist für mich halt schwierig und dann war irgendwann mal halt die Überlegung, wie kannst du sowas verhindern, oder ja, dem entgegen wirken“ (Z. 3-13).

Festlegung der Darreichungsform

Der Teilnehmer legt in der Behandlungsvereinbarung fest, dass bevorzugt Tabletten oder Dragees verabreicht werden sollen (S. 4).

Ablehnung bestimmter Medikation

In der Behandlungsvereinbarung ist eine grundsätzliche Ablehnung eines Neuroleptikums festgelegt, dessen Handelsnamen angegeben wird – mit der Begründung, es würde schwere Unverträglichkeitsreaktionen verursachen (S. 4). Auch ein weiteres Neuroleptikum wird mit dem Vermerk „eher nicht“ unter diesem Punkt der Behandlungsvereinbarung aufgeführt. Hier bleibt die Bedeutung der Formulierung „eher nicht“ unklar. Nahe liegend ist, dass eine starke Ablehnung des einen Neuroleptikums besteht, welches grundsätzlich nicht gegeben werden sollte, wohingegen eine schwächere Ablehnung gegenüber dem anderen Neuroleptikum geäußert wird, welches wenn möglich nicht verabreicht werden soll. Möglicherweise bezieht sich der Zusatz aber auch auf beide Medikamente, da diese durch die Kommasetzung als Aufzählung vor dem Vermerk verstanden werden könnten.

Im Interview äußert sich der Teilnehmer negativ gegenüber dem Medikament mit dem Wirkstoff Haloperidol. Er habe lange gebraucht, um von diesem „wegzukommen“ (Z. 56). Eine ausdrückliche Ablehnung dieser Medikation findet sich im Dokument jedoch nicht. Er legt jedoch fest „auf keinen Fall“ eine Mehrfachmedikation erhalten zu wollen.

4.3.5.4.2 Freiheitsentziehende Maßnahmen

Der Teilnehmer spricht davon, dass andere Maßnahmen zu ergreifen seien, um eine mechanische Fixierung soweit möglich zu vermeiden. Aus der Gesamtheit seiner Aussagen geht hervor, dass er freiheitsentziehende Maßnahmen nicht generell ablehnt, sondern sie einer Zwangsmedikation vorzieht. Die einzelnen freiheitsentziehenden Maßnahmen sind gewichtet, in diejenigen, denen der Vorzug vor anderen gegeben wird: 1. Ausgangsbeschränkung 2. Isolierung 3. Fixierung. Außerdem solle während einer Isolierung „jederzeit ein Ansprechpartner dabei sein“.

4.3.5.4.3 Umgang mit Zwangsmaßnahmen

Der Teilnehmer beschreibt in seinem Dokument, wie er sich in Krisensituationen fühlt und wie er behandelt werden will. Er gibt im Interview an, dass es in seinem Dokument um Behandlungsmethoden gehe, worunter er Maßnahmen „wie Isolierung, Fixierung, Medikamente“ (Z. 3) fasse. Er legt in seinem Schriftstück eine Rangfolge fest, in welcher Zwangsmaßnahmen – falls notwendig – zum Einsatz kommen sollen und nennt Vorgehensweisen, um sie möglicherweise abzuwenden. So legt er fest, dass, falls während der Behandlung psychiatrische Zwangsmaßnahmen notwendig erschienen, vorher unbedingt ein Gespräch stattfinden solle.

Festlegung einer Rangfolge: Bevorzugung von Fixierung vor Zwangsmedikation

Unter dem Punkt „Zwangsmaßnahmen“ wird auf Seite 1 (Zusammenfassung) der Behandlungsvereinbarung aufgeführt: „1. Isolierung 2. Fixierung“ und „keine Zwangsmedikation“ (S. 1). Dies kann als Einwilligung in die Maßnahmen Isolierung und Fixierung verstanden werden, wobei zunächst eine Isolierung erfolgen sollte, bevor zu der Maßnahme Fixierung gegriffen wird. Die Isolierung solle dabei der Reizabschirmung dienen und unter Anwesenheit eines jederzeit verfügbaren Ansprechpartners erfolgen, wie unter dem direkt darauf folgenden Punkt „Umgang mit Krisen“ (S. 1) deutlich wird.

In der genaueren Erläuterung der Vereinbarung des Punktes „Zwangsmaßnahmen“ wird auf Seite 5 folgende Reihenfolge „angestrebt“, „falls Zwangsmaßnahmen unumgänglich sind“ (S. 5): „1 Ausgangsbeschränkung 2 Isolierung 3 Fixierung 4 Zwangsmedikation“. Hier wird wiederholt deutlich, dass der Teilnehmer freiheitsentziehende Maßnahmen nicht grundsätzlich ablehnt. Er gibt eine Isolierung sogar als ausdrücklichen Wunsch an, als Maßnahme zur Reizabschirmung in der Psychose. Eine Fixierung solle zwar nicht primär erfolgen, jedoch wird dieser noch der Vorzug vor einer Zwangsmedikation gegeben. Für den Fall einer Fixierung werden weitere Wünsche, wie z. B. die Hinzuziehung seiner Vertrauensperson, genannt.

„Falls während der Behandlung psychiatrische Zwangsmaßnahmen notwendig erscheinen, soll vorher folgendes unbedingt versucht werden (Prioritäten durch Ziffern kennzeichnen): „1 Gespräch 2 Vertrauensperson hinzuziehen 3 Begleitung im weichen Zimmer/Rückzug in reizarme Umgebung“ (S. 5).

In der Präambel des Behandlungsvertrages heißt es: *„Die Klinik ... nimmt in diesem Rahmen Menschen auch gegen ihren Willen, auf richterlichen Beschluss, in die stationäre psychiatrische Behandlung auf. Diese Maßnahme entspricht einer schweren Einschränkung der im Grundgesetz verbürgten Rechte auf Freiheit und Unversehrtheit.“* Weiter heißt es, die Klinik sei bemüht, die *„Auswirkungen dieser Einschränkungen in Zukunft möglichst klein zu halten und besser noch zu vermeiden“*.

4.3.5.4.4 Sonstige Wünsche

Setting der Aufnahmesituation

In der Aufnahmesituation sei es für ihn hilfreich, in einer reizarmen Umgebung in Ruhe, aber nicht alleine, gelassen zu werden. Außerdem empfinde er es als hilfreich, Schreibutensilien zu bekommen.

Schutz der Privatsphäre gegenüber dem Arbeitgeber

Der Teilnehmer bittet darum, die Krankmeldung an den Arbeitgeber ohne die Kennzeichnung „Psychiatrische Klinik“ zu erstellen.

Gesprächswunsch

In der Behandlungsvereinbarung findet sich der Satz, dass der Teilnehmer „regelmäßige Gespräche zur Überprüfung der Notwendigkeit von Medikamenten“ will (S. 4). Hier wird einerseits ein Zweifel an der Notwendigkeit einer medikamentösen Therapie deutlich, auf den im Folgenden genauer eingegangen wird. Andererseits wird auch der Wunsch nach einem regelmäßigen Austausch mit den Behandlern zum Ausdruck gebracht. Noch stärker findet sich dieser Wunsch nach einem offenen Gespräch in den weiteren „Hinweisen für die Behandlung“, dort schildert der Teilnehmer eindrücklich ein „Grundgefühl der Verlassenheit“ in psychischen Krisen (S. 3). In dieser Schilderung drückt er das Suchen nach „Gesprächsangebote[n] möglichst jederzeit“ und nach „vertrauensbildende[n] Maßnahmen“ aus, die er mit „Offenheit“ und „offene[m] Ansprechen“ verbindet. Auch als „in der Aufnahmesituation hilfreich“ werden „Gespräche (nach Bedarf)“ angeführt. Des Weiteren nennt der Teilnehmer in der Behandlungsvereinbarung das Gespräch an erster Stelle, als Versuch um Zwangsmaßnahmen abzuwenden (S. 5).

„In meinen bisherigen Krisen war ein Grundgefühl der Verlassenheit vorherrschend. Es soll versucht werden, diesem Gefühl nach Möglichkeit therapeutisch (Gesprächsangebote möglichst jederzeit) und nicht medikamentös entgegenzuwirken“ (S. 3).

„Weiterhin ist ein Grundgefühl tiefen Misstrauens bestimmend. Durch vertrauensbildende Maßnahmen (Offenheit und Transparenz (Grenzen der Behandlungsmöglichkeiten offen ansprechen)) soll diesem entgegengewirkt werden“. (ebd.)

„Ziel der Behandlung soll sein, Strategien zu entwickeln, die es ermöglichen, psychotische Symptome zu ‚handlen‘, statt sie medikamentös zu unterdrücken. Medikamente sollen erst dann verabreicht werden, wenn die Einsicht beim Patienten entsteht, dass eine gewisse Lebensqualität (Alltagstauglichkeit) ohne Medikamente nicht zu erreichen ist“ (ebd.).

In der Präambel heißt es: *„Wenn im Einzelfall von den Behandlungsabsprachen abgewichen wird, ist dies von Seiten der Klinik zu dokumentieren, ausführlich zu begründen und mit dem/der Patienten/Patientin zu besprechen.“*

4.3.5.5 Bisherige Erfahrungen

4.3.5.5.1 Erfahrungen in Zusammenhang mit psychiatrischen Aufenthalten

Nach seinem ersten Aufenthalt habe der Teilnehmer festgestellt, dass ihm „eine Woche an Erinnerung“ (Z. 9) fehle, da er mit 40 mg eines Neuroleptikums behandelt worden sei. Er könne sich nicht daran erinnern, dass ein Arzt ihn über seine Erkrankung und deren Behandlung aufgeklärt habe. Diese Erinnerungslücke sei für ihn „schwierig“ (Z. 12). Bei den folgenden Aufenthalten habe er „immer stärkere Dosierungen, unterschiedliche, stärkere Dosierungen“ (Z. 78/79) bekommen.

Er schildert, dass sein vorletzter Aufenthalt dann die Grundlage gewesen sei, auf der er seine Behandlungsvereinbarung erstellt habe. Er habe bei diesem Aufenthalt festgestellt, dass die Psychose, „also die Symptome, trotz weniger Medikamente“ (Z. 77), nach einiger Zeit abgeklungen sei. Er habe erkannt, dass „man die Symptome auch ein Stück weit“ (Z. 80) aushalten könne. In der Psychose habe er „ein paar interessante Erlebnisse gehabt“ (Z. 126), die er noch weiter „erforschen“ (Z. 127) wolle. Er sei bei diesem Aufenthalt „entspannter und willensstärker“ (Z. 113) gewesen als beim folgenden.

Beim folgenden Aufenthalt habe er „zu lange alleine gekämpft“ (Z. 114), was ihn „sehr viel Kraft“ (ebd.) gekostet habe. Daher habe er keinen Widerspruch (Z. 115) leisten können, als der Chefarzt ihm eine Dosierung von 15 mg des Neuroleptikums vorgeschlagen habe, obwohl er eigentlich mit einer niedrigeren Dosierung habe auskommen wollen. Er sei dadurch „sediierter“ (Z. 119) gewesen.

Zusammenfassend hat der Teilnehmer negative Erfahrungen mit Nebenwirkungen bzw. mit der Wirkung von Medikamenten gemacht. Auch mit Fixierung hat er Erfahrungen gemacht. Es ist keine Traumatisierung durch diese Erlebnisse erkennbar.

4.3.5.5.2 Erfahrungen in Zusammenhang mit Dokumenten zur Vorausplanung

Der Teilnehmer sei, seit er die Behandlungsvereinbarung habe, bereits wieder in stationärer Behandlung gewesen. Er habe allerdings seine Wünsche nicht willensstark vertreten können und daher nicht die gleiche, niedrige Dosierung wie beim vorigen Aufenthalt erhalten. Insgesamt kann festgehalten werden, dass er mit seinem Dokument jedoch bereits durchaus Teilerfolge erzielt hat.

4.3.5.6 Zukunftsvorstellungen

Der Teilnehmer plane zukünftig sein Dokument dahingehend zu verändern, noch enger zu fassen, dass nur eine niedrige Medikamentendosis verabreicht werden soll. An einer Umsetzbarkeit hegt er jedoch Zweifel, da eine niedrigere Dosierung mit mehr Arbeit für das Personal verbunden sei, da er dann eher jemand sei, den man „im Blick haben“ (Z. 122) müsse. Er sei „gespannt“ (Z. 266), ob er einen Arzt finde, den er zu einer „Verbindlichkeit“ (Z. 268) bezüglich der neuen Vereinbarung bringen könne und stellt gleichzeitig selbst die Möglichkeit in Frage, sein Anliegen „Freiraum mit meiner Psychose“ (Z. 280/281) in der Klinik umzusetzen.

4.3.5.7 Einstellung gegenüber der Psychiatrie

Der Teilnehmer erkennt die Notwendigkeit von Unterstützung und Behandlung, unter bestimmten Bedingungen und mit bestimmten Einschränkungen, an. Er zeigt deutlich seine Skepsis gegenüber der Einnahme von Medikamenten und sieht nicht in der Erkrankung seine Schwäche, sondern darin, diese nicht ohne Hilfe meistern zu können. Er habe versucht, ohne die Medikamente auszukommen und auch „alleine zu kämpfen“ (Z. 114). Es wird deutlich, dass ihn dieser Kampf, dieser Druck alleine klarzukommen, sehr anstrengt. So habe es ihn „sehr viel Kraft gekostet“ (Z. 114), alleine zu Hause gegen die Psychose zu kämpfen.

Er erkennt Grenzen seines Wunsches, die Psychose ohne Medikamente erleben zu können, etwa das dies mit mehr Arbeit für das Personal verbunden sei, oder sich Mitpatienten durch „gewisse Verhaltensweisen“ (Z. 124) „gestört“ (Z. 123) oder sogar „bedroht“ (Z. 124) fühlen könnten. Die Psychiatrie sieht er als „geschützten Rahmen“ (Z. 81), aber die Verhandlungen mit den Behandlern auch als Anstrengung.

4.3.5.8 Übergeordnete Ziele der schriftlichen Vorausplanung

Mit der schriftlichen Vorausplanung verfolgt der Teilnehmer das übergeordnete Ziel, dass über seine Behandlungswünsche verhandelt wird.

Vermeiden von Leid unter inadäquater Behandlung

Für diesen Teilnehmer stellen das Erleben von Gedächtnislücken und der Verlust der Fähigkeit, die Psychose zu durchleben, subjektives Leid dar. Unter der subjektiv inadäquaten Behandlung, vor der er sich schützen will, ist in seinem Fall eine zur Sedierung führende Behandlung, mit hohen Dosen eines bestimmten Medikamentes, zu verstehen.

Eine adäquate Behandlung ist für ihn dagegen eine Behandlung mit einer möglichst niedrigen Dosierung und das Führen von Gesprächen. Durch sie erreicht er ein Gefühl von Selbstbestimmung und Kontrolle.

Die Psychose ohne Medikation durchleben

Wie bereits bei der Abhandlung der Behandlungswünsche erwähnt, ist es dem Teilnehmer wichtig, einen Raum zu finden, in dem er seine Psychose ausleben kann. Dieser Behandlungswunsch kann gleichzeitig auch als das übergeordnete Ziel des Teilnehmers festgehalten werden.

„Ich bin ja eigentlich auf der Suche nach einem Raum, wo ich meine Psychose ein Stück weit auch ... ausleben kann, aber eigentlich geht es mir darum, das zu erforschen, also ich habe da ein paar interessante Erlebnisse gehabt und ... die möchte ich eigentlich ... noch mehr erforschen so“ (Z. 108-127).

4.3.5.9 Funktion des Dokumentes

Das Dokument entspricht in einigen Punkten einer Handlungsanweisung, wenn beispielsweise die Rangfolge von Zwangsmaßnahmen abgehandelt wird. Es bildet außerdem in einigen Punkten bereits verhandelte Entscheidungen ab. Allerdings fungiert es vorwiegend als Verhandlungs- und Gesprächsgrundlage, auf welcher der Teilnehmer und seine Behandler interagieren.

4.3.5.10 Framework und Appell

Der Teilnehmer setzt sein Dokument nach dem Anwendungskonzept des *Frameworks Shared Decision-Making During Crisis* ein. Er räumt den Behandlern einen Ermessensspielraum ein und zeigt Verhandlungsbereitschaft in der Krisensituation. Sein Appell entspricht der Aufforderung, mit ihm in Krisen zu verhandeln: <<*Negotiate with me!*>>.

4.3.5.11 Zusammenfassung

Tabelle 30: Zusammenfassung Fall 5. (Besonders wichtige Elemente sind unterstrichen.)

| | <u>Fall 5</u> |
|--|--|
| Attribute des Teilnehmers | <ul style="list-style-type: none"> • Alter: 44 Jahre • Geschlecht: männlich • Diagnose: Psychose (Schizophrenie) • Anzahl stationär-psychiatrischer Aufenthalte: 5 |
| Dokumente | <ul style="list-style-type: none"> • Dokument mit Behandlungswünschen: <ul style="list-style-type: none"> ○ <u>Behandlungsvereinbarung</u> |
| Behandlungswünsche in der Krise | <ul style="list-style-type: none"> • Behandlung mit Medikamenten und Zwangsmaßnahmen: <ul style="list-style-type: none"> ○ Zustimmung zu bestimmtem Medikament in bestimmter, begrenzter Dosierung unter der Voraussetzung der Notwendigkeit ○ Gespräche statt Medikation • Falls Zwangsmaßnahmen unvermeidbar: <ul style="list-style-type: none"> ○ <u>Bevorzugung von Isolationsmaßnahmen, vor mechanischer Fixierung, vor medikamentöser Sedierung</u> |
| Rolle der Vertrauensperson | <ul style="list-style-type: none"> • <u>Große Unterstützung und Beistand in Krisen</u> |
| Übergeordnete Ziele | <ul style="list-style-type: none"> • Die Psychose ohne Medikamente ausleben, wenn machbar • Verhinderung von Einbußen durch inadäquate Behandlung |
| Einstellung | <ul style="list-style-type: none"> • Erkennt die Notwendigkeit von Unterstützung und Behandlung unter bestimmten Bedingungen und mit bestimmten Einschränkungen an |
| Appell | <ul style="list-style-type: none"> • <<Negotiate with me!>> |
| Funktion des Dokumentes | <ul style="list-style-type: none"> • Hauptsächlich Verhandlungs- und Gesprächsgrundlage • In einigen Punkten Handlungsanweisung |
| Framework | <ul style="list-style-type: none"> • <u>Shared Decision-Making During Crisis</u> |

4.3.6 Fallbericht Teilnehmer Nr. 6

4.3.6.1 Initiative

Der Teilnehmer hat sein Dokument offenbar weitgehend aus eigener Veranlassung erstellt. Die Initiative sei von einem ehemaligen Chefarzt ausgegangen, zu dem er ein besonders gutes Verhältnis habe. Der Teilnehmer habe zusammen mit anderen Mitgliedern aus der Selbsthilfegruppe sowie mit Ärzten und Pflegern eine Behandlungsvereinbarung erarbeitet, für die Entwicklung sei er gezielt angefragt worden und habe dies für sinnvoll gehalten. Dies wäre damals eine Pionierarbeit gewesen, auf die er stolz sei. Die Behandlungsvereinbarung sei dann „in Anlehnung an bereits vorliegende Fassungen anderer Psychiatrischer Kliniken“ weiterentwickelt worden. Zudem habe er geholfen, Regeln zum Fixierstatus zu entwickeln und auch an der Einführung eines Krisenpasses arbeite er.

Es wird während des Interviews klar, dass der Teilnehmer sehr engagiert ist und viel zu der Entwicklung bestehender Standards in der Psychiatrie beigesteuert hat. Er habe aus eigener Initiative viel beigetragen, sei mitunter aber auch direkt angesprochen worden, ob er an verschiedenen Projekten mitarbeiten möchte. Die Behandlungsvereinbarung habe er mitentwickelt.

4.3.6.2 Dokumente

Dieser Teilnehmer legt ein Schriftstück vor, dem er Bedeutung für die Vorausplanung einer psychischen Krise beimisst. Es handelt sich um eine Behandlungsvereinbarung, die vorwiegend zur Übermittlung von Behandlungswünschen dient. Eine Übersicht über die Dokumente des Teilnehmers zeigt Tabelle 31.

Tabelle 31: Dokumente des 6. Teilnehmers

| <u>Dokumente zur Bestimmung eines Stellvertreters</u> | <u>Dokumente zur Übermittlung von Behandlungswünschen</u> | <u>Gesamtzahl der Dokumente zur Vorausplanung</u> |
|---|---|---|
| <ul style="list-style-type: none">• einzelne Vollmachten in der Behandlungsvereinbarung | <ul style="list-style-type: none">• Behandlungsvereinbarung | <ul style="list-style-type: none">• 1 |

Behandlungsvereinbarung

Die Behandlungsvereinbarung besteht aus 8 Seiten. Sie enthält eine Präambel, in der es heißt: *„Die getroffenen Absprachen bilden keinen rechtlich einklagbaren Vertrag. Bei Nichtbeachtung muss jedoch ggf. von einem Behandlungsfehler ausgegangen werden. Die Klinik verpflichtet sich, für die Einhaltung der getroffenen Vereinbarungen Sorge zu tragen ... und eine sorgfältige Dokumentation ihres Vorgehens im Behandlungsfall durchzuführen. Insbesondere gilt dies für den Fall, dass sich die Klinik nicht an die Absprachen halten kann ... Bei einer Abweichung ist dies von Seiten der Klinik ausführlich zu begründen und ist – wenn vom Betroffenen gewünscht – mit dieser/m zu besprechen.“*

Es folgen 8 Punkte, in denen es inhaltlich um die Aufnahmesituation, die Kontaktpersonen, die medikamentöse Behandlung, Zwangsmaßnahmen und die soziale Situation geht.

Aktualisierung des Dokumentes mit Ärztin und Vertrauensperson

Im Dokument heißt es, dass es in der Verantwortung des Betroffenen liege, „dass wichtige Änderungen oder Ergänzungen in die Behandlungsvereinbarung aufgenommen werden“. Der Teilnehmer gibt im Interview an, dass er gerade plane, sich mit seiner Ärztin aus der Psychiatrischen Instituts-Ambulanz und einer seiner Vertrauenspersonen zusammensetzen, um sein Dokument inhaltlich zu aktualisieren.

4.3.6.3 Rolle der Vertrauenspersonen

Der Teilnehmer erläutert im Interview, dass er im Falle einer erneuten psychischen Krise die Benachrichtigung mehrerer Personen wünsche. Zum einen seien das seine beiden Vertrauenspersonen, zum anderen noch eine Bekannte von ihm. Auch sein Geschwisterteil und eine Mitarbeiterin der Nachbarschaftshilfe sollten in Zukunft benachrichtigt werden, er plane dies bei der Aktualisierung der Vereinbarung einzutragen. Bei Aufnahme in die Klinik sollen außerdem sein ambulanter Arzt und der Sozialpsychiatrische Dienst benachrichtigt und in die Behandlung solle ein Seelsorger aus seiner Heimatgemeinde einbezogen werden.

Aktuell habe er zwei Vertrauenspersonen namentlich im Dokument festgehalten, die „in jedem Fall unverzüglich zu benachrichtigen“ seien. Das Wort „unverzüglich“ ist handschriftlich unterstrichen. Diese Personen sollen laut Dokument „jederzeit Zugang zu mir haben, auch im Falle einer Fixierung“. Eine der Vertrauenspersonen sei für einige Aufgaben primär zuständig, die andere vertretungsweise.

In der Behandlungsvereinbarung steht: *„Es ist hilfreich, eine Vertrauensperson zu benennen, stellt aber keine Voraussetzung für den Abschluss einer Behandlungsvereinbarung dar. Professionelle MitarbeiterInnen sollten die Aufgabe der Vertrauensperson nicht wahrnehmen“.*

Im Dokument folgt noch die Angabe, vorrangig auf eine bestimmte Station aufgenommen werden zu wollen und es werden drei Bezugspersonen aus dem Stationsteam genannt.

4.3.6.3.1 Auswahl der Vertrauenspersonen

Auswahl nach Charakteristika

Die Auswahl der Vertrauenspersonen des Teilnehmers sei aufgrund deren Charakteristika erfolgt, da diese Frauen „das Herz auf der richtigen Seite“ hätten (Z. 192). Eine der Personen sei zudem „rabiät“ (Z. 202) und durchsetzungsfähig. Die zu benachrichtigende Bekannte von ihm sei außerdem im Bereich Pflege gebildet und kenne sich gut aus.

4.3.6.3.2 Aufgaben der Vertrauenspersonen

Organisatorische Aufgaben

Im Dokument heißt es, die Vertrauenspersonen hätten die Aufgabe, die Angelegenheiten „Vermögensverwaltung“, „Zustimmung zu medizinischen Behandlungen“ und „Zustimmung zu Verlegung und Entlassung“ zu übernehmen, während sich der Teilnehmer in stationärer Behandlung befinde. Außerdem sollten sie sich mit dem Sozialdienst über Maßnahmen wie „Unterstützung bei Wäschepflege, bei Besuch der Wohnung und bei Behördenangelegenheiten“ abstimmen. Eine der Vertrauenspersonen habe einen Wohnungsschlüssel und sei bereit, sich um die „häuslichen Angelegenheiten zu kümmern“. Die Vertrauenspersonen seien bevollmächtigt „Auskünfte an die Klinik zu erteilen und ebenso Auskünfte von der Klinik zu erfragen“, „Akteneinsicht zu nehmen“ und „Daten von anderen Institutionen und Sozialleistungsträgern abzufragen“.

Keine gesetzliche Betreuung

Eine gesetzliche Betreuung bestehe nicht und es findet sich diesbezüglich auch kein Handlungsauftrag im Dokument.

Aufgabe Verhinderung der Selbstaufgabe, „auf ihn Achtgeben“

Eine der Vertrauenspersonen brauche er, wenn er sich in der krisenhaften Depression „aufgebe“ (Z. 210) und ins Heim gehen wolle, da sie dieser Intention „den Riegel vorschiebt“ (Z. 212). Von einer anderen Person wird gesagt, sie gebe auf ihn Acht, wenn er in der Klinik sei.

Aufgabe Verkürzung des Klinikaufenthaltes

Von einer Vertrauensperson wisse er, dass sie sich dafür einsetzen werde, dass er nur „ganz kurz in der Klinik“ (Z. 202) sein werde, da sie nichts von psychischen Krankheiten halte.

4.3.6.4 Behandlungswünsche

Der Teilnehmer bringt Wünsche für den Umgang mit ihm, für den Fall einer weiteren psychischen Krise, zum Ausdruck.

4.3.6.4.1 Behandlung mit Medikamenten

Der Teilnehmer erwähnt im Interview, dass er in der Behandlungsvereinbarung festgelegt habe, welche Medikamente er bekommen wolle und welche nicht.

Er wolle in der Krise erstmal „in Ruhe gelassen und nicht gleich mit Medikamenten vollgepumpt“ (Z. 24) und „nicht abgespritzt“ (Z. 160) werden. Er hat in der Behandlungsvereinbarung außerdem angekreuzt, „regelmäßige Gespräche zur Überprüfung der Wirksamkeit der Medikamente“ zu wünschen. Im Gegensatz zu der früher weit verbreiteten Meinung, sehe er nicht „das ganze Heil“ (Z. 175) in Medikamenten.

Ablehnung bestimmter Medikamente

Eine Behandlung mit zwei Neuroleptika, dessen Handelsnamen er nennt, lehne der Teilnehmer ab. Im Interview gibt er an, dass eine Neuroleptikum abzulehnen, weil er darauf psychotisch reagiere – was ihm aber nicht geglaubt werde. Er sei durch das Medikament „durch die Decke gegangen“ (Z. 170/171). Im Dokument wird formuliert, dass die Einnahme des einen Neuroleptikums (er nennt Wirkstoff und Handelsnamen) abgelehnt werde, wohingegen das andere Neuroleptikum (er nennt auch von diesem Wirkstoff und Handelsnamen) als Medikament aufgeführt wird, das nicht geholfen habe. Dadurch entsteht der Eindruck einer stärkeren Ablehnung des erstgenannten, als des zweitgenannten Medikaments.

Später im Interview erwähnt er auch, dass er von einem Übermaß an Antidepressiva Krampfanfälle bekommen habe, allerdings findet sich keine ausdrückliche Ablehnung eines Antidepressivums im Dokument.

Zustimmung zu bestimmter Medikation

Der Teilnehmer erwähnt im Interview, dass er in der Behandlungsvereinbarung festgelegt habe, welche Medikamente er bekommen wolle. Er stimmt also der Behandlung mit bestimmten Medikamenten ausdrücklich zu. Im Interview erzählt er, dass er, falls er psychotische Symptome habe, bevorzugt mit einem Medikament mit dem Wirkstoff Haloperidol (er nennt den Handelsnamen) behandelt werden wolle, auch wenn es „die offensichtliche[n] Nebenwirkungen“ (Z. 181) habe. Von diesem und einem weiteren Neuroleptikum heißt es im Dokument, dass sie in früheren Krisen hilfreich gewesen seien.

Der Teilnehmer bittet in der Behandlungsvereinbarung darum, zusätzlich „Biperiden (Akineton®) bei höheren Dosierungen v. Antipsychotika“ zu verabreichen.

Im Dokument findet sich außerdem der Verweis auf eine Liste, in der die aktuell regelmäßig eingenommenen Medikamente aufgeführt sind.

Vermeidung von Zwangsmedikation

Der Teilnehmer erwähnt im Interview mehrmals, dass er nicht mit Medikamenten „abgespritzt“ (Z. 160) werden wolle. Später spricht er negativ von einer „Zwangsspritze“ (Z. 178). Es liegt somit nahe, dass er eine Zwangsmedikation verhindern will, es finden sich diesbezüglich jedoch keine expliziten Angaben in der Behandlungsvereinbarung.

Präferenz für orale Darreichungsform

Der Teilnehmer gibt in seiner Behandlungsvereinbarung an, die orale Darreichungsform „Tabletten/Dragees“ zu bevorzugen. Bezüglich der Darreichungsform „Tropfen“ findet sich der Hinweis auf eine andere Erkrankung, die in diesem Zusammenhang relevant ist.

4.3.6.4.2 Freiheitsentziehende Maßnahmen

Der Teilnehmer äußert sich im Interview zu freiheitsentziehenden Maßnahmen.

Stationäre Aufnahme

Im Dokument findet sich die Aussage, dass „bei hypomanischen Zuständen ... umgehend eine stationäre Aufnahme erfolgen“ solle. An dieser Stelle bittet der Teilnehmer also um eine Aufnahme in die Klinik im Falle einer sich andeutenden Krise – auch wenn er an anderer Stelle den Wunsch äußert, einen Klinikaufenthalt zu vermeiden.

Mechanische Fixierung

Der Teilnehmer bringt zum Ausdruck, dass er einer mechanischen Fixierung kritisch gegenübersteht. Im Interview sagt er, er sei einige Male „falsch“ und „nur aus disziplinarischen Maßnahmen“ (Z. 44) fixiert worden. Es wird also deutlich, dass der Teilnehmer seine Fixierung als unnötig ansieht. Außerdem berichtet er, sich für die Einführung von Sitzwachen während einer Fixierung eingesetzt zu haben und jetzt daran zu arbeiten, dass Fixierung als Maßnahme vollständig abgeschafft werde. Es ist nicht ganz klar, ob er Fixierung vehement ablehnt oder eine „richtige“ Fixierung mit Sitzwache, deren Notwendigkeit regelmäßig überprüft wird, akzeptieren würde.

4.3.6.4.3 Umgang mit Zwangsmaßnahmen

In der Vereinbarung heißt es, dass Zwangsmaßnahmen „auch heute noch häufig zu einer seelischen Traumatisierung der Betroffenen – unbeabsichtigt oder nicht“ führen würden. Es findet sich keine ausdrückliche Ablehnung von Zwangsmaßnahmen im Dokument – auch wenn der Teilnehmer im Interview teilweise Skepsis gegenüber Zwangsmaßnahmen äußert, räumt er an anderer Stelle ein, dass diese manchmal nötig seien. Er wolle jedoch verhindern, dass es soweit komme, dass Zwangsmaßnahmen nötig werden.

„Bin ja zu zweihundert Prozent Skeptiker, weil ich gerade auch gemerkt habe, dass ich ab und zu so außer mir war, also mit dem Kopf durch die Wand, also dass ich versucht habe, wirklich mit dem Kopf durch die Wand zu gehen, dass man mich hat festbinden müssen, aber dass man nicht mehr in solche Situationen kommt“ (Z. 308-311).

Anwendung deeskalierende Maßnahmen vor Zwangsmaßnahmen

Unter dem Punkt „Zwangsmaßnahmen“ heißt es in der Vereinbarung, dass vor deren Einsatz „vorher unbedingt ... deeskalierende Maßnahmen versucht“ werden sollten, mit der Einschränkung: „die innerhalb des Klinikablaufes möglich sind“. Als deeskalierende Maßnahmen werden durch den Teilnehmer „Gespräche, Schwimmen, ruhiges reizarmes Umfeld, Kunsttherapie“ genannt.

Zudem wird die Angabe gemacht, dass „Gespräche“ als Maßnahme zur „Vermeidung einer Unterbringung nach dem Unterbringungsgesetz“ berücksichtigt werden sollen.

Wie bereits erwähnt, soll die Vertrauensperson des Teilnehmers im Fall einer Fixierung benachrichtigt und „nach Rücksprache“ mit ihm auch Zugang zu ihm haben.

In der Behandlungsvereinbarung finden sich die Hinweise: „Im Falle einer körperlichen Fixierung wird eine Sitzwache gestellt, da eine derartige Maßnahme aus unserer Sicht einen massiven Eingriff in die persönlichen Grundrechte des Betroffenen darstellt. Falls möglich sollte dies eine Bezugspflegekraft oder ein sonstiges bekanntes Teammitglied sein“ und „dies stellt im Übrigen keine Zustimmung von mir im Voraus zu diesen Maßnahmen dar (eine Zustimmung im Voraus ist auch rechtlich gar nicht zulässig)“.

Markiert ist „die vorhandene Dokumentation über die Zwangsmaßnahmen soll im Rahmen einer Nachbesprechung eingesehen und besprochen werden“.

4.3.6.4.4 Sonstige Wünsche

Der Teilnehmer äußert eine Reihe weiterer Wünsche für den Fall, dass es aufgrund einer psychischen Krisensituation zu einer erneuten stationären Aufnahme kommen würde.

Viele Wünsche, die der Teilnehmer äußert, beziehen sich auf als hilfreich empfundene, nicht-medizinische Maßnahmen, die ihm wichtig sind und zur Besserung seines Zustandes beitragen können.

Festlegung des Settings der Aufnahmesituation

Der Teilnehmer hat in seinem Schriftstück eingetragen, dass in der Aufnahmesituation ein „zeitnahes Aufnahmegespräch“, ein „ruhiges reizarmes Umfeld“, eine „einfühlsame Willkommengeste“ und das Anbieten von „Saftschorle“ als hilfreich empfunden werden. Außerdem sei ihm wichtig, dass er in der Krise nicht über die Medikation diskutieren müsse und etwas zu essen bekomme.

Wünsche im Rahmen des weiteren stationären Aufenthaltes

Für den weiteren stationären Aufenthalt außerhalb der akuten Krisensituation, werden Wünsche geäußert, die sich auch in der Behandlungsvereinbarung wiederfinden. Der Teilnehmer sagt im Interview, dass „Sachen wie baden und so weiter“ (Z. 160/161) für ihn sehr wichtig seien. Als weitere Wünsche finden sich noch „kein Fisch zum Essen“ zu bekommen, nicht am Medikamententraining teilnehmen zu müssen und Spaziergänge zu machen.

In der Aktualisierung seines Dokumentes plane er, die Wünsche aufzunehmen, einen Computer zum Arbeiten mit in die Klinik nehmen zu können und nicht am Frühspport teilnehmen zu müssen.

Berücksichtigung somatischer Erkrankungen

Der Teilnehmer verweist in seiner Behandlungsvereinbarung auf bestehende, somatische Erkrankungen, die „unbedingt berücksichtigt“ (Z. 247) werden müssten.

Festlegung von Aufgaben des Sozialdienstes

In der Behandlungsvereinbarung wird geregelt, welchen Aufgaben der Sozialdienst der Klinik, den Wünschen des Teilnehmers entsprechend, nachkommen soll.

Unter den voraussichtlich zu klärenden Punkten wird als erster Punkt „Wohnung“ genannt, wobei sich der Hinweis findet, dass es sich empfehle, „im Vorfeld klare Vorkehrungen zu treffen, was die Versorgung von Pflanzen, Tieren, Heizung, Post, Hausdienste“ und den „Zugang zur Wohnung“ betreffe. Als nächster Punkt wird „Finanzen“ genannt, wobei die Unterpunkte „rückgängig machen von Kaufverträgen“, „Klärung von finanziellen Ansprüchen“ und „Information an das Sozialamt bzw. Arbeitsamt über die stationäre Aufnahme“ relevant seien. Abschließend wird der Punkt „Wichtige Termine und Ereignisse“ behandelt, unter dem der Teilnehmer eine Selbsthilfeorganisation angegeben hat.

Home Treatment

Ziel und „Traum“ (Z. 265) des Teilnehmers sei, zu Hause behandelt zu werden. Er wolle „gar nicht mehr in die Klinik“ (Z. 252), falls seine Erkrankung nicht „allzu stark“ (Z. 253) sei und ein „Home Treatment“ (Z. 255) zulasse. Er könne sich vorstellen, diesen Wunsch zukünftig in einer Behandlungsvereinbarung festzuhalten.

„Die Behandlung daheim, also dass die Pfleger und Ärzte und Ergotherapeuten, Kunsttherapeuten einen daheim besuchen, ... also das ist mein Ziel, mein Traum“ (Z. 262-265).

4.3.6.5 Bisherige Erfahrungen

4.3.6.5.1 Erfahrungen in Zusammenhang mit psychiatrischen Aufenthalten

Negative Erfahrungen in Zusammenhang mit psychiatrischen Aufenthalten

Der Teilnehmer erzählt, vor allem in den Siebziger und Achtziger Jahren, negative Erfahrungen im Zusammenhang mit psychiatrischen Aufenthalten und Zwangsmaßnahmen gemacht zu haben. Er sei in dieser Zeit häufig „nur aus disziplinarischen Maßnahmen“ (Z. 44) fixiert und zwangsbehandelt worden. Er beschreibt eine Zwangsmedikation unter der Fixierung, welche aus Gründen erfolgt sei, die er als ungerechtfertigt empfunden habe.

Positive Erfahrungen in Zusammenhang mit psychiatrischen Aufenthalten

Auch von positiven Erfahrungen im Zusammenhang mit psychiatrischen Aufenthalten berichtet der Teilnehmer. So sei er in späteren Jahren „wunderbar aufgenommen“ (Z. 11) worden. Sogar eine mehrwöchige, richterlich angeordnete, stationär-psychiatrische Behandlung habe er nicht als gegen seinen Willen empfunden, da diese Zeit auch Vorteile gehabt hätte und eine „Sicherheit“ (Z. 138) für ihn gewesen sei. Früher habe man zudem mit ihm in der Krise viele Spaziergänge gemacht, was er gut gefunden habe. Außerdem habe er ein sehr gutes Verhältnis zum damaligen Chefarzt gehabt.

4.3.6.5.2 Erfahrungen mit dem Dokument

Der Teilnehmer sei bereits wieder in stationärer Behandlung gewesen, seit er sein Dokument zur Vorausplanung habe, dabei sei es zu keiner Behandlung gegen seinen Willen gekommen. Er habe somit Gelegenheit gehabt, die Behandlungsvereinbarung „auszuprobieren“ (Z. 18), was „gut geklappt“ (ebd.) habe. Er berichtet, die Festlegungen hätten ihm „jedenfalls schon mal ganz gut geholfen“ (Z. 164/165) und die Behandler seien mit ihm so umgegangen, wie er es gewollt habe.

„Dann wurde ich zuerst einmal in Ruhe gelassen und nicht gleich mit Medikamenten vollgepumpt, dann brauchte ich mich nicht verteidigen, oder ich brauchte nicht sagen, ich will jetzt kein [Handelsnamen eines Neuroleptikums, Anm. d. Verf.], ich will kein [Handelsnamen eines Neuroleptikums, Anm. d. Verf.], das habe ich schon in der Patientenvereinbarung festgelegt und daran haben die sich zu meiner Erleichterung gehalten und von daher war die Aufnahmesituation schon wesentlich entkrampfter“ (Z. 24-28).

4.3.6.6 Zukunftsvorstellungen

Der Teilnehmer äußert in Bezug auf die Zukunft, weiter an Verbesserungen der Bedingungen in der Psychiatrie und Dokumenten zur Vorausplanung arbeiten zu wollen. Sein bestehendes Dokument wolle er inhaltlich aktualisieren und weiterhin anwenden.

4.3.6.7 Einstellung gegenüber der Psychiatrie

Identifikation mit Klinik

Es fällt auf, dass der Teilnehmer, trotz einiger negativer Erfahrungen in der Vergangenheit, keine schwere Traumatisierung oder einen bedeutenden Vertrauensverlust in die Psychiatrie erlebt zu haben scheint. Im Gegenteil scheint er auch viele positive Erfahrungen gemacht zu haben und sehr gut mit den Behandlern zusammenzuarbeiten. Die Institution Psychiatrie betrachtet er differenziert. Er räumt ein, dass Zwangsmaßnahmen in manchen Fällen gerechtfertigt seien, setzt sich aber für die genaue Prüfung ihrer Notwendigkeit ein. Die Klinik sieht er auf jeden Fall nicht als Feind, sondern eher als Begleiter. Gemeinsam mit der Klinik Lösungen zu erarbeiten ist ihm ein Anliegen. Er vertraut auf die Verhandlungsbereitschaft und das Entgegenkommen der Behandler, auch wenn er den Wunsch hegt, einen weiteren Klinikaufenthalt zu vermeiden. Darüber hinaus identifiziert er sich mit der Klinik, was vor allem durch die Wortwahl „unsere“ (Z. 326) Psychiatrie, „unser“ (Z. 320) Krankenhaus und „meine“ (Z. 326) Station auffällt. Er betont die Wichtigkeit einer „Verbindung zwischen einander“ (Z. 304) und dass er auf der Suche sei nach einer „Psychiatrie, in der gesprochen wird“ (Z. 303).

„Die meisten schimpfen ja auf die Psychiatrie und ich sage ‚unsere‘ Psychiatrie oder ‚meine‘ Station und so weiter, weil ich damit mich identifizieren kann und jetzt seit zwanzig Jahren auch mitarbeite“ (Z. 325-327).

4.3.6.8 Übergeordnete Ziele der schriftlichen Vorausplanung

Beachtung der Behandlungswünsche in der Zukunft

Mit der im gemeinsamen Dialog entstandenen Vorausplanung verfolgt der Teilnehmer das übergeordnete Ziel, dass seine Behandlungswünsche berücksichtigt werden. Er legt sie schriftlich fest für den Fall, dass seine Aussagen in der Krise für psychotisch gehalten und ihm nicht geglaubt werden.

Vermeidung der Notwendigkeit sich rechtfertigen zu müssen

Der Teilnehmer betont zwar die Wichtigkeit von Kommunikation zwischen Behandlern und Patienten. Jedoch ist zu beachten, dass ihm diese Kommunikation vor allem im Vorfeld, also bei der Erstellung der Behandlungsvereinbarung oder auch im Nachhinein, also zur Aufarbeitung der Krise, wichtig ist. In der akuten Krise selbst will der Teilnehmer dagegen überflüssige Kommunikation im Sinne von Diskussionen, z. B. über Medikamente, vermeiden. Durch die Vermeidung unnötiger Verhandlungen könne wiederum die Aufnahmesituation entkrampft werden, wodurch sich der Teilnehmer besser fühlen könne. Er sieht den Vorteil seiner Vorausplanung darin, sich nicht „verteidigen“ (Z. 25) zu müssen.

Berücksichtigung individueller Bedürfnisse

In der Behandlungsvereinbarung wird als erklärtes Ziel der schriftlich festgehaltenen Absprachen genannt, „im Krisenfall ein Eingehen auf individuelle Bedürfnisse zu ermöglichen“. Dieses Ziel verfolgt auch der Teilnehmer, was sich deutlich an seinen vielen, individuellen Wünschen und Hinweisen im Dokument zeigt.

„Dass sie sehen, der Mann ist Psychatrieerfahren, braucht die und die ... Versorgung“ (Z. 81/82).

Vermeidung von Leid und Beruhigung in der Krise durch adäquate Behandlung

Der Teilnehmer will in der Krise die Behandlung bekommen, von der er sich den größten Nutzen in Bezug auf seine Beruhigung verspricht. Er will subjektives Leid vermeiden. Leiden bedeutet für ihn das Erleiden von Nebenwirkungen und die Anstrengung einer unnötigen Diskussion. Die für ihn adäquate Behandlung ist die Verabreichung der „richtigen“ Medikation und die Berücksichtigung seiner Wünsche zur Deeskalation, ohne Diskussionen in der Krise darüber. Eine Missachtung seiner physischen und psychischen Bedürfnisse stellt für ihn eine inadäquate Behandlung dar.

4.3.6.9 Funktion des Dokumentes

Das Dokument erfüllt die Funktion, Handlungsanweisungen auf der Grundlage bereits getroffener Vereinbarungen zu geben und bildet einen Behandlungsplan ab, der auf die individuellen Bedürfnisse des Teilnehmers zugeschnitten ist. Dieser ist gleichzeitig auch die Basis, auf der gemeinsam über weitere Maßnahmen entschieden werden kann. Für den Teilnehmer stellt er eine „Versicherung“ (Z. 174) dar, sich nicht rechtfertigen zu müssen und bildet gleichzeitig den Ausgangspunkt zum Dialog.

Im „Leitfaden für Patienten“ (Anhang der Behandlungsvereinbarung) heißt es, dass durch das Dokument „Konflikte und Zwang in den Krisen vermieden oder zumindest vermindert werden“ sollen.

4.3.6.10 Framework und Appell

Der Teilnehmer verfolgt mit Teilen seiner Behandlungsvereinbarung die Intention, sie gemäß dem Konzept des *Frameworks Irrevocable Decision* anzuwenden. In anderen Teilbereichen betont er jedoch die Kommunikation zur Anpassung seiner Wünsche an die jeweiligen Umstände, im Sinne des *Frameworks Shared Decision-Making During Crisis*. Auf der einen Seite sollen nur Dinge vereinbart werden, die von beiden Partnern auch umgesetzt werden können und zwar genauso wie vereinbart. Auf der anderen Seite wird aber auch die Möglichkeit eingeräumt, gegebenenfalls von den Vereinbarungen abweichen zu können. Der Teilnehmer fordert teilweise keine 1:1-Umsetzung ein, sondern nur eine Berücksichtigung seiner individuellen Bedürfnisse beim Prozess der Entscheidungsfindung.

Insgesamt ist somit von einem *Misch-Typ* bezüglich des *Frameworks* der Anwendung auszugehen, der dem Appell folgt, die Behandlungsvereinbarung zu berücksichtigen: <<*Respect our agreement!*>>.

„Das Wichtigste ist Kommunikation ... genau darüber sprechen und Medikamente anpassen“ (Z. 290-295).

4.3.6.11 Zusammenfassung

Tabelle 32: Zusammenfassung Fall 6. (Besonders wichtige Elemente sind unterstrichen.)

| | Fall 6 |
|--|---|
| Attribute des Teilnehmers | <ul style="list-style-type: none"> • Alter: 59 Jahre • Geschlecht: männlich • Anzahl stationär-psychiatrischer Aufenthalte: > 3 (häufiger in den 70/80er Jahren) • Diagnose: bipolare und psychotische Erkrankung |
| Dokumente | <ul style="list-style-type: none"> • Dokument mit Behandlungswünschen: <ul style="list-style-type: none"> ○ <u>Behandlungsvereinbarung</u> |
| Behandlungswünsche in der Krise | <ul style="list-style-type: none"> • Medikamente und Zwang <ul style="list-style-type: none"> ○ <u>Ablehnung bestimmter Medikation</u> ○ Zustimmung zu bestimmter Medikation ○ <u>Deeskalationsmaßnahmen vor Zwangsanwendung</u> • Sonstige Wünsche <ul style="list-style-type: none"> ○ <i>Home Treatment</i> ○ Festlegung des Settings |
| Rolle der Vertrauenspersonen | <ul style="list-style-type: none"> • Herzliche Unterstützung, organisatorische Aufgaben und Einsatz zur Verkürzung des Aufenthaltes |
| Übergeordnete Ziele | <ul style="list-style-type: none"> • Vermeidung von Leid und Beruhigung in der Krise durch adäquate Behandlung • <u>Berücksichtigung individueller Bedürfnisse</u> |
| Einstellung | <ul style="list-style-type: none"> • Vertrauen auf Verhandlungsbereitschaft und Entgegenkommen • Identifikation mit Klinik • Differenzierte Haltung bzgl. Zwangsmaßnahmen |
| Appell | <ul style="list-style-type: none"> • <<<i>Respect our agreement!</i>>> |
| Funktion des Dokumentes | <ul style="list-style-type: none"> • Grundlage bereits getroffener Vereinbarungen i. S. eines individuellen Behandlungsplanes • Ausgangspunkt für Dialog über gemeinsame weitere Entscheidungen |
| Framework | <ul style="list-style-type: none"> • <u>Misch-Typ</u> |

4.3.7 Fallbericht Teilnehmer Nr. 7

4.3.7.1 Initiative

Die Teilnehmerin sei in einer Selbsthilfegruppe aktiv, die ein Formular erstellt habe, das als Vorlage für eine Behandlungsvereinbarung diene. Sie habe daran mitgearbeitet, das Formular zu entwerfen. Der Anlass sei gewesen vorzusorgen, um negative Erfahrungen nicht zu wiederholen. Die Idee sei in der Selbsthilfegruppe entstanden, nachdem die Mitglieder sich in gemeinsamen Gesprächen über ihre negativen Erfahrungen, die Zwang und Gewalt umfassen, ausgetauscht hätten. Über den Austausch mit anderen Selbsthilfegruppen seien sie auf das Konzept der Behandlungsvereinbarung gestoßen. Der Bundesverband sei ihr behilflich gewesen.

Sie habe das Dokument zunächst alleine ausgefüllt und mit ihren Vertrauenspersonen gesprochen. Daraufhin sei sie aus eigener Initiative auf die Behandler zugegangen. Gemeinsam mit einer Ärztin, die in der Institutsambulanz tätig sei, habe sie sich „viele Gedanken gemacht“ (Z. 127) und das Dokument vervollständigt. Auch die Pflegedienstleitung sei bei der Unterzeichnung der Behandlungsvereinbarung anwesend gewesen.

4.3.7.2 Dokumente

Diese Teilnehmerin legt zunächst ein Schriftstück vor, dem sie Bedeutung für die Vorausplanung einer psychischen Krise beimisst. Es handelt sich um eine Behandlungsvereinbarung, die vorwiegend zur Übermittlung von Behandlungswünschen dient.

Im Interview erzählt die Teilnehmerin, dass sie gerade noch daran arbeite, ein weiteres Dokument zu erstellen, bei welchem es sich um ein psychiatrisches Testament handle. Allerdings war dieses Dokument zum Zeitpunkt des Interviews von der Teilnehmerin nicht auffindbar.

Am Ende des Interviews ergänzt sie, auch noch eine Vollmacht ausgestellt zu haben, von der sie aber keine Kopie vorlegen kann.

Eine Auflistung der Dokumente der Teilnehmerin zeigt Tabelle 33.

Tabelle 33: Dokumente des 7. Teilnehmers

| <u>Dokumente zur Bestimmung eines Stellvertreters</u> | <u>Dokumente zur Übermittlung von Behandlungswünschen</u> | <u>Gesamtzahl der Dokumente zur Vorausplanung</u> |
|--|---|--|
| <ul style="list-style-type: none">• Vollmacht | <ul style="list-style-type: none">• Behandlungsvereinbarung• Psychiatrisches Testament (in Arbeit, nicht auffindbar) | <ul style="list-style-type: none">• 3 |

Behandlungsvereinbarung

Bei der Behandlungsvereinbarung handele es sich um eine Vereinbarung zwischen dem örtlich zuständigen Bezirkskrankenhaus und ihr. Diese sei auf Basis des in der Selbsthilfe erstellten Formulars verfasst und anschließend unterzeichnet worden. Es handelt sich um ein 6-seitiges Schriftstück. Die Vereinbarung sei jedoch damals „noch auf der anderen gesetzlichen Grundlage“ (Z. 359) erstellt worden, was den Behandlern erlaubt habe, sie zu missachten.

Psychiatrisches Testament

Die Teilnehmerin erläutert im Interview, dass sie daran gearbeitet habe, ein psychiatrisches Testament zu erstellen, da sie Vorteile in einem „einseitigen“ (Z. 362) Dokument sehe. Dies könne sie gerichtlich durchsetzen. Dieses Dokument sei noch „nicht fertig geworden“ (Z. 398), da die Erstellung „viel Kraft“ (Z. 398) koste und es „Rückschläge“ (Z. 399) gegeben habe. Momentan arbeite sie an etwas anderem, wolle die Arbeit an dem psychiatrischen Testament aber eventuell fortsetzen.

„Ich habe ja versucht jetzt im letzten Jahr nochmal ein psychiatrisches Testament zu erstellen, also keine Behandlungsvereinbarung, ... für mich ist eigentlich mittlerweile dran, was einseitiges zu machen, was ich dann eventuell auch mit Anwalt durchsetzen lassen würde, oder so, weil die Energie, die ich da reinstecke und dieses Nichts, was da rauskommt, oder eigentlich das ... eher Schaden, was rausgekommen ist für mich, ... ich würde das nicht mehr machen, also habe ich versucht ... ein Testament zu machen“ (Z. 353-365).

„Die Behandlungsvereinbarung ist eine Vereinbarung zwischen zwei Partnern und wenn ein Partner die nicht einhalten möchte, dann ist die vorbei und ein psychiatrisches Testament ist ... mein Wille festgelegt, egal ob der andere den Willen respektieren will oder nicht“ (Z. 428-430).

Vollmacht

Am Ende des Interviews erwähnt die Teilnehmerin, eine Vollmacht erstellt zu haben. Diese sei das „Exzerpt von dem Ganzen“ (Z. 534).

4.3.7.3 Rolle der Vertrauenspersonen

Vertrauenspersonen

Die Teilnehmerin habe in der Behandlungsvereinbarung eine Hauptvertrauensperson festgelegt sowie zwei weitere Vertrauenspersonen, für den Fall, dass die erste nicht erreichbar sei. Diese seien Freunde von ihr. Außerdem habe sie festgelegt, dass ihr niedergelassener Psychiater und der sozial-psychiatrische Dienst zu benachrichtigen seien.

Sie habe den Wunsch angegeben, in den ersten Tagen der Krise mit vier bestimmten Personen Kontakt zu haben. Diese würden sie beruhigen und ihr Sicherheit vermitteln, da diese ihr vertraut seien.

Außerdem gibt sie unter dem Punkt „Kontaktabsprachen“ noch an, einem christlichen Seelsorger und einer Frau vom sozial-psychiatrischen Dienst Besuchsrecht zu gewähren. Diese Personen würden sie achten und sie auch außerhalb der Krise kennen.

Des Weiteren werden in der Behandlungsvereinbarung noch eine Ergotherapeutin, die sie schätze und ein „besonnener“ (Z. 65) Pfleger als Bezugspersonen in der Klinik genannt.

4.3.7.3.1 Auswahl der Vertrauenspersonen

Die Teilnehmerin berichtet von Schwierigkeiten bei der Auswahl ihrer Vertrauenspersonen. Die Schwierigkeit, eine geeignete Vertrauensperson zu finden, bestehe darin, dass diese die Fähigkeit besitzen müsse, sich in ihre Situation einfühlen zu können und Verständnis dafür zu haben, wie es ihr in der Krise gehe und was für sie hilfreich sei, diese Person aber gleichzeitig auch in der Lage sein müsse, in die psychiatrische Klinik zu kommen und das zu verkraften. Außerdem müsse die Vertrauensperson auch noch genügend Zeit haben, um sich für sie einsetzen zu können. Sie habe niemanden aus ihrer Familie dafür festgelegt, sondern Freunde.

„Die Schwierigkeit [...] mit den Vertrauenspersonen: es gibt Personen die stehen fest im Leben die beschäftigen sich mit sowas nicht, die können sich nicht einfühlen, also die haben keinen Zugang dazu, dann gibt es Leute die haben einen Zugang innerlich, die gehen aber nicht in die Klinik, weil das macht die so fertig, also Leute, die gesund sind, keine Psychiatriepatienten, die gehen nicht rein, weil die verkraften das nicht ... und es kostet ja doch Zeit und viele Leute sind überbelastet also wenn ich mein [Geschwisterteil, Anm. d. Verf.] anschau [das] arbeitet jeden Tag bis in die Nacht, wann will denn [das] sich für mich einsetzen“ (Z. 395-407).

4.3.7.3.2 Aufgaben der Vertrauenspersonen

Sie habe eine Vertrauensperson beauftragt, sich in Situationen für sie einzusetzen, in denen sie schlecht für sich selber sprechen könne oder man sie nicht mehr ernst nehme.

Beruhigung und Begleitung in der Krise und Deeskalation

Durch Hinzuziehen ihrer Vertrauensperson werde ihre Sicherheit gestärkt, was dazu führen würde, dass sie sich „nicht so aufregen“ (Z. 29) müsse und der Ablauf der Aufnahmesituation „ruhiger“ (ebd.) sei.

Überwachung des Klinikpersonals

Die Vertrauenspersonen übernahmen auch die Aufgabe, das Personal in der Klinik unter Beobachtung zu stellen, damit dieses wüsste, dass es wahrgenommen werde und sich korrekt verhalte. Auch Akteneinsicht könne zu diesem Zweck genommen werden.

Organisatorische Aufgaben außerhalb der Klinik

Die Vertrauenspersonen seien auch für organisatorische Dinge zuständig und sollten unter anderem die Aufgabe übernehmen, Angelegenheiten außerhalb der Klinik für sie zu erledigen, die sie nicht selbst wahrnehmen könne, wenn sie die Station nicht verlassen könne. Als Beispiele nennt die Teilnehmerin Türen abzuschließen, Fenster zu putzen und zuzumachen und sich um Briefkasten und Zeitung zu kümmern. Außerdem solle die Vertrauensperson veranlassen, dass jemand angestellt werde, um bei ihr zu Hause zu putzen, wenn sie in der Krise sei.

Regelung finanzieller Angelegenheiten

Die Teilnehmerin erläutert, veranlasst zu haben, dass Ausgaben über einem bestimmten, genannten Betrag mit ihrer Vertrauensperson abzusprechen seien, da sie in der Krankheit dazu neige, Geld auszugeben. Es sei keine Lösung, ihr das Geldausgeben zu verbieten, weswegen sie diese Angelegenheit auf diese Weise handhaben wolle. Ihre Vertrauensperson sei eine Hilfe bei der Regelung finanzieller Angelegenheiten.

Vollmacht

Ihr „Bevollmächtigter“ habe jederzeit Zugang zu ihr und die Berechtigung ihre Akten einzusehen. Er sei damit beauftragt, für sie „die Sachen zu regeln“ (Z. 533). Dieser sei auch für den somatischen Bereich zuständig. Er solle für sie „einstehen“ (Z. 538), wenn sie es nicht mehr selbst könne.

4.3.7.4 Behandlungswünsche

4.3.7.4.1 Behandlung mit Medikamenten

Zustimmung zu bestimmter Medikation

In ihrer Behandlungsvereinbarung habe die Teilnehmerin ihre aktuelle Medikation eingetragen. Im Dokument findet sich die Eintragung eines Lithiumpräparates und eines „klassische[n] homöopathische[n]“ (Z. 211) Medikaments, das sie aber in der Klinik nicht bekäme.

Das Feld zur Nennung hilfreicher Medikamente in der Krise ist nicht ausgefüllt. Falls eine medikamentöse Behandlung aus medizinischer Sicht unumgänglich sei, sei die Teilnehmerin – laut Dokument – bereit, ein mit Namen angegebenes Benzodiazepin sowie pflanzliche Mittel wie „Baldrian“ und homöopathische Medizin zu nehmen.

Begrenzung der Medikamentendosis

Die Teilnehmerin äußert, das Ziel zu haben, dass die „Dosis der Psychopharmaka möglichst niedrig angesetzt werden kann“ (Z. 11/12). Im Dokument findet sich eine Dosisangabe hinter dem Lithiumpräparat.

Ablehnung bestimmter Medikation

In der Behandlungsvereinbarung werden Medikamente aufgeführt, deren Einnahme die Teilnehmerin ablehnt. Es finden sich die Eintragungen von fünf Neuroleptika, wobei jeweils nur Handelsnamen genannt werden. Sie berichtet unter der Nebenwirkung „Zungenschlund-Krampf“ (Z. 215) gelitten zu haben, allerdings nicht genau zu wissen, aufgrund welchen Medikamentes dieser erfolgt sei. Sie vermute, dass die Nebenwirkung durch eines von zwei Neuroleptika verursacht worden sei, die sie nennt.

Auch in ihrem Psychiatrischen Testament plane die Teilnehmerin festzulegen, dass sie Medikamente, die ihr schadeten, nicht mehr kriege solle. Als Begründung führt sie an, das Erleiden eines „Zungenschlund-Krampf[es]“ (Z. 215) vermeiden zu wollen.

Präferenz für Darreichungsform

Die Teilnehmerin habe in der Behandlungsvereinbarung festgelegt, bevorzugt „Tabletten/Dragees“ bei der Medikamenteneinnahme erhalten zu wollen. Im Interview erläutert sie, dass sie „Tropfen“ nicht wolle, „weil die das Geschmackempfinden der Zunge total zerstören“ (Z. 235/236).

Ablehnung von Zwangsmedikation

Zwangsmedikation lehne die Teilnehmerin strikt ab und habe diese auch in der Behandlungsvereinbarung ausgeschlossen. Sie erklärt diese Entscheidung mit einer negativen Erfahrung:

„Das ist wirklich schlimm, wenn man mit Gewalt von mehreren überwältigt wird und körperverletzt und ja, das ist so, geht in Richtung, manche sagen auch, das ist wie Vergewaltigung“ (Z. 253-255).

4.3.7.4.2 Freiheitsentziehende Maßnahmen

Im Interview wird deutlich, dass die Teilnehmerin freiheitsentziehende Maßnahmen ablehnt. Sie spricht von einer Existenzgefährdenden „Freiheitsberaubung“ (Z. 25) von Seiten der Klinik.

In der Behandlungsvereinbarung ist festgehalten, dass die Aufnahme auf eine offene Station in der Aufnahmesituation hilfreich sei.

Falls „Notfallmaßnahmen unumgänglich“ seien, bitte sie darum, zu beachten, dass keine Freiheitseinschränkung erfolgen solle. Ausgang zu haben sei ihr sehr wichtig. Auch im psychiatrischen Testament plane sie, „auf jeden Fall“ (Z. 423) die Möglichkeit, die Psychiatrie wieder verlassen zu können, festzulegen.

4.3.7.4.3 Umgang mit Zwangsmaßnahmen

Ablehnung der Anwendung von Gewalt

Die Teilnehmerin äußert im Interview, dass sie mit der Behandlungsvereinbarung Menschenrechtsverletzungen vorbeugen wolle und Gewaltanwendung zu verhindern wünsche. Gewalt bestehe aus ihrer Sicht darin, Drohungen auszusprechen, die Türen abzusperrten und sie gegen ihren Willen anzufassen.

Festlegung einer Rangfolge

In der Behandlungsvereinbarung sei vorgesehen gewesen, eine Reihenfolge anzugeben, in welcher Notfallmaßnahmen erfolgen sollten und was bei der Anwendung dieser Maßnahmen zu beachten sei.

Im Dokument findet sich folgende Rangfolge: „1. Reizarme Umgebung“ mit dem Vermerk „ohne Freiheitseinschränkung“, „1. Einzelbetreuung“ mit dem Vermerk „auch außerhalb der Besuchszeit; durch geeignete Person“, „1. (Sonstiges)“ mit der Vermerk „die Möglichkeit laut zu sein (z. B. Saxophon spielen) und zu schreien“, „2. Ausgangsbeschränkung“ mit dem Vermerk „Frischlucht in Räumen und Gartenausgang sind sehr wichtig“, „3. Fixierung“ mit dem Vermerk „ohne Zwangsmedikation!“.

Zwangsmedikation wurde von der Teilnehmerin als Notfallmaßnahme gestrichen. Bemerkenswert ist, dass sie diese selbst im Falle einer Fixierung ablehnt.

Zusätzlich ist vermerkt, dass die Vertrauensperson und ein Angehöriger benachrichtigt werden sollen, falls es zur Anwendung von Notfallmaßnahmen kommen sollte.

Anwendung von Deeskalations- statt Zwangsmaßnahmen

Die Teilnehmerin sagt im Interview, dass sie den Behandlern Maßnahmen „an die Hand gebe“ (Z. 9/10), wie diese in der Krise mit ihr umgehen könnten, „damit die Situation nicht eskaliert, sondern deeskaliert“ (Z. 10/11) – mit dem Ziel, „Gewaltanwendungen“ (Z. 11) zu vermeiden und „Menschenrechtsverletzungen“ (Z. 13) vorzubeugen. Sie äußert sich positiv über „Methoden der Gewaltfreiheit“ (Z. 475). Als diese deeskalierenden Maßnahmen, die vor der Anwendung von Zwangsmaßnahmen erfolgen sollen, werden im Dokument genannt: „Spaziergang, Gespräch, Vertrauensperson hinzuziehen, ein Melisse-Bad, Musik hören, Musik machen, Rückzug in reizarme Umgebung, Essen anbieten, Körperkontakt mit Partner, Seelsorge“.

4.3.7.4.4 Sonstige Wünsche

Die Teilnehmerin äußert weitere Wünsche für den Fall einer stationär-psychiatrischen Behandlung.

Viele Wünsche, die die Teilnehmerin äußert beziehen sich auf als hilfreich empfundene, nicht-medizinische Maßnahmen, die ihr wichtig sind und zur Besserung ihres Zustandes beitragen können.

Festlegung des Settings der Aufnahmesituation

Die Teilnehmerin hat in der Behandlungsvereinbarung eingetragen, dass in der Aufnahmesituation eine „Rückzugsmöglichkeit“ als Schutz vor Reizüberflutung, die „Aufnahme auf offene Station“, „Gespräche, auch nachts“ und „frische Luft, jedoch keine Zugluft“ als hilfreich empfunden werden.

Ablehnung von Elektrokrampfbehandlung

Im Interview äußert die Teilnehmerin keinen „Elektroschock“ (Z. 226) erhalten zu wollen. In der Vereinbarung ist die Ablehnung von „Elektrokrampfbehandlung“ neben den abgelehnten Medikamenten festgehalten.

Kontaktabsprachen

Die Teilnehmerin bringt im Interview zum Ausdruck, eine allgemeine Kontaktsperre gegenüber allen Besuchern abzulehnen. Sie wolle eine Isolation vermeiden. Als Kontakt, der von ihr abgelehnt werde, nennt sie den zu ihrem Arbeitgeber und ihren Vorgesetzten, da sie diesen als in der Krise unvorteilhaft empfinde.

Schutz der Privatsphäre gegenüber dem Arbeitgeber

Die Teilnehmerin äußert im Interview und in der Behandlungsvereinbarung den Wunsch, die Krankmeldung an den Arbeitgeber ohne die Kennzeichnung „Psychiatrische Klinik“ zu erstellen. In der Behandlungsvereinbarung findet sich der Vermerk durch die Behandler, dass „kein neutraler Stempel ohne Angabe des Krankenhauses“ möglich sei.

Wünsche im Rahmen des weiteren stationären Aufenthaltes

Für den weiteren stationären Aufenthalt außerhalb der akuten Krisensituation, werden Wünsche geäußert, die sich teilweise auch in der Behandlungsvereinbarung wiederfinden. Als weitere Wünsche finden sich noch der Wunsch, ein „eigenes Schlafzimmer“ (Z. 481) zu bekommen, der Wunsch nach Gesprächen, nach frischer Luft, nach Zugang zur Küche, der Wunsch nach Lagerung der Matratze auf dem Fußboden, wegen der Angst, durch ein verändertes Körpergefühl rauszufallen und der Wunsch nach einem „*Open Dialogue*“ (Z. 473) mit einem speziell geschulten Vermittler.

4.3.7.5 Bisherige Erfahrungen

4.3.7.5.1 Erfahrungen in Zusammenhang mit psychiatrischen Aufenthalten

Negative Erfahrungen in Zusammenhang mit psychiatrischen Aufenthalten

Die Teilnehmerin berichtet überwiegend negativ von bisherigen stationär-psychiatrischen Aufenthalten. Sie habe sich auf Station nicht sicher gefühlt und Gewalt durch Mitpatienten erfahren, worum sich das Personal nicht gekümmert habe. Auch durch das Personal selbst habe sie Gewalt erfahren. Sie erläutert, dass sie es als Gewalt empfinde, gegen ihren Willen angefasst, bedroht und eingeschlossen zu werden. Sie berichtet, dass in der Psychiatrie ihrer Erfahrung nach „viel Gewalt und Zwang und Psychopharmaka“ (Z. 324) angewendet würden. Des Weiteren fühle sie sich durch die Behandler auch nicht gut aufgeklärt, diese hätten ihr keine Auskunft erteilt, mit welchen Medikamenten sie behandelt worden sei.

Die Behandler hätten sogar eine richterliche Anordnung missachtet und sie trotz dieser nicht aus der geschlossenen Station entlassen, erst nach wiederholtem Insistieren sei sie entlassen worden. Sie berichtet immer wieder davon „festgehalten“ (Z. 22, Z. 23, Z. 139, Z. 140), „eingesperrt“ (Z. 137, Z. 186) und ihrer Freiheit beraubt (Z. 25) worden zu sein. Auf der geschlossenen Station sei sie außerdem „unter Drogen gesetzt“ (Z. 298) worden. Die angewendete Behandlung sei „eskalierend“ (Z. 257) gewesen. Die Klinik habe sie daran gehindert, ihren Verantwortlichkeiten nachzukommen, ihr aber nicht dabei geholfen, sich um die Erfüllung der Verantwortlichkeiten zu kümmern.

Ihre bisherigen Aufenthalte habe sie als „sehr unangenehm erlebt“ (Z. 243/244). Das Pflegepersonal sei ihr gegenüber aggressiv gewesen.

Der Sozialdienst habe ihr, durch Vorenthalten von Informationen über die Möglichkeit einer Berufsunfähigkeitsrente, sehr geschadet.

„Es hat mich sehr gestresst, die Kraft hätte ich eigentlich für meine eigene Heilung gebraucht, die ich dafür aufgewendet habe“ (Z. 143/144).

Positive Erfahrungen in Zusammenhang mit psychiatrischen Aufenthalten

An positiven Erfahrungen berichtet die Teilnehmerin, dass sich teilweise Veränderungen in ihrem Sinne zeigen würden. So habe sie bereits auf einer Station die Erfahrung machen können, dass auf sie eingegangen und die Küche zugänglich gemacht worden sei. Auch habe das Engagement der Selbsthilfeorganisation schon zu Erfolgen geführt. So könne man mittlerweile telefonieren, seine eigene Kleidung anziehen und Schreibutensilien erhalten.

„Wir haben ja auch schon einiges erreicht ... so manches haben wir ja so schon bewirkt“ (Z. 328-331).

4.3.7.5.2 Erfahrungen in Zusammenhang mit dem Dokument zur Vorausplanung

Mit ihrem Dokument zur Vorausplanung habe die Teilnehmerin negative Erfahrungen gemacht. Sie habe erleben müssen, dass ihre Behandlungswünsche „nicht beachtet“ (Z. 180) worden seien.

Viele ihrer Wünsche seien aufgrund der Gegebenheiten in der Psychiatrie nicht umsetzbar gewesen. Als Beispiele werden angeführt, dass ihr Wunsch nach frischer Luft wegen der Art der Fenster nicht umsetzbar gewesen sei, dass es aufgrund der baulichen Gegebenheiten keinen Rückzugsort gegeben habe und pflanzliche Mittel nicht zur Verfügung stünden. Die Behandler seien in ihrem Handeln sehr festgelegt und würden nicht davon abweichen, um ihre Bedürfnisse zu erfüllen.

Einige Punkte seien zwar beachtet worden, so habe sie die Medikamente, die sie ablehne, nicht bekommen und auch weder Elektrokrampftherapie noch Tropfen. Ob dies aufgrund der Behandlungsvereinbarung geschehen sei, könne sie allerdings nicht sagen.

Negative Erfahrungen habe sie mit dem Einsatz ihrer Vertrauenspersonen gemacht, diese seien „alle nicht erreichbar“ (Z. 237/238) gewesen. Auch werden Zweifel geäußert, ob die Behandler überhaupt versucht hätten, die Vertrauenspersonen zu erreichen.

Die Teilnehmerin erläutert, dass ihr Dokument bei einem späteren stationären Aufenthalt nicht zur Vorlage gekommen sei. Die Behandler hätten behauptet, dass sie das Dokument nicht hätten, obwohl ihr zuvor mündlich zugesichert worden sei, dass eine Kopie in der Aufnahme liege. Sie habe darauf bestanden, dass das Dokument beachtet werde, doch dies sei nicht geschehen. Das Dokument sei in der Notaufnahme gelegen, von wo es nicht auf die Station gebracht werden konnte, da das Pflegepersonal die Station nicht habe verlassen können. Die Teilnehmerin bezeichnet das Dokument deshalb als „toten Hund“ (Z. 388).

Insgesamt habe es ihr geschadet, das Dokument zu verfassen, da sie sich aufgeregt habe, dass es in der Krise nicht vorlag und da sie sehr viel Energie dafür verschwendet habe, es zu erstellen. Sie berichtet, diese Erfahrung sei enttäuschend gewesen. Das Formular sei zwar an sich „nicht das schlechteste“ (Z. 313), aber die Behandler hätten kein Interesse daran gezeigt, es zu beachten.

„Die Energie, die ich da reinstecke und dieses Nichts, was da rauskommt, oder eigentlich, das war eher Schaden, was rausgekommen ist, für mich“ (Z. 363/364).

„Diese Enttäuschung und die Kränkung, dadurch dass sie mich erst dieses ganze Ding, was viel Arbeit macht und was, wo man viel von seiner Persönlichkeit offenbaren muss, an alle möglichen Leute und dann auch noch aufschreiben und dann ist es umsonst und die Energie, die ich reingesteckt habe, ist umsonst, da habe ich mich so aufgeregt, dass das mein Zustand verschlechtert hat und die dann wieder berechtigt hat, ja mich einzusperren, oder ... was weiß ich von mir zu verlangen, irgendwas zu schlucken, was ... quasi auch das Leben so arg einschränkt“ (Z. 389-394).

„Wenn ich mich auf ... meine Wahrnehmungen und meine Gefühle nicht verlassen kann und dann kann ich mich darauf auch nicht verlassen, dann schwimmt einem alles weg ... es passt gut zur Krise dann“ (Z. 516-518).

4.3.7.6 Zukunftsvorstellungen

Die Teilnehmerin will zukünftig einen erneuten Klinikaufenthalt in der Psychiatrie vermeiden. Bezüglich ihrer Vorausplanung überlege sie, das Psychiatrische Testament fertigzustellen.

„Ob ich das jetzt vorher schon hatte, weiß ich nicht, aber ich habe jetzt auf jeden Fall den festen Vorsatz, da nicht mehr reinzukommen, also Klinik ist keine Option für mich“ (Z. 523/524).

4.3.7.7 Einstellung gegenüber der Psychiatrie

Vertrauensverlust

Ein Vertrauensverlust wird deutlich erkennbar, wenn die Teilnehmerin von ihren Erfahrungen mit dem Dokument berichtet. Sie sei „hinters Licht geführt“ (Z. 192, Z. 383) und „angelogen“ (Z. 384) worden. Sie habe sich durch das Dokument „relativ geschützt gefühlt“ (Z. 382) und sei dann enttäuscht worden. Sie beschreibt mit eigenen Worten eine „Enttäuschung“ und „Kränkung“ (Z. 389). Sie unterstellt den Behandlern, wider besseren Wissens die im Dokument festgehaltenen Vereinbarungen getroffen zu haben. Sie hat kein Vertrauen mehr, dass ihr von diesen Behandlern geholfen wird. Die Behandler seien festgefahren in ihrem Handeln und würden ihre individuellen Bedürfnisse nicht berücksichtigen.

Die Teilnehmerin ist darauf bedacht, sich selbst zu schützen. Ihr ursprüngliches Vertrauen darauf, gemeinsam mit der Klinik Lösungen zu erarbeiten, ist erschüttert worden. Den Behandlern werden negative Attribute zugeschrieben. Es wird zwar nicht allen in gleichem Maße misstraut, aber allgemein zeigt sie zum Zeitpunkt des Interviews eine ablehnende und misstrauische Haltung gegenüber der Psychiatrie.

Sie fühlt sich getäuscht und äußert, wütend gewesen zu sein. Sie versuche daher, eine Behandlung in der Klinik zu vermeiden und behandle sich zu Hause selbst. Nicht mal zu Besuchen würde sie noch in die Klinik gehen. Sie nehme den Behandlern „richtig übel“ (Z. 293), dass sie sich nicht um ihre Angelegenheiten gekümmert hätten. Die Klinik würde ihr nicht helfen in der Krankheit, sondern sie sogar noch weiter in die Krankheit „reintreiben“ (Z. 125). Reue und Bedauern, die Behandlungsvereinbarung erstellt zu haben, ist erkennbar, wenn die Teilnehmerin äußert „ich würde das nicht mehr machen“ (Z. 364/365).

Den Ärzten schreibt die Teilnehmerin zu, kein Verständnis für sie zu haben, irrational zu handeln und unflexibel zu sein, dem Pflegepersonal wirft sie vor, nachlässig zu sein und vorsätzlich falsche Angaben zu machen. Ihre Haltung den Behandlern gegenüber ist sehr vorwurfsvoll, diese hätten sogar „ihre Existenz gefährdet“ (Z. 25). Von den Behandlern erwartet sie keine Hilfe mehr. Die Teilnehmerin lehnt eine zukünftige Behandlung in der Klinik ab, lieber wolle sie eine Krise „zu Hause abhandeln“ (Z. 124), da die Klinik sie „noch sehr viel weiter in die Krankheit reintreibt“ (Z. 125).

„Jedenfalls habe ich mich darauf verlassen und sie haben es nicht ... gegen ihr Wort und das hat mich dann noch mehr aufgeregt, also da war ich sehr enttäuscht, das war nicht schön“ (Z. 176-178).

„Die konnten sich das leisten, die mit dem Fuß weg zu kicken“ (Z. 360).

„Ja und deswegen ist das ganze Ding, wenn es niemand umsetzt, wenn sich niemand darum kümmert, kann man es sowieso vergessen – die Klinik hat ja offensichtlich kein Interesse daran und die Vertrauenspersonen waren nicht erreichbar“ (Z. 240-242).

„Wenn ich in der Klinik bin, machen die ja eh was sie wollen“ (Z. 492).

4.3.7.8 Übergeordnete Ziele der schriftlichen Vorausplanung

Vorsorge, Beachtung der Behandlungswünsche in der Zukunft

Mit der schriftlichen Vorausplanung verfolgt die Teilnehmerin das übergeordnete Ziel, dass ihre Behandlungswünsche auch in der Zukunft beachtet werden, wenn sie aufgrund ihrer Erkrankung nicht für sich selbst sprechen kann oder wenn sie aufgrund ihrer Erkrankung nicht ernst genommen wird.

„Wenn man noch nie in der Klinik war als Patient, kann man reinkommen, wenn man schon mal drin war erst recht und wenn man schon öfter drin war, kann man sich fast sicher sein, dass man nochmal drin landet und eine Versicherung gegen Psychiatrie kann man nicht abschließen, aber man kann ja bisschen vorsorgen, unter Umständen“ (Z. 336-339).

Juristische Einklagbarkeit/ Absicherung

Die Teilnehmerin will sich durch das Psychiatrische Testament, dessen Erstellung sie plant, auch juristisch absichern. Sie wolle das geplante, einseitige Dokument „dann eventuell auch mit Anwalt durchsetzen lassen“ (Z. 362/363). An ihrem bereits vorhandenen Dokument, der Behandlungsvereinbarung, kritisiert sie, dass diese nicht juristisch einklagbar sei.

Ernst genommen werden

Für die Teilnehmerin ist es wichtig, von den Behandlern in der Krisensituation ernstgenommen zu werden. Wenn sie sich ernst genommen fühle, beruhige sie das und sie könne sich „selber sortieren“ (Z. 111).

Schutz, Beruhigung und Deeskalation in der Krise durch adäquate Behandlung

Eine adäquate Behandlung ist für die Teilnehmerin eine individuell angemessene Behandlung, die für sie darin besteht, dass Schutzmaßnahmen zur Anwendung kommen und Gespräche geführt werden, in denen sie sich ernst genommen fühlt. Schutz benötigt sie in der Krise zum einen vor der krankheitsbedingt erlebten Reizüberflutung und vor den Folgen ihres Verhaltens in der Krankheit, andererseits aber auch vor von Behandlern oder Mitpatienten ausgehender Gewalt.

Die Vorausplanung wird dazu genutzt, bestimmten Behandlungsmaßnahmen im Vorhinein zuzustimmen, genauer gesagt bestimmten Medikamenten, mit denen gute Erfahrungen gemacht wurden. Positiv formuliert, möchte die Teilnehmerin in der Krise die Behandlung bekommen, von der sie sich den größten Nutzen in Bezug auf eine Beruhigung und auf die Besserung der Symptome verspricht, unter Inkaufnahme der geringsten Schadenspotentiale.

Man könnte das Ziel auch nennen, auf dem Weg zur Besserung ihrer Symptomatik eine adäquate Behandlung zu bekommen: „Eine individuell angemessene Behandlung, das ist an sich, schon das Ziel auch von mir gewesen“ (Z. 8/9).

„[...] das ist an sich das Ziel auch von mir gewesen, dass ich auch dem Pflegepersonal oder den Ärzten an die Hand gebe, was, wie können Sie mit mir umgehen in der Krise, damit die Situation nicht eskaliert, sondern deeskaliert, damit auch Gewaltanwendungen vermieden werden kann“ (Z. 8-11).

Vermeidung von Leid unter inadäquater Behandlung

Die Teilnehmerin will durch ihre Vorausplanung erreichen, dass subjektives Leid verhindert wird. Leid bedeutet für sie, Gewalt zu erfahren und sich nicht sicher zu fühlen. Ihr Ziel ist es, Gewalterfahrungen in der Zukunft zu vermeiden, die Anwendung von Gewalt stellt für sie eine inadäquate Behandlung dar: „Man will nicht wieder in die Situation kommen, die man schon erlebt hat“ (Z. 339/340).

Verbesserung der Gegebenheiten, Einflussnehmen auf zukünftige Entwicklung

Die Teilnehmerin spricht davon, dass sie gehofft habe, im Gespräch mit der Klinik durch gegenseitige Vertrauensbildung „Verbesserungen in der Behandlung“ (Z. 328) erreichen zu können. Ihr Ziel sei auch gewesen, Einfluss auf die Behandlung zu nehmen und schrittweise Veränderungen im Stationsalltag herbeizuführen. Dazu wolle sie ihre Erfahrungen „einbringen“ (Z. 340).

Verbesserung des Umganges miteinander durch gegenseitige Vertrauensbildung

Die Teilnehmerin habe ihr Dokument dazu nutzen wollen, der Klinik und sich selbst zu helfen. Die Behandlungsvereinbarung und das Gespräch darüber habe zur „gegenseitigen Vertrauensbildung“ (Z. 7/8) führen sollen.

4.3.7.9 Funktion des Dokumentes

Die Behandlungsvereinbarung liest sich wie eine Art Pflegeanweisung mit Hinweisen zur individuell angemessenen Behandlung. Die Maßnahmen, die sie für ihren Schutz geplant hat, sollen ihren Vorstellungen entsprechend umgesetzt werden, allerdings wird von ihr gleichzeitig eingeräumt, dass die Umsetzung nicht in jedem Fall möglich sei. Das Testament entspricht einer genauen Handlungsanweisung, von der nicht abgewichen werden darf und in welcher Maßnahmen auch gezielt und ausdrücklich untersagt werden.

4.3.7.10 Framework und Appell

Zu unterscheiden ist im Fall dieser Teilnehmerin, die Funktion der ursprünglich erstellten Behandlungsvereinbarung und die des aktuell geplanten psychiatrischen Testamentes.

In der ursprünglichen Behandlungsvereinbarung gab es noch Anteile eines *Misch-Typs*, es wurde mehr Wert auf Gespräche und vertrauensbildende Maßnahmen gelegt. Aktuell zeigt sich eine Entwicklung hin zur strikten Befolgung der vorausverfügten Behandlungsentscheidungen, die ggf. auch rechtlich erzwungen werden soll. Die Vorausplanung durch das Psychiatrische Testament soll zukünftig nach dem Konzept des *Frameworks Irrevocable Decision* angewendet werden, mit dem Appell <<Follow my plan!>>.

4.3.7.11 Zusammenfassung

Tabelle 34: Zusammenfassung Fall 7. (Besonders wichtige Elemente sind unterstrichen.)

| | <u>Fall 7</u> |
|--|---|
| Attribute des Teilnehmers | <ul style="list-style-type: none"> • Alter: 56 Jahre • Geschlecht: weiblich • Diagnose: Bipolare Erkrankung und Depression • Anzahl stationär-psychiatrischer Aufenthalte: 3 |
| Dokumente | <ul style="list-style-type: none"> • Dokumente mit Behandlungswünschen: <ul style="list-style-type: none"> ○ Behandlungsvereinbarung ○ <u>Psychiatrisches Testament in Arbeit</u> • Dokument zur Bestimmung eines Stellvertreters: <ul style="list-style-type: none"> ○ Vollmacht |
| Behandlungswünsche in der Krise | <ul style="list-style-type: none"> • Medikamente und Zwang <ul style="list-style-type: none"> ○ <u>Ablehnung bestimmter Medikation</u> ○ Zustimmung zu bestimmter Medikation in bestimmter Dosis ○ Festlegung einer Rangfolge: <ul style="list-style-type: none"> ▪ <u>Deeskalationsmaßnahmen vor Zwangsanwendung</u> ▪ <u>Ablehnung freiheitsentziehender Maßnahmen</u> ▪ <u>Strikte Ablehnung von Zwangsmedikation</u> • Sonstige Wünsche <ul style="list-style-type: none"> ○ Ablehnung von EKT ○ Festlegung des „Settings“ |
| Rolle der Vertrauenspersonen | <ul style="list-style-type: none"> • Beruhigung und Begleitung in der Krise • „Aufpasser“ • Weitere Aufgaben: Organisatorisches, Finanzen, Begrenzungen |
| Übergeordnete Ziele | <ul style="list-style-type: none"> • Vermeidung einer Behandlung in der Klinik • Schutz vor Leid unter inadäquater Behandlung • Beruhigung in der Krise und Deeskalation durch adäquate Behandlung • Juristische Absicherung |
| Einstellung | <ul style="list-style-type: none"> • Misstrauen, Vertrauensverlust, ablehnende Haltung |
| Appell | <ul style="list-style-type: none"> • <<Follow my plan!>> |
| Funktion des Dokumentes | <ul style="list-style-type: none"> • Handlungsanweisung |
| Framework | <ul style="list-style-type: none"> • <u>Irrevocable Decision</u> |

4.3.8 Fallbericht Teilnehmer Nr. 8

4.3.8.1 Initiative

Die Teilnehmerin berichtet im Interview, ihr Dokument nach einem längeren stationären Aufenthalt auf eigene Initiative erstellt zu haben. Sie sei in einer Selbsthilfeorganisation aktiv, die über die Erstellung von Vorausplanungen informiere.

4.3.8.2 Dokumente

Bei den Schriftstücken, denen die Teilnehmerin Bedeutung für die Vorausplanung beimisst, handele es sich um eine Patientenverfügung und um einen Behandlungsvertrag. Beide könne sie nicht vorlegen. Die Patientenverfügung sei nicht auffindbar und die Behandlungsvereinbarung liege in der Klinik, mit der sie geschlossen wurde. Eine Übersicht über die Dokumente der Teilnehmerin zeigt Tabelle 35.

Tabelle 35: Dokumente des 8. Teilnehmers

| Dokumente zur Bestimmung eines Stellvertreters | Dokumente zur Übermittlung von Behandlungswünschen | Gesamtzahl der Dokumente zur Vorausplanung |
|---|---|---|
| <ul style="list-style-type: none">• Vollmacht in PV enthalten | <ul style="list-style-type: none">• Behandlungsvereinbarung (liegt in Klinik)• Patientenverfügung mit Vollmacht (nicht auffindbar) | <ul style="list-style-type: none">• 2 |

Patientenverfügung mit Vollmacht

Die Teilnehmerin berichtet „über das Internet und über den Selbsthilfeverein“ auf das 2-seitige Formular gestoßen zu sein, das sie für ihre Patientenverfügung benutzt habe. Sie habe, vor dem Hintergrund ihrer Erlebnisse, auf eigene Initiative im Internet recherchiert und nach Selbsthilfegruppen gesucht, mit dem Ziel eine Vorausplanung zu erstellen. Das Formular habe sie heruntergeladen, ausgefüllt und gesichert. Ursprünglich habe sie das Dokument sowohl als Papierversion, als auch digital auf dem PC gehabt, außerdem habe sie es zusätzlich in einem Register eintragen lassen. Zu dem Register habe sie allerdings keinen Zugang mehr, da sie das Passwort nicht mehr wisse, das Papierdokument sei nicht mehr auffindbar und auch den PC, auf dem das Dokument gespeichert gewesen sei, gebe es nicht mehr. Da kein Behandler von ihrer Patientenverfügung wisse und die alte Version nicht auffindbar sei, plane sie eine neue Version ihres Dokumentes zu erstellen und dieses zukünftig besser auffindbar aufzubewahren. Sie plane allerdings, keine Veränderungen im Vergleich zur alten Version vorzunehmen.

Sie beschreibt das Dokument als ein Dokument, das aus Abschnitten mit Behandlungswünschen und Vollmachten bestanden habe.

Die in dem Teil, der sich auf die Vollmachten bezieht, zu benennenden Personen, seien nummeriert gewesen und ihnen seien Zuständigkeiten in unterschiedlichen Bereichen verliehen worden. Die erste Person sei zuständig gewesen für die Bereiche „Aufenthaltort“ (Z. 115) und „Zwangmaßnahme“ (ebd.). Die zweite Person – ihr Partner – sei unter anderem für „Ämter und Finanzen“ (Z. 116) zuständig gewesen. Die dritte Person – ihr Kind – sei ihrem Partner gegenüber in den Vollmachten nicht gleichberechtigt gewesen, aber die beiden seien verpflichtet gewesen, sich untereinander zu besprechen und gemeinsam zu entscheiden. Dies habe sie so festgelegt, damit ihr Partner „nicht das Gefühl hat, er hat alleine irgendwas entschieden“ (Z. 119/120), sondern dass noch eine weitere Person beteiligt sei. Die Aufgabenteilung sei in dem Formular vorgeschlagen worden, was sie praktisch gefunden habe.

Das Formular habe Bemerkungsfelder enthalten und Vorschläge zu den unterschiedlichen Bereichen gegeben, was man hineinschreiben könnte. Dies habe sie als hilfreich empfunden, da sie an viele Dinge von selbst nicht gedacht habe.

Auf dem Formular seien der Name des Verfassers und direkt darunter der Name der eingesetzten Person einzutragen gewesen.

„Dann habe ich gedacht, sowas passiert mir im Leben nicht nochmal, ich muss jetzt ... irgendwas absetzen und irgendwen finden, der das dann auch umsetzt“ (Z. 78-80).

Behandlungsvereinbarung

Von der Behandlungsvereinbarung berichtet die Teilnehmerin erst auf Nachfrage. Diese sei mit einer psychiatrischen Institutsambulanz in der Nähe ihres Wohnortes abgeschlossen worden, dort werde sie in ihrer Akte aufbewahrt. Eine Kopie habe sie nicht, da sie das Dokument dort einsehen könne und sie es zum Zeitpunkt der Verfassung „nicht so mit dem Dokumentieren“ (Z. 731) gehabt habe.

Ursprünglich habe sie die Behandlungsvereinbarung mit dem Klinikum schließen wollen, da dessen Ambulanz aber näher liege, habe sie diese dort abgeschlossen. Die Behandlungsvereinbarung diene dazu, den diensthabenden Arzt über ihre Medikation zu informieren, falls sie diesem nicht bekannt sei und er keinen Zugang zu ihrer Akte habe. Die Teilnehmerin habe inhaltlich diesbezüglich Medikamente ausgeschlossen. Ursprünglich habe sie außerdem das Ziel gehabt, eine Aufnahme auf eine geschlossene Station auszuschließen, was jedoch von den Vereinbarungspartnern nicht akzeptiert worden sei. Nach Verhandlung sei der Kompromiss in das Dokument aufgenommen worden, dass die Behandler sie im Gespräch von der Aufnahme auf eine offene Station überzeugen müssten, so dass sie dieser freiwillig zustimme. Die Aufnahme solle dann keinesfalls auf eine geschlossene Station und nicht gegen ihren Willen erfolgen. Bei diesem Gespräch müsse zudem ihr Mann miteinbezogen werden. Die Teilnehmerin spricht von diesem Kompromiss abwertend als „Kuhhandel“ (Z. 700).

4.3.8.3 Rolle der Vertrauenspersonen

Als mit Vollmachten ausgestattete Vertrauenspersonen nennt die Teilnehmerin ein Geschwisterteil, ihren Ehepartner und ihr ältestes Kind. Sie wolle die Aufgaben auf jeden Fall verteilen, damit nicht einer alleine die ganze Arbeit und Verantwortung habe. Für Entscheidungen über lebenserhaltende Maßnahmen und Entscheidungen im Bereich Psychiatrie, wolle sie die gleichen Vertrauenspersonen festlegen, da dies diejenigen seien, die ihr am nächsten stünden.

Auch in der neuen Patientenverfügung plane die Teilnehmerin, Prioritäten bezüglich einer Betreuung zu setzen und die Aufgaben unter ihren Vertrauenspersonen zu verteilen.

4.3.8.3.1 Auswahl der Vertrauenspersonen

Die Auswahl ihres Ehepartners als Vertrauensperson scheint nur aufgrund der Beziehung zu ihm erfolgt zu sein, er habe von der Patientenverfügung zunächst „überhaupt nichts wissen“ (Z. 141/142) wollen und wird als eher zurückhaltend beschrieben. Auch ihrem Kind habe sie zum Zeitpunkt des Verfassens der Patientenverfügung nicht zugetraut, ihren Wunsch, nicht „eingesperrt“ (Z. 89) zu werden, durchzusetzen, da dieses damals noch zu jung gewesen sei.

Ihr Geschwister wird dagegen als durchsetzungsfähig und vertraut im Umgang mit Vorausplanungen beschrieben. Die Teilnehmerin habe es ausgewählt, da es im medizinischen Bereich arbeite und sie ihm vertraue, „eine tragfähige Entscheidung“ zu treffen.

4.3.8.3.2 Aufgaben der Vertrauenspersonen

Ihr Geschwisterteil sei alleine zuständig, um „über den Aufenthaltsort“ (Z. 103) und eine Unterbringung auf einer geschlossenen Station bzw. die Beendigung einer solchen, zu entscheiden. Das sei der Aufgabenbereich, für welchen es alleine zuständig sei. In anderen Aufgabenbereichen müsse zu dritt entschieden werden. In den Bereichen „Geschäfte“ (Z. 118) und „Post und Behördengänge“ (ebd.) spielten vor allem ihr Ehepartner und ihr Kind eine Rolle, wobei ihr Ehepartner der Hauptverantwortliche sei.

Durchsetzung ihres Willens gegenüber den Behandlern

Den Vertrauenspersonen der Teilnehmerin komme hauptsächlich die Aufgabe zu, ihren Willen gegenüber den Behandlern durchzusetzen und als Stellvertreter zu fungieren.

Verhinderung von geschlossener Unterbringung und Zwangsbehandlung

Durchzusetzen, dass sie auf keinen Fall „eingesperrt“ (Z. 89) und eine Zwangsbehandlung verhindert werde, ist der Teilnehmerin betont wichtig. Jemanden zu finden, der das durchsetzen könne, sei schwierig. Sie wisse nicht wirklich jemanden, der „sich dagegen auflehnt“, „aufmischt und droht“ (Z. 517/518). Jedoch vertraue sie am ehesten ihrem Geschwister zu, sie „rauszuholen“ (Z. 93).

Gesetzliche Betreuung

Die Teilnehmerin äußert sich kritisch, dass eine vom Gericht angeordnete Betreuung schwierig wiederaufzuheben sei. Berufsbetreuern stehe sie skeptisch gegenüber. Sie habe daher selbst einen „Bevollmächtigten“ (Z. 175) benannt, der „einspringen“ (ebd.) könne, wenn eine Betreuung von Gerichtswegen angeordnet werde.

Klinikeinweisung in Krisensituationen

Die Teilnehmerin erläutert im Interview, dass sie ihrem Ehepartner den Handlungsauftrag erteilt habe, sie in Krisensituationen in die Klinik zu bringen.

Er sei in früheren Krisen hilflos und unsicher gewesen und habe sich „nicht getraut ... irgendwas zu unternehmen“ (Z. 327), was dazu geführt habe, ihm explizit diesen Handlungsauftrag zu erteilen. Dieser dürfe allerdings „nicht mit Gewalt“ (Z. 333) umgesetzt werden und keinesfalls zu einer geschlossenen Unterbringung oder zu Zwangsmaßnahmen führen. Diese Einschränkung wird von ihr besonders betont.

Dieser Handlungsauftrag sei in der Patientenverfügung allerdings nicht aufgeschrieben, sondern nur mündlich vereinbart worden.

4.3.8.4 Behandlungswünsche

Die Teilnehmerin bringt Wünsche für den Umgang mit ihr, für den Fall einer weiteren psychischen Krise, zum Ausdruck. Auf die genaue Formulierung ihrer Behandlungswünsche sei sie durch die vorformulierten Anmerkungen in der Patientenverfügung hingewiesen worden.

4.3.8.4.1 Behandlung mit Medikamenten

Die Teilnehmerin erwähnt im Interview keine ausdrückliche Zustimmung zu bestimmtem Medikamenten in ihrem Dokument. Jedoch schließt sie auch nicht alle Medikamente generell aus, sondern nennt bestimmte Medikamente, die nicht verabreicht werden sollen. Des Weiteren schließt sie eine Zwangsmedikation aus. Es ist fraglich, ob die Teilnehmerin bereit wäre, ihre Zustimmung zu einem Gespräch während der Krisensituation zu geben, in dem ein Konsens bezüglich der Medikamenteneinnahme gefunden werden könnte.

Ablehnung bestimmter Medikation

Die Teilnehmerin bringt zum Ausdruck, dass sie drei bestimmte Psychopharmaka nicht erhalten will. Sie erläutert im Interview in Bezug auf diese Medikation, dass es ihr „schon mal richtig schlecht mit dem Dreck“ (Z. 321/322) gegangen sei. Sie gibt an, dass sie „diese alten Neuroleptika“ (Z. 320) nicht nehmen wolle. Später schränkt sie ein, mit zwei der drei genannten Neuroleptika noch keine Erfahrungen gemacht zu haben, sondern nur mit einem. Durch dieses eine sei sie fast „gestorben“ (Z. 352). Diese Erfahrung sei „eine Katastrophe“ (Z. 354) gewesen. Sie habe unter starken Nebenwirkungen – Rigor, Schluckkrämpfe, Blick nicht steuern können – gelitten und daher beschlossen, das Medikament nicht mehr einzunehmen. Sie betont wiederholt, bei Fehlen von Alternativen lieber gar keine Medikamente zu nehmen, als dieses Medikament. Dies gelte, obwohl es schwer sei, die Symptome auszuhalten.

Alternative Medikamente hätten bei ihr in der Vergangenheit nicht die erhoffte Wirkung gezeigt. Sie hätten die Symptomatik nicht „eingedämmt“ (Z. 401) und „praktisch gar keinen Nutzen“ (Z. 402) gehabt. Als Nebenwirkungen nennt sie das Gefühl „ferngesteuert“ (Z. 396) zu sein und sich durch den Verlust von Gestik und Mimik nicht nonverbal ausdrücken zu können.

„Den Mist nehme ich nicht mehr, auch wenn es nichts anderes gibt, dann nehme ich gar nichts, ... da lebe ich lieber damit, bevor dass ich rumlaufe wie ein Zombie“ (Z. 391-393).

Ablehnung von Zwangsmedikation

Eine Zwangsmedikation gegen ihren Willen, egal mit welchem Medikament, schließe die Teilnehmerin aus.

4.3.8.4.2 Freiheitsentziehende Maßnahmen

Die Teilnehmerin äußert sich zu freiheitsentziehenden Maßnahmen, die in vorangegangenen Krisensituationen bereits zum Einsatz gekommen sind und die sie zukünftig ablehnt.

Ablehnung einer geschlossenen Unterbringung

Die Teilnehmerin bringt mehrmals zum Ausdruck, dass sie eine Unterbringung auf einer geschlossenen Station ablehnt. Sie beschreibt die Erfahrung als „Freiheitsberaubung“ (Z. 522, Z. 543), einhergehend mit dem Gefühl „eingesperrt“ zu sein (Z. 89, Z. 578). Vor einer erneuten, geschlossenen Unterbringung habe sie Angst und äußert, mit einer Anzeige drohen zu wollen, um diese zu verhindern. Außerdem beschreibt sie die Erfahrung einer „Nötigung“ (Z. 529, Z. 543) hinsichtlich einer Freiwilligkeitserklärung zur Zustimmung einer geschlossenen Unterbringung. Diese Freiwilligkeit habe nicht wirklich bestanden und wird von ihr als „Pseudofreiwilligkeit“ (Z. 527) betitelt.

4.3.8.4.3 Umgang mit Zwangsmaßnahmen

Die Teilnehmerin gibt im Interview wiederholt an, die Anwendung von Zwangsmaßnahmen allgemein abzulehnen. In ihrer Patientenverfügung habe sie „alle Zwangsmaßnahmen ausgeschlossen“ (Z. 422), da sie alles ausschließe, was gegen ihren Willen sei. Sie selbst nennt die Maßnahmen mechanische Fixierung und Zwangsmedikation als Beispiele. Ihr Ehemann dürfe die Anwendung von „Zwangsmaßnahmen nicht zulassen“ (Z. 605).

In dem verwendeten Formular seien Vorschläge gemacht worden, die sie aufgegriffen habe. Auf die Erwähnung aller Einzelmaßnahmen sei sie alleine nicht gekommen. Den Vorschlägen folgend, habe sie explizit Maßnahmen gegen ihren Willen ausgeschlossen, wie Fixierung, Isolierung und medikamentöse Behandlung. Sie wolle in der Krise, dass Menschen auf Distanz blieben und sie nicht anfassten.

4.3.8.4.4 Sonstige Wünsche

Die Teilnehmerin macht keine Angaben zu sonstigen Wünschen.

4.3.8.5 Bisherige Erfahrungen

4.3.8.5.1 Erfahrungen in Zusammenhang mit psychiatrischen Aufenthalten

Negative Erfahrungen in Zusammenhang mit psychiatrischen Aufenthalten

Die Teilnehmerin berichtet von verschiedenen, negativ bewerteten Aspekten in Zusammenhang mit vorherigen psychiatrischen Aufenthalten.

Negative Erfahrung mit geschlossener Unterbringung

Eine geschlossene Unterbringung habe die Teilnehmerin erlebt, diese bewertet sie als negativ. Jedoch berichtet sie auch von einer gegenteiligen Erfahrung, in der sie sich oft habe versichern müssen, dass die Station geschlossen sei, da sie Angst gehabt hätte, jemand könne hereinkommen.

Erfahrung von Demütigung

Die Teilnehmerin habe sich nicht von Eigengefährdung distanzieren können und sei deshalb „aus Sicherheitsgründen“ (Z. 27) auf die geschlossene Station gekommen. Da sie davor schon viele Medikamente genommen habe, hätte sie sich nicht mehr dagegen wehren können „oder auch nicht gewusst, dass ich mich vielleicht wehren muss“ (Z. 28/29). Auf der geschlossenen Station sei es „richtig schlimm“ (Z. 32) gewesen. Ihr „Kampfgeist“ (Z. 33) sei „reaktiviert“ (Z. 34) worden und sie habe sich gegen die Unterbringung aufgelehnt und die Medikamente verweigert. Fixiert worden sei sie zwar nicht, aber ihr sei „wirklich alles abgenommen“ (Z. 36) worden, was „wirklich demütigend“ (Z. 37) gewesen sei. Um von der Station zu kommen, habe sie zur Unterstützung ihren Mann und eine ihr bekannte Stationsleitung angerufen, was nicht geholfen habe. Das Personal habe sie schlecht behandelt. Da sie absprachefähig gewesen sei, hätte sie schließlich erreichen können „nicht mehr eingeschlossen“ (Z. 50) zu werden, dafür habe sie aber viel an Medikation nehmen müssen.

Negative Erfahrung mit Medikamenten

An negativen Erfahrungen werden Medikamentennebenwirkungen des genannten Neuroleptikums erwähnt und das dadurch ausgelösten Gefühl, ihre „letzte Stunde“ (Z. 354) habe geschlagen. Die Teilnehmerin habe die Nebenwirkungen „überhaupt nicht mehr [...] ertragen“ (Z. 356/357). Sie schildert eine lange Diskussion darüber, dass sie das Medikament aufgrund der Nebenwirkungen nicht mehr haben wollen. Außerdem beschreibt sie, sich wie ein Versuchsobjekt gefühlt zu haben, an dem vieles ausprobiert worden sei – wovon aber nichts genützt habe.

Positive Erfahrung in Zusammenhang mit psychiatrischen Aufenthalten

Vor dem geschlossenen Aufenthalt sei sie auf einer anderen Station behandelt worden, dort sei man gut mit ihr umgegangen. Auch von einem hilfreichen ambulanten Termin berichtet sie.

4.3.8.5.2 Erfahrungen in Zusammenhang mit dem Dokument zur Vorausplanung

Da das Dokument bisher noch nicht zum Einsatz gekommen zu sein scheint, können keine Aussagen zu Erfahrungen in Zusammenhang mit der Vorausplanung getroffen werden.

4.3.8.6 Zukunftsvorstellungen

Die Teilnehmerin engagiere sich dafür, in der Zukunft Zwang abzuschaffen. Außerdem plane sie, ein neues Dokument zu erstellen, wobei sie sich wünsche, so lange wie möglich nicht in Behandlung zu kommen. Für die Zukunft wird eine Stärkung der Patientenrechte – und damit auch ihrer Rechte – erwartet.

4.3.8.7 Einstellung gegenüber der Psychiatrie

Die Teilnehmerin steht der Psychiatrie kritisch gegenüber. Sie stellt das Bestehen der Institution dabei nicht generell in Frage, sondern erkennt deren Notwendigkeit unter bestimmten Umständen an. Sie wolle zwar, soweit es vertretbar sei, nicht in stationäre Behandlung, räumt aber ein, wenn es von ihrem Ehemann als notwendig angesehen würde, zu einer offen-stationären Aufnahme bereit zu sein. Sie sehe dies dann als „Auszeit“ um „neu zu starten“ (Z. 608). Allerdings gelte das nur für eine offene Unterbringung, eine geschlossene Unterbringung empfinde sie als Freiheitsberaubung und lehne diese nachdrücklich ab, genauso wie Zwangsmaßnahmen.

Ihr Vokabular legt nahe, die Auseinandersetzung mit der Psychiatrie als einen Kampf zu betrachten. Über Ärzte spricht sie mit negativ behafteten Worten, bei ihnen scheint sie sich nicht gut aufgehoben zu fühlen. Auch beim Pflegepersonal kritisiert sie Verhaltensweisen, jedoch ist sie in dessen Beurteilung differenzierter. Behandler in der Psychiatrie sieht sie als Gegner, gegen die man sich behaupten muss, um nicht geschlossen untergebracht zu werden.

Insgesamt zeigt die Teilnehmerin eine rebellische Haltung, sie will nicht ausgeliefert sein. Sie reagiert nicht mit Resignation, sondern ist aktiv, um Veränderungen zu erreichen.

„Wenn der Doktoren sagt, das muss aber so, dann heißt das noch lange nicht, dass man das so machen muss“ (Z. 589/590).

„Dann habe ich gesagt, es tut mir schon leid, aber da müsst ihr euch jetzt erbarmen, da müsst ihr euch mit mir hinsetzen und müsst mit mir halt dann über die Medikamente verhandeln“ (Z. 389-391).

4.3.8.8 Übergeordnete Ziele der schriftlichen Vorausplanung

Beachtung der Behandlungswünsche in der Zukunft

Mit der schriftlichen Vorausplanung verfolgt die Teilnehmerin das übergeordnete Ziel, dass ihre Behandlungswünsche auch in der Zukunft beachtet werden, wenn sie ihren Willen aufgrund der Erkrankung nicht äußern oder sich aufgrund der Medikation nicht wehren kann, weil sie keinen Kampfgeist bzw. keinen eigenen Willen mehr hat. Sie könne in der Krise teilweise auch nur noch nonverbal kommunizieren und sich „auch nicht immer gleich ausdrücken“ (Z. 340/341).

„Wir kommunizieren ... wenn es mir schlecht geht, fast ausschließlich nonverbal, weil es mir dann auch schwer fällt, irgendwas zu sagen“ (Z. 580).

Vermeidung von Leid unter inadäquater Behandlung

Das Hauptziel der Teilnehmerin sei, eine geschlossene Unterbringung zu vermeiden. Für sie stellt die geschlossene Unterbringung eine inadäquate Behandlung dar, unter der sie mehr leidet, als dass sie von einer Behandlung profitieren kann. Leid bedeutet dabei vor allem das Gefühl der Demütigung durch die erzwungene Behandlung. Auch eine Medikation mit den abgelehnten Medikamenten stellt für sie eine subjektiv inadäquate Behandlung dar, unter der sie Leid empfindet, im Sinn von Nebenwirkungen und Angst. Eine adäquate Behandlung ist für sie dagegen – unter bestimmten Umständen – die Aufnahme auf eine offene Station.

4.3.8.9 Funktion des Dokumentes

Das Dokument sieht die Teilnehmerin als Grundlage zur Vermeidung von Zwangsmaßnahmen. Es dient dem Zweck der Befolgung ihres vorausverfügt Willens. Bei ihr kommt die Vorausverfügung eher einer Handlungsbeschränkung, als einer Handlungsanweisung gleich, da sie darin vor allem Maßnahmen ablehnt. Es ist für sie aber nichtsdestotrotz eine Anweisung, wie zu handeln und was zu unterlassen ist.

4.3.8.10 Framework und Appell

Die Teilnehmerin zeigt zwar in einigen Punkten Verhandlungsbereitschaft, wie beispielsweise bei der Einnahme von nicht ausgeschlossener Medikation. Jedoch lehnt sie in den meisten Punkten Maßnahmen strikt ab, über die sie auch nicht verhandeln will. Zwar hat sie durch einige Festlegungen in der Behandlungsvereinbarung Kompromisse geschlossen, aber sie fordert die Einhaltung ihrer Patientenverfügung, so wie sie sie festgelegt hat.

Insgesamt entspricht das Anwendungskonzept in ihrem Fall dem *Framework Irrevocable Decision*, wobei es Anteile eines *Misch-Typs* gibt, die aber nicht überwiegen. Der Appell wird formuliert als *<<Follow my will/intention!>>*.

4.3.8.11 Zusammenfassung

Tabelle 36: Zusammenfassung Fall 8. (Besonders wichtige Elemente sind unterstrichen.)

| | <u>Fall 8</u> |
|--|--|
| Attribute des Teilnehmers | <ul style="list-style-type: none"> • Alter: 52 Jahre • Geschlecht: weiblich • Diagnose: Psychose und Depression • Anzahl stationär-psychiatrischer Aufenthalte: 6-7 |
| Dokumente | <ul style="list-style-type: none"> • Dokumente mit Behandlungswünschen <ul style="list-style-type: none"> ○ <u>Patientenverfügung</u> ○ Behandlungsvereinbarung • Dokument zur Bestimmung eines Stellvertreters: <ul style="list-style-type: none"> ○ In Patientenverfügung enthalten |
| Behandlungswünsche in der Krise | <ul style="list-style-type: none"> • Medikamente und Zwang: <ul style="list-style-type: none"> ○ <u>Ablehnung aller Zwangsmaßnahmen, v. a. freiheitsentziehende Maßnahmen</u> ○ Ablehnung bestimmter Medikation |
| Rolle der Vertrauenspersonen | <ul style="list-style-type: none"> • Stellvertreter, die in ihrem Sinne handeln sollen |
| Übergeordnete Ziele | <ul style="list-style-type: none"> • Vermeidung von Zwang • Keine geschlossene Unterbringung • Konsens bezüglich Medikation finden • Durch Gespräche Einwilligung zur stationären Aufnahme erwirken, damit keine Zwangsunterbringung notwendig wird |
| Einstellung | <ul style="list-style-type: none"> • Erkennt nur offene Station als sinnvolle Hilfe an • Kampfgeist/Rebellion/Auflehnung gegen Behandler (v. a. Ärzte) |
| Appell | <ul style="list-style-type: none"> • <<Follow my will/intention!>> |
| Funktion des Dokumentes | <ul style="list-style-type: none"> • Grundlage zur Vermeidung von Zwangsmaßnahmen • Handlungsbeschränkung |
| Framework | <ul style="list-style-type: none"> • <u>Irrevocable Decision</u> |

4.4 Fallkontrastierung

Die Tabelle 37 kontrastiert zwei Fälle und vergleicht sie unter ausgewählten Gesichtspunkten.²⁷

Tabelle 37: Fallvergleich

| | <u>Fall Nr. 1</u> | <u>Fall Nr. 5</u> |
|--|---|--|
| Attribute des Teilnehmers | <ul style="list-style-type: none"> • Alter: 50 Jahre • Geschlecht: männlich • Diagnose: Bipolare Störung & Psychose • Fünf stationär-psychiatrische Aufenthalte | <ul style="list-style-type: none"> • Alter: 44 Jahre • Geschlecht: männlich • Diagnose: Psychose (Schizophrenie) • Fünf stationär-psychiatrische Aufenthalte |
| Dokumente | <ul style="list-style-type: none"> • Dokumente mit Behandlungsanweisungen: <ul style="list-style-type: none"> ○ <u>Behandlungsvereinbarung</u> ○ Krisenpass ○ Patientenverfügung • Dokumente zur Bestimmung eines Stellvertreters: <ul style="list-style-type: none"> ○ Patientenvollmacht ○ Betreuungsverfügung | <ul style="list-style-type: none"> • Dokument mit Behandlungsanweisungen: <ul style="list-style-type: none"> ○ <u>Behandlungsvereinbarung</u> |
| Behandlungswünsche in der Krise | <ul style="list-style-type: none"> • Krisenmedikation & Zwangsmaßnahmen: <ul style="list-style-type: none"> ○ Ablehnung eines bestimmten Neuroleptikums ○ Ablehnung mechanischer Fixierung ○ Einwilligung zu spezifischer Medikation <p>→ Wenn Zwangsmaßnahmen unvermeidbar sind, zieht der Teilnehmer <u>medikamentöse Sedierung der mechanischen Fixierung vor.</u></p> | <ul style="list-style-type: none"> • Krisenmedikation & Zwangsmaßnahmen: <ul style="list-style-type: none"> ○ Einwilligung zu spezifischem Neuroleptikum in spezifischer Dosis und Begrenzung der Dosis wenn die Gabe notwendig ist, um eine gewisse Lebensqualität zu erhalten ○ Bevorzugt Gespräche statt Medikation <p>→ Wenn Zwangsmaßnahmen unvermeidbar sind, zieht der Teilnehmer <u>Isolierung der mechanischer Fixierung vor und diese der medikamentösen Sedierung.</u></p> |
| Rolle der Vertrauensperson | <ul style="list-style-type: none"> • Stellvertreter | <ul style="list-style-type: none"> • Emotionaler Beistand |

²⁷ Die Tabelle wurde im Rahmen der EACME-Konferenz als Posterbeitrag auf Englisch vorgestellt.

| | | |
|---|--|--|
| Ziele | <ul style="list-style-type: none"> • Leid unter inadäquater Behandlung vermeiden • Gegen die Ignoranz der Behandler kämpfen <p>→ rechtliche Durchsetzung, falls nötig</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Die Psychose ohne Medikamente ausleben <p>→ <i>keine rechtliche Durchsetzung</i></p> |
| Einstellung gegenüber psychiatrischer Behandlung | <ul style="list-style-type: none"> • Erkennt die Notwendigkeit einer im Voraus spezifizierten Behandlung grundsätzlich an | <ul style="list-style-type: none"> • Erkennt die Notwendigkeit von Unterstützung und Behandlung unter bestimmten Bedingungen und mit bestimmten Limitationen grundsätzlich an |
| Appell | <ul style="list-style-type: none"> • <<Befolge meine Verfügung!>> | <ul style="list-style-type: none"> • <<Verhandle mit mir!>> |
| Framework | <ul style="list-style-type: none"> • Irrevocable Decision, vollständig autonome Entscheidung | <ul style="list-style-type: none"> • Shared Decision-Making During Crisis |

Zur Fallkontrastierung wurden zwei Teilnehmer herausgegriffen, die ähnliche Charakteristika bezüglich Alter, Geschlecht, Diagnose und Anzahl an stationär-psychiatrischen Aufenthalten aufweisen und außerdem beide unter ihren Dokumenten eine Behandlungsvereinbarung hatten. Trotz dieser Ähnlichkeiten bevorzugten die Teilnehmer jeweils eine andere Behandlung in der psychischen Krisensituation und beabsichtigen voneinander abweichende Anwendungen ihrer Vorausplanungen. Beide nutzen die Behandlungsvereinbarung für selbstbestimmte Entscheidungen, jedoch beabsichtigt der erste Teilnehmer seine Entscheidungen vollständig autonom durchzusetzen – auch gegen die Absichten der Behandler – wohingegen der andere Teilnehmer anerkennt, dass seine Absichten durch bestimmte Gegebenheiten beschränkt umsetzbar sind und daher sein Dokument als Verhandlungsgrundlage einsetzen will, um gemeinsam mit den Behandlern in der Krise eine möglichst niedrige Dosierung auszuloten.

5 Diskussion

In diesem Kapitel werden zunächst die Stärken und Limitationen der dieser Arbeit zugrunde liegenden Studie aufgezeigt. Im Anschluss werden die wichtigsten Ergebnisse vor dem Hintergrund der Literatur eingeordnet. Es wird ein Blick auf die mit einer psychiatrischen Vorausverfügung verbundenen Chancen und Risiken geworfen und Empfehlungen für die Praxis sowie Anregungen für die Zukunft gegeben.

5.1 Stärken der Studie

Diese Arbeit stellt als eine der ersten in Deutschland die Perspektive der Verfasser psychiatrischer Vorausverfügungen dar. Durch Auswertung sowohl von Interviews, als auch von Dokumenten, konnten neue Erkenntnisse über die Anwendungsabsichten und Bedürfnisse der Verfasser gewonnen werden.

Hintergründe der in den Vorausverfügungen festgehaltenen Entscheidungen sowie Einblicke in die Lebens- und Gedankenwelt (Erfahrungen, Zukunftsvorstellungen, Einstellungen) einer für die Forschung schwer zugänglichen Personengruppe, wurden durch die Wahl einer qualitativen Forschungsmethode für die Wissenschaft zugänglich und der Erfahrungsschatz der Teilnehmer als Ressource nutzbar. Die Wahl der qualitativen Forschungsmethode ermöglichte des Weiteren die Darstellung der Ansichten der Teilnehmer unter Einbezug ihrer Lebenspraxis. Da die Rekrutierung der Teilnehmer außerhalb psychiatrischer Kliniken stattfand und der Fokus auf Teilnehmer gelegt wurde, die ein Dokument aus eigener Initiative²⁸ verfasst haben, wurde die Forschung aus den Institutionen herausgetragen.

Die Darstellung der Nutzerperspektive durch diese Arbeit hat das Potential, zu einem differenzierten Verständnis für die verschiedenen Absichten der Verfasser beizutragen und neue Aspekte in die Diskussion um die Nutzung psychiatrischer Vorausverfügungen einzubringen.

²⁸ Anstatt im Rahmen einer Studie.

5.2 Limitationen

Es stellte sich schwierig dar, Teilnehmer für die Studie zu gewinnen, was zu einem langen Zeitraum der Erhebung und einer kleinen Fallzahl geführt hat. Dies mag einerseits auf der allgemein noch geringen Verbreitung von Dokumenten zur psychiatrischen Vorausverfügung beruhen (vgl. Borbé et al. 2012 zur geringen Anzahl an Abschlüssen von Behandlungsvereinbarung in Deutschland).

Andererseits ist auch eine Hemmschwelle anzunehmen, sehr private Erfahrungen einer fremden Person in einem persönlichen Interview, zu Studienzwecken mitzuteilen. Es war nicht einfach, Zugang zur Gruppe der potentiellen Teilnehmer zu finden. Generell konnte ein Misstrauen gegenüber der Durchführung der Studie registriert werden, zum einen im Sinne einer vermuteten Einflussnahme von Lobbygruppen (Pharmaindustrie, Psychiatrie), zum anderen aufgrund der Aufzeichnung des Interviews mittels eines Aufnahmegerätes. Außerdem berichteten Mitglieder einer im Rahmen dieser Studie besuchten Selbsthilfeorganisation, über erfahrene Diskriminierung und Stigmatisierung durch Rettungskräfte, wegen dem Mitführen eines Krisenpasses. So gab es auch unter den Personen, die eine Vorausverfügung für den psychiatrischen Bereich erstellt hatten, einige, die nicht an der Studie teilnehmen wollten.

Nur durch persönliche Ansprache war es überhaupt möglich, Teilnehmer zu gewinnen. Dabei war es wichtig, wiederholt darauf zu verweisen, dass diese Studie durch das Institut für Ethik der Medizin durchgeführt wird und nicht durch eine psychiatrische Institution. Bei der persönlichen Vorstellung der Studie in Selbsthilfegruppen begegnete uns teilweise großes Misstrauen und Verunsicherung, ob diese Studie von der Pharmaindustrie gesponsert sei. Wiederholt betont werden musste auch, dass die Anonymität gewahrt wird. Als hilfreiche Maßnahme, um das Vertrauen der Teilnehmer zu steigern, erwies es sich, gemeinsam mit ihnen ihre mitgebrachten Dokumente zu schwärzen. Die Teilnehmer zeigten sich teilweise durch die Ankündigung und Durchführung der Tonbandaufzeichnung verunsichert. Ein Zusammenhang mit Ängsten vor Abhörung, die auch im Rahmen psychischer Erkrankungen gelegentlich bestehen können, könnte ein Ansatzpunkt für eine mögliche Erklärung sein.

Auch in einer anderen Studie mit Teilnehmern aus der Personengruppe der Verfasserin psychiatrischer Vorausplanungen aus den Niederlanden, wird erwähnt, dass es unter den potentiellen Teilnehmern einige gab, die kritisch gegenüber psychiatrischer Versorgung eingestellt waren und nicht an der Studie teilnehmen wollten (Varekamp 2004). Diese Studie weist auch auf die Rekrutierung durch persönliche Ansprache hin (ebd.). Ebenso merkt eine andere Studie an, in der Nutzer von *PAD* in Indien befragt wurden, dass es unter den potentiellen Teilnehmern solche gab, die kein Interesse hatten, an der Studie teilzunehmen und solche, die aufgrund ihrer psychischen Erkrankung nicht teilnehmen konnten (Pathare et al. 2015).

Einige Personen zeigten sich zunächst interessiert, nahmen aber letztendlich nicht teil: Mit einem potentiellen Teilnehmer bestand bereits Telefonkontakt, um einen Interviewtermin zu vereinbaren, dieser zeigte sich dann jedoch misstrauisch und sagte die Teilnahme wieder ab. Ein anderer erschien nicht zum vereinbarten Termin und war danach nicht mehr zu erreichen.

Als Teilnehmer konnten hauptsächlich Personen gewonnen werden, die ein hohes Maß an Eigeninitiative und Engagement bei der Erstellung der Dokumente zeigten. Die Selbstselektion der Teilnehmer stellt eine weitere Limitation dar und könnte eventuell dazu geführt haben, dass sich kein Teilnehmer fand, der vollständig ablehnend gegenüber der psychiatrischen Behandlung bzw. Institution eingestellt war. Im Gegensatz zu Studien mit Teilnehmern aus ähnlichem Personenkreis (Verfasser von *Ulysses-Kontrakten/PADs*), die in ihrer Stichprobe diejenigen Teilnehmer aufgrund von Selbstselektion als unterrepräsentiert sehen, die unzufrieden gegenüber der psychiatrischen Gesundheitsversorgung sind (Varekamp 2004; Swanson et al. 2003), waren allerdings unter den Teilnehmern der vorliegenden Studie durchaus Personen vertreten, die ihr Misstrauen gegenüber der Psychiatrie zum Ausdruck brachten.

Bei der Durchführung einer Studie vor einem psychiatrisch-klinischen Hintergrund wäre daher wahrscheinlich mit vermehrter Ablehnung zu rechnen, was die Umsetzung zukünftiger qualitativer Studien in diesem Teilnehmerkreis sicher erschwert. Auch in der relevanten Literatur finden sich Hinweise auf Schwierigkeiten bei der Rekrutierung von Teilnehmern.²⁹ Die dort von den Personen, die eine Teilnahme ablehnten, genannten Gründe, könnten auch in der hiesigen Studie eine Rolle spielen: die Einschätzung, das Instrument zur Vorausverfügung sei nicht hilfreich oder nicht wirksam sowie die Hoffnung, man werde schon nicht mehr krank werden und das Instrument von daher nicht benötigen (vgl. Henderson et al. 2004).

Weitere Limitationen bestehen in der Methode der qualitativen Forschung im Allgemeinen und in möglicherweise verzerrten Antworten im Rahmen eines persönlichen und zudem aufgezeichneten Gesprächs. *Response bias* kann theoretisch eine weitere Limitation darstellen, da die Teilnehmer selbst-selektiert waren und so nur die Ansichten von engagierten Personen, die positiv gegenüber Vorausplanung eingestellt sind, wiedergeben (vgl. Van de Mortel 2008).

Da nur volljährige Teilnehmer gesucht wurden, die aktuell nicht in stationär-psychiatrischer Behandlung waren, beschränken sich Ergebnisse und Betrachtungen auf Erwachsene. Des Weiteren gäbe es bei der Untersuchung des Forschungsgegenstandes in Zusammenhang mit Personen im Maßregelvollzug andere, zu berücksichtigende Aspekte, auf die in dieser Arbeit nicht näher eingegangen werden kann. Die Ergebnisse beziehen sich auf Deutschland. Vor anderen kulturellen Hintergründen finden sich eventuell abweichende Gewichtungen von Werten oder zusätzliche Motive bzw. Ziele.³⁰ Die Studie zeigt einen Ausschnitt der breitgefächerten Ansichten von Verfassern psychiatrischer Vorausplanungen, es wurden bewusst keine Ansprüche auf statistische Repräsentativität erhoben. Es besteht keine Generalisierbarkeit der Ergebnisse in großem Umfang, sie sind nicht auf andere Kontexte und nicht allgemein auf die Personengruppe der Verfasser oder andere Gruppen übertragbar.

²⁹ Beispielsweise wird von Henderson et al. erwähnt, dass nur 36% der in Frage kommenden Teilnehmergruppe zustimmten, an deren Studie teilzunehmen und in diesem Rahmen einen „*joint crisis plan*“ zu erstellen (Henderson et al. 2004).

³⁰ In einer Studie aus Neuseeland wird beispielsweise das Bedürfnis der Maori nach „*cultural support*“ erwähnt (Thom et al. 2015, S. 554).

5.3 Einordnung der wesentlichen Ergebnisse

In diesem Kapitel werden die wichtigsten Ergebnisse dieser Arbeit diskutiert und eingeordnet.

Die Auswertung zeigte, dass sich nicht nur interindividuell divergierende Inhalte finden, sondern auch zu unterscheidende Anwendungsabsichten (Vorstellungen darüber *wie* das Dokument eingesetzt werden soll) und voneinander abweichende Zielsetzungen.

Die gewonnenen Ergebnisse zeigen, dass die Verfasser, durch ihre Rolle als ehemalige Patienten, bereits über einen großen Erfahrungsschatz verfügen – etwa hinsichtlich der für sie in Frage kommenden, nützlichsten Medikation. Auch wurde deutlich, dass sich eine Behandlung nach rein diagnosespezifisch-medizinischen Leitlinien nicht unbedingt mit den individuellen Wünschen und Zielen potentieller Patienten deckt. Die Fallkontrastierung stellte heraus, dass sich auch bei einander ähnelnden Fällen, konträre Maßnahmen und Zielsetzungen finden.

5.3.1 Dokumente

Das Deutsche Referenzzentrum für Ethik in den Biowissenschaften (DRZE) empfiehlt zwar auf seiner Homepage „[speziell auf psychiatrische Erkrankungen] zugeschnittene psychiatrische Patientenverfügungen“ für Betroffene zu verwenden (<http://www.drze.de/im-blickpunkt/patientenverfuegungen/module/patientenautonomie-in-der-psychiatrie>). Allerdings existiert bisher kein Formular zur Vorausplanung psychiatrischer Behandlungsentscheidungen, das in gleichem Maße von offiziellen Stellen verbreitet und empfohlen wird, wie das Formular des BMJV für Entscheidungen am Lebensende³¹. Im Umlauf sind dagegen verschiedene Schriftstücke, mit denen eine psychiatrische Behandlung – durch das Vorausverfügen von Behandlungsentscheidungen oder durch die Angabe von Präferenzen – vorausgeplant werden kann.

Variabilität der Dokumente

Es zeigte sich eine große Variabilität der Dokumente, die zur Vorausplanung genutzt wurden: Die Teilnehmer bedienten sich verschiedenster Dokumententypen, wobei auffallend war, dass mehrere Verfasser keine ausgearbeiteten Formulare benutzten, sondern sich vielmehr selbst ihre Dokumente notdürftig angefertigt hatten. Beispielsweise hatte sich ein Teilnehmer sein Dokument auf Grundlage eigener Recherche selbst entworfen, ein anderer das Formular des BMJV zur Patientenverfügung (für Behandlungsentscheidungen am Lebensende, vgl. BMJV 2017) modifiziert und psychiatrische Behandlungsentscheidungen darin ergänzend festgehalten. Es fanden sich Hinweise darauf, dass Bedarf an einem geeigneten Formular zur psychiatrischen Patientenverfügung besteht.

³¹ Formulare werden vom Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz (BMJV) angeboten und finden sich zum Beispiel im Internet unter http://www.bmjv.de/DE/Themen/VorsorgeUndPatientenrechte/Betreuungsrecht/Betreuungsrecht_node.html (zuletzt abgerufen am 07.04.2019). Die Ausführungen des DRZE finden sich unter <http://www.drze.de/im-blickpunkt/patientenverfuegungen/module/patientenautonomie-in-der-psychiatrie> (zuletzt abgerufen am 28.09.2017).

Hinsichtlich der inhaltlichen und formalen Variabilität der Dokumente der Teilnehmer dieser Studie, fand sich vergleichbares in einer Studie aus den Niederlanden (Varekamp 2004): Dort wurden zwar nur *Ulysses-Kontrakte* untersucht, aber dennoch beruhten – wie in der hiesigen Studie – manche der Verfügungen auf Vorlagen, wohingegen andere hauptsächlich durch den Verfasser selbst formuliert wurden; ebenso waren manche einseitige Dokumente, andere wurden zusammen mit den Behandlern erstellt; einige Dokumente waren handgeschrieben, manche getippt. Der Umfang reichte auch dort von wenigen Zeilen bis hin zu mehreren Seiten und die Beschreibungen von sehr vagen bis hin zu sehr detaillierten Angaben (ebd.).

Rechtliche Verbindlichkeit

Als rechtlich bindend sind prinzipiell alle Formen der Vorausplanung zu betrachten, wenn sie schriftlich fixierte Behandlungswünsche einer volljährigen, einwilligungsfähigen Person beinhalten (*siehe Kapitel 2.2.3.2 Rechtliche Grundlagen der Patientenverfügung und 2.2.3.3 Dokumententypen und Modelle der Vorausplanung*). Unter den Teilnehmer scheint dennoch teilweise die Vorstellung vorhanden zu sein, dass eine Behandlungsvereinbarung rechtlich nicht so bindend sei, wie eine Patientenverfügung. Dies mag teilweise den Präambeln der Behandlungsvereinbarungen geschuldet sein, die einen Rechtsanspruch verneinen. Generell war eine Unsicherheit über die rechtliche Verbindlichkeit festzustellen, was u. a. auch darauf beruhen könnte, dass es in den letzten Jahren einige Änderungen in der Rechtsprechung und Gesetzgebung gab.

Diskrepanzen zwischen schriftlich festgehaltenen und mündlich geäußerten Wünschen

Durch vergleichende Analyse von Interviews und Dokumente zeigte sich, dass die Formulierungen in den Dokumenten nicht immer wiedergeben, was die Teilnehmer ausdrücken wollen. Ein Teilnehmer bemerkte im Rahmen des Interviews selbst Diskrepanzen in Bezug auf die Medikamentendosis. Mehrere Teilnehmer bewerteten das Interview als hilfreich, um zu erkennen, welche Inhalte sie in welcher Form festhalten wollen und planten, ihr Dokument ihren Erkenntnissen entsprechend anzupassen.

Diskrepanzen sind auch aus dem Bereich der Vorausplanung für Entscheidungen am Lebensende bekannt (vgl. Fagerlin & Schneider 2004; Nauck et al. 2014; Winter, Parks & Diamond 2010). Die fehlende Übereinstimmung zwischen den tatsächlichen Wünschen der potentiellen Patienten und dem Inhalt der Patientenverfügung, zieht als Problem eine mangelnde Gültigkeit der Dokumente nach sich („Frage der Validität“, Jox, in der Schmittgen & Marckmann 2015, S. 29).

Einige Diskrepanzen beruhten auf Vorformulierungen in den Dokumenten, die nicht exakt das ausdrücken, was die Teilnehmer beabsichtigen festzulegen. Beispielsweise wird im Krisenpass als Überschrift vorgegeben: *„hilfreich ist“* und *„nicht vertragen wird“* – wohingegen die Teilnehmer formulierten: *„willige ich ein zu bekommen“* und *„will ich auf gar keinen Fall“*. Die Formulierung *„folgendes Medikamente war nicht hilfreich“*, ist nicht zwingend gleichbedeutend mit der Formulierung *„ich lehne das Medikament ab“*. Dazu passen auch Erkenntnisse aus der Literatur, die zeigen, dass der Inhalt von Patientenverfügungen wesentlich durch Vorformulierungen und vorgegebene Optionen beeinflusst wird (Halpern et al. 2013; Kressel & Chapman 2007; Kressel et al. 2007; Winter, Parks & Diamond 2010).

Abweichungen zwischen Modell und Praxis

Je nach Dokumententyp kann der Schwerpunkt der Zielsetzung auf der Autonomie oder auf der verbesserten Zusammenarbeit liegen (vgl. Henderson et al. 2008; *siehe auch Kapitel 2.2.3.3*). Liegt der Fokus auf der Autonomie, spielt der Einbezug der Behandler bei der Erstellung eine untergeordnete Rolle (vgl. z. B. Amering et al. 2005; Atkinson, Garner & Gilmour 2004; Nicaise, Lorant & Dubois 2013; Van Citters, Naidoo & Foti 2007). Liegt das Augenmerk auf einer besseren Zusammenarbeit und Koordination der Behandlung, wird empfohlen eine gemeinsame Erstellung mit den Behandlern zu wählen (Henderson et al. 2004; Nicaise, Lorant & Dubois 2013; Ruchlewska et al. 2014 A).

Die Ergebnisse der hier vorliegenden Arbeit zeigen, dass die Verfasser nicht unbedingt wissen, welches Dokument für welche Ziele geeignet ist. Realität und Modell weichen voneinander ab: Die Teilnehmer verwenden zum Teil den gleichen Dokumententyp, verfolgen mit diesem aber jeweils andere Ziele. Eine Ursache dafür könnte sein, dass Informationen über die unterschiedlichen Dokumententypen und deren Nutzen für die Zielgruppe nicht zugänglich genug sind. So weisen auch Henderson et al. darauf hin, dass die potentiellen Patienten viel mehr Informationen benötigen, um wirklich *informiert* entscheiden zu können, welches Dokument und welche Art der Vorausplanung sie wählen wollen (Henderson et al. 2008).

5.3.2 Behandlungswünsche

Die grundsätzlichen Bereiche, zu denen inhaltliche Angaben gemacht wurden, decken sich weitgehend mit den in der Literatur beschriebenen (vgl. hierzu beispielsweise die beschriebenen Regelungsbereiche bei Kühlmeyer & Borbé 2015; *siehe auch Kapitel 2.2.3.5 Inhalte von Vorausverfügungen*). Selbst vor anderen kulturellen Kontexten wurden inhaltliche Angaben zu gleichen Bereichen gemacht (z. B. in Neuseeland bei Thom et al. 2015). Doch auch wenn in den gleichen Bereichen Festlegungen erfolgen, divergieren die konkreten Präferenzen für einzelne Maßnahmen interindividuell zum Teil erheblich.

Die Dokumente der Teilnehmer gingen in den meisten Fällen inhaltlich weit über die Bereitstellung der wichtigsten medizinisch-psychiatrischen Informationen hinaus und umfassten auch sehr persönliche Schilderungen eigener Erfahrungen und Vorstellungen über die Behandlung. Die Verfasser legen zudem – zum Teil äußerst detailliert – konkrete Inhalte fest, beispielsweise exakte Dosierungen bestimmter Medikamente.

Wie Mulley, Trimble und Elwyn darlegen, reicht es nicht aus, die richtige Diagnose zu stellen, um eine Therapieempfehlung auszusprechen (Mulley, Trimble & Elwyn 2012). Auch die Behandlungswünsche des Patienten zu erkennen, ist dafür entscheidend (ebd.).

Medikamentöse Behandlung

Bemerkenswert sind die Wichtigkeit des Themas der medikamentösen Behandlung für die Verfasser und die zum Teil sehr detaillierten Angaben diesbezüglich.

Eine grundsätzliche Ablehnung aller Medikamente wurde unter den Teilnehmern dieser Studie nicht gefunden. Mehrere Teilnehmer äußerten den Wunsch, bestimmte Medikamente (v. a. Neuroleptika) oder bestimmte Darreichungsformen, mit denen negative Erfahrungen gemacht wurden, vermeiden zu wollen. Im Einzelnen fanden sich die Ablehnung der Verabreichung von Injektionen und von hohen Medikamentendosen sowie die Ablehnung von Medikamentenänderungen als Behandlungswünsche, wobei die Teilnehmer Alternativen angaben.

Diese Beobachtung deckt sich mit dem, was in Studien aus anderen Ländern beschrieben wird. So äußerten etwa in England Teilnehmer ähnliche Wünsche bezüglich der medikamentösen Behandlung (vgl. Farrelly et al. 2014, zu Wünschen von Verfassern von *joint crisis plans*). Auch dort lehnten die Teilnehmer zwar häufig bestimmte Neuroleptika ab, benannten gleichzeitig jedoch fast immer auch Alternativen (ebd.). Ebenfalls werden in der Literatur Nebenwirkungen als Grund angegeben, um bestimmte Medikamente abzulehnen (vgl. z. B. Srebnik et al. 2005).

Auch unter Berücksichtigung der aktuellen Studienlage, scheint eine Ablehnung aller Medikamente und Maßnahmen nur in Ausnahmefällen vorzukommen (zumindest unter Teilnehmern, die bereit sind an Studien teilzunehmen). Anzumerken ist allerdings, dass die Ergebnisse dadurch verzerrt sein könnten, dass Personen, die generell ablehnend gegenüber der psychiatrischen Behandlung eingestellt sind, nicht an Studien teilnehmen, beziehungsweise teilnehmende Personen sozial erwünscht antworten könnten.

Ein Teilnehmer der hiesigen Studie äußerte sich zwar dahingehend, seine Psychose in einem geschützten Rahmen erleben zu wollen und nach Möglichkeiten zu suchen, dies zu tun. Ihm ging es aber vor allem darum, mit den Behandlern eine möglichst niedrige Dosierung zu diskutieren. Auch in einer Studie aus den Niederlanden zu *Ulysses-Kontrakten* äußerten zwei Teilnehmer explizit den Wunsch, eine Behandlung ohne antipsychotische Medikation zu diskutieren (vgl. Varekamp 2004).

Behandlung zu Hause

Die Notwendigkeit, unter bestimmten Umständen in eine psychiatrische Klinik aufgenommen zu werden, wird prinzipiell von allen Teilnehmern der hier vorliegenden Studie anerkannt. Abgelehnt wurden teilweise bestimmte Kliniken oder die Aufnahme auf eine geschlossene Station. Es finden sich aber Aussagen, gar nicht mehr in die Klinik gehen zu wollen, eine Aufnahme mit Zwang zu vermeiden und so lange wie möglich zu Hause bleiben zu wollen.

Fraglich ist in diesem Kontext, wie der Wunsch, so lange wie möglich zu Hause zu bleiben, damit vereinbart werden kann, die Situation zu Hause nicht so weit eskalieren zu lassen, dass letztendlich doch eine Zwangseinweisung erfolgen muss. Ohne therapeutische Unterstützung könnte sich ein Rückfall eher zu einer Krise zuspitzen und dazu führen, dass eine Aufnahme mit Zwang – die ja eigentlich vermieden werden sollte – wahrscheinlicher würde. In diesem Kontext relevant sind sowohl Fragen der ambulanten Versorgung, als auch die Erdgründung der Motive, die dem Wunsch, eine Hospitalisierung zu vermeiden, zugrunde liegen. Zu bedenken ist, ob das Misstrauen, das zum Teil gegenüber den Behandlern in der Psychiatrie beschrieben wird, auch gegenüber ambulanten Behandlern besteht, denn auch um jemanden in sein Heim zu lassen, bedarf es Vertrauen.

Unterschieden werden konnte hier zwischen dem Wunsch, zu Hause professionell behandelt zu werden (sog. *Home Treatment*) und dem Wunsch, sich zu Hause selbst zu behandeln (ohne professionelle Unterstützung). Wie ein Blick in die Literatur zeigt, müssen sich diese Wünsche nicht ausschließen, sondern können, durch aufeinander aufbauende Maßnahmen, Teil eines Stufenplanes sein, der von Selbstmanagement bis zu einer Hospitalisierung reicht (Farrelly et al. 2014).

Dies lässt den Gedanken aufkommen, ob Vorausplanungen zusätzlich auch im ambulanten Bereich sinnvoll eingesetzt und präventiv genutzt werden könnten, um die Autonomie von Personen zu erhalten. Zwar sind Patientenverfügungen nicht für eine präventive Anwendung vorgesehen – da noch Einwilligungsfähigkeit besteht – jedoch könnte sich eine solche optionale Erweiterung, vor allem im Hinblick auf *Ulysses-Kontrakte*, als sinnvoll erweisen. Neben dem Ziel, durch eine rechtzeitige Klinikaufnahme und/oder eine rechtzeitige Behandlung Schaden abzuwenden und Zwangsmaßnahmen zu vermeiden, wird in der Literatur auch der Ansatz beschrieben, durch rechtzeitige Intervention eine Klinikaufnahme ganz zu verhindern (Varekamp 2004).

Wie die Ergebnisse der vorliegenden Arbeit zeigen, finden sich bei verschiedenen Teilnehmern jeweils unterschiedliche Motive dafür, am liebsten nicht mehr in der Klinik behandelt werden zu wollen. Als Ursache hierfür thematisieren einige Teilnehmer der hiesigen Studie vor allem negativ empfundene Erlebnisse in Zusammenhang mit früheren Klinikaufenthalten. Als ein Motiv für die Bevorzugung einer Behandlung zu Hause werden aber auch Komfort und weniger Langeweile genannt.

Die Präferenz eines *Home Treatments*, die ein Teilnehmer der hiesigen Studie äußerte, findet sich in den *JCPs* von Teilnehmern einer Studie aus England häufig (Farrelly et al. 2014) und scheint auch in größeren Stichproben relevant zu sein: Die Mehrheit bevorzugt dieses bei einem Rückfall als alternative Behandlung, anstelle einer Hospitalisierung (ebd.). Dort spielte vor allem die Ablehnung von Zwangsmaßnahmen oder bestimmten Stationen eine Rolle sowie das Motiv, den mit einer Hospitalisierung verbundenen Stress zu vermeiden.

Wie Farrelly et al. anmerken, könne der Stress einer Hospitalisierung den psychischen Zustand verschlimmern (Farrelly et al. 2014). Demgegenüber steht, dass einige andere der Nutzer von *JCP* so schnell wie möglich in die Klinik aufgenommen werden wollen, weil sich ihr Zustand zu Hause eher verschlechtere (ebd.) und auch Verfasser von *Ulysses-Kontrakten* häufig den Wunsch nach einer frühzeitigen Behandlung haben (Varekamp 2004). Hier zeigt sich wieder, wie individuell unterschiedlich es ist, was eine Person als hilfreich empfindet. Individuellen Präferenzen und bisherige Erfahrungen spielen dabei eine wichtige Rolle. Zu erwägen ist, welche Abläufe bei der stationären Behandlung vermeidbaren Stress verursachen und welche Möglichkeiten es in der ambulanten psychiatrischen Versorgung gibt.

5.3.3 Umgang mit Zwangsmaßnahmen

Zwangsmaßnahmen zu vermeiden oder ihren Einsatz zu reduzieren ist ein wiederkehrendes Ziel der Teilnehmer und wird auch in der Literatur als erhoffter Effekt von Vorausplanung genannt (vgl. Henderson et al. 2008; Thornicroft et al. 2010; Srebnik et al. 2005; Swanson et al. 2006 B; *siehe Kapitel 2.2.3.4 Ziele und Effekte von Vorausplanung*). Unter den in dieser Studie befragten Personen fanden sich zum Teil sehr differenzierte Betrachtungen bezüglich des Einsatzes von Zwangsmaßnahmen.

Rangfolgen von Zwangsmaßnahmen

Einige Teilnehmer legten in ihren Vorausplanungen fest, in welcher Reihenfolge (Zwangs-) Maßnahmen im Notfall erfolgen sollten. Diese Rangfolgen wurden teilweise an bestimmte Deeskalationsmaßnahmen gebunden, die zuvor versucht werden sollen.

Bei der Festlegung der Rangfolgen von Zwangsmaßnahmen konnten interindividuell divergierende Präferenzen beobachtet werden. Auch in der Literatur wird darauf hingewiesen, dass es individuell stark divergieren kann, was eine Person als einschränkend bzw. als Zwangsmaßnahme empfindet (Geller 2012). Geller beschreibt in diesem Kontext eine vergleichbare *Hierarchie der Einschränkungen* („*restrictiveness hierarchy*“, Geller 2000, S. 11). Die hier vorliegende Arbeit kann Gellers Feststellung bestätigen, dass für den einen Patienten die eine Maßnahme vorzuziehen ist und für den anderen genau die andere.

Deeskalationsmaßnahmen

Einige Teilnehmer äußern zahlreiche Ideen hinsichtlich Deeskalationsmaßnahmen zur Abwendung von Zwangsmaßnahmen. Bekannt ist, dass auch ein Großteil der Verfasser von PADs Deeskalationsmaßnahmen festlegt (Srebnik et al. 2005). Hier zeigt sich ein großes Potential von Vorausplanungen, wenn Krisen und traumatische Erfahrungen, durch Kenntnis der für den Patienten individuell wirksamen Deeskalationsmaßnahmen, reduziert werden können.

Im Gegensatz zu den beschriebenen „Hierarchien“ (Geller 2000, S. 11) und Deeskalationsmaßnahmen, setzt das, was im Kontext von JCP-Interventionen als „*staging*“ beschrieben wird, bereits vor einer Klinikaufnahme an und beschreibt Maßnahmen, die abhängig vom Stadium der Erkrankung zu ergreifen sind und die ggf. eine Hospitalisierung abwenden können (Farrelly et al. 2014). Von den im Rahmen der hier vorliegenden Arbeit ausgewerteten Dokumenten, bildet das *Recovery*-Dokument am ehesten den Ansatz von Farrelly et al. ab. Die hier interviewten Verfasser machten jedoch fast ausschließlich Angaben zur Handhabung einer notfallmäßigen Klinikaufnahme bei nicht gegebener Einwilligungsfähigkeit – da die verwendeten Dokumente vor allem Maßnahmen für diese Situation vorsahen.

5.3.4 Vertrauensperson

In den meisten psychiatrischen Vorausplanungen werden Stellvertreter benannt (vgl. z. B. Backlar et al. 2001; Pathare et al. 2015) – diese sind nicht immer automatisch ein Familienmitglied (Farrelly et al. 2014). Auch die befragten Teilnehmer der hiesigen Studie wählten nicht immer nahe Angehörige als Vertrauensperson. Als Grund wurde beispielsweise angegeben, dass nahestehende Personen selbst zu sehr betroffen seien, wenn der Nutzer in der Krise ist. In einigen Fällen erfolgte die Auswahl explizit nach besonderer Eignung für die vorgesehenen Aufgaben.

Einige Teilnehmer wählten als ihre Vertrauenspersonen ganz bewusst diejenigen Personen aus, die sich gut durchsetzen können (Charaktermerkmal Durchsetzungsfähigkeit). Dieses Vorgehen scheint sinnvoll angesichts der Tatsache, dass einer Studie aus den USA zufolge durch die Involvierung eines Stellvertreters die Wahrscheinlichkeit steigt, dass während einer Krisensituation auf die PAD zugegriffen und der Patient in Übereinstimmung mit dieser behandelt wird – v. a. wenn der Stellvertreter aktiv miteinbezogen wird (Srebnik & Russo 2007, 2008).

Bei fast allen Teilnehmern übernahmen die Vertrauenspersonen sowohl die Rolle einer Person, die stellvertretend die Entscheidungen des Verfassers durchsetzt, als auch die Rolle als emotionaler Beistand in der Krise – jedoch waren unterschiedliche Schwerpunkte erkennbar. Aus den Aufgaben, die übertragen werden, lässt sich auch auf unterschiedliche Bedürfnisse schließen. Die Teilnehmer, die nicht ihre nächsten Angehörigen als Vertrauensperson benannt hatten, waren ebenfalls diejenigen, die die Merkmale zur Qualifizierung als Vertrauensperson für die zu übernehmenden Aufgaben stärker hervorhoben. Nachvollziehbarerweise suchen die Personen, die ihre Entscheidungen in der Krise genauestens umgesetzt haben wollen, auch eher einen Stellvertreter, dem sie die Aufgaben der Umsetzung ihrer Wünsche zutrauen – zumindest wenn Zweifel an der Umsetzung gehegt werden. Ist ihnen dagegen eine exakte Umsetzung nicht in diesem Maß wichtig, sondern eher Gespräche oder eine Verhandlung, suchen sie auch eher einen Beistand zur Unterstützung in der Krise.

Interessant ist, dass in Indien der Stellvertreter eine Person ist, welche selbst die Entscheidungen trifft, wenn der Nutzer der Vorausplanung dazu nicht in der Lage ist (Pathare et al. 2015), wohingegen bei der hiesigen Studie die Anforderung an den Stellvertreter lautete, die vorgegebenen Anweisungen und Entscheidungen der Verfasser genau umzusetzen.

Es ist sicher hilfreich, vorab zu diskutieren, wem in der Krise welche Aufgaben zukommen. Der potentielle Patient sollte einschätzen, ob es in seinem Fall Sinn macht, nahe Angehörige als Betreuer bzw. Vertrauensperson einzusetzen.

Indessen kann es mitunter schwierig sein, eine geeignete Vertrauensperson zu finden und nicht alle Teilnehmer benannten eine. Backlar et al. benennen als Gründe dafür, keinen Stellvertreter festzulegen, dass entweder keine (geeignete) Person für die Aufgabe gefunden oder aber von den Verfassern nicht gewollt wurde, dass eine andere Person stellvertretend die Entscheidungen an ihrer statt trifft (Backlar et al. 2001). In diesem Zusammenhang gibt es auch zu bedenken, dass eine Teilnehmerin schilderte, dass alle ihre Vertrauenspersonen während der Krisensituation nicht erreichbar waren. Um von einer Hilfestellung durch Vertrauenspersonen zu profitieren, bedarf es natürlich zuerst einmal der Verfügbarkeit derselben.

5.3.5 Umgangswünsche, übergeordnete Ziele und Motive

Da es unter anderem bei den Themen der respektvollen, patientenorientierten Behandlung und der Kommunikation Überschneidungen zwischen den Umgangswünschen, übergeordneten Zielen und Motiven gab, werden sie hier gemeinsam diskutiert.

Unter den Teilnehmern fand sich der Wunsch nach Kontinuität bzw. Beständigkeit in der Behandlung. Konstanz umfasst, neben dem Aspekt der Fortführung einer ambulanten medikamentösen Therapie, insbesondere auf die Einhaltung von Absprachen durch die Behandler vertrauen zu können. Dieses Motiv der Sicherheit und Verlässlichkeit findet sich auch im Zusammenhang mit dem Wunsch nach Rechtssicherheit.

Neben den konkret festgehaltenen, gewünschten Behandlungsmaßnahmen wurde auch der Wunsch nach mehr Respekt und Ansprache identifiziert. Voraussetzungen werden auch eingesetzt, um auf individuelle Bedürfnisse aufmerksam zu machen und um bei den Behandlern ein Bild davon entstehen zu lassen, wen sie in ihren Patienten als Menschen vor sich haben. Einige Teilnehmer betonen besonders, wie wichtig es für sie ist, in der Krise ernst genommen zu werden. Manche Teilnehmer sehen ihr Dokument als Chance, um mehr Aufmerksamkeit von den Behandlern zu bekommen und als Individuum wahrgenommen zu werden.

5.3.5.1 Wunsch nach respektvollem Umgang

Neben den konkreten Behandlungsentscheidungen in den verschiedenen Bereichen konnten Umgangswünsche identifiziert werden, die die Verfasser bezüglich der zwischenmenschlichen Interaktion haben – also bezüglich der Art und Weise, wie mit ihnen umgegangen werden soll. Manche Teilnehmer setzen ihre Voraussetzungen nicht nur ein, um individuelle Präferenzen anzugeben, sondern hoffen, sich durch die Dokumente Respekt und Mitgefühl zu verschaffen.

Die Schilderungen der Verfasser zeigen, dass einige der Umgangswünsche ihren Ursprung in vergangenen Erlebnissen haben. Unter anderem empfanden einige Teilnehmer einen Mangel an Zuwendung und Respekt in der ihnen zukommenden Behandlung. Durch ihre Dokumente wollen sie das ihnen entgegengebrachte Verhalten zukünftig verbessern.

Obwohl diese Umgangswünsche für die Verfasser relevant sind, werden sie durch die Vorformulierungen der meisten der hier ausgewerteten Dokumente nicht vorgesehen. Es könnte sinnvoll sein, Umgangswünsche in zukünftig zu entwickelnden, auf die Psychiatrie zugeschnittenen Dokumenten vorzusehen. Ihr Vorkommen könnte aber auch als Hinweis auf die Notwendigkeit grundsätzlicher Änderungen im psychiatrischen bzw. gesundheitspolitischen System verstanden werden, in dem ein angemessener, respektvoller zwischenmenschlicher Umgang eigentlich die Norm sein sollte – und nicht etwas, das man erst durch schriftliche Verfügung erwirken muss.

Die geforderte, respektvolle Behandlung wird auch von anderen Autoren als fundamentaler Wert in der Behandlung (Valenti et al. 2014, Befragung von Patienten, die eine Zwangsbehandlung erlebt haben) und als grundlegendes Thema in *JCPs* identifiziert (Farrelly et al. 2014). Fehlende Anerkennung in der Interaktion zwischen Patienten und Behandlern scheint nicht nur in Deutschland vorzukommen (vgl. dazu Farrelly et al. 2014 und Valenti et al. 2014³²). Die in der hiesigen Studie identifizierten Ziele von Respekt, Verständnis, Kontinuität, Kontrolle, Beteiligung an Entscheidungen sowie verbesserte Kommunikation, finden sich auch in einer Studie, in der *JCPs* thematisch analysiert wurden, um Präferenzen der Nutzer aufzuzeigen (Farrelly et al. 2014) – sie scheinen somit auch vor den sozialen und gesundheitspolitischen Hintergründen in England Relevanz zu besitzen. Auch dort wurden Behandlungswünsche auf der Ebene zwischenmenschlicher Interaktion erkannt und zwischen „*specific treatments/strategies for dealing with crises*“ (ebd.) und „*delivery of care*“ (ebd., S. 1611) unterschieden.

Bei einigen Teilnehmern der zitierten Studie von Valenti et al. spielten auch noch die Themen Respekt für kulturelle Werte und sexuelle Orientierung eine Rolle (Valenti et al. 2014), diese wurden im Rahmen der vorliegenden Studie nicht angesprochen.

5.3.5.2 Kommunikation

Aspekte von Kommunikation finden sich nicht nur in Form von Umgangswünschen, sondern auch als übergeordnete Ziele oder Motive wieder. Das Schriftstück an sich ist ein Sprachrohr für die Verfasser, das wiederum selbst inhaltliche Angaben zu Kommunikationswünschen enthält.

Manche Teilnehmer wollen die schriftliche Vorausplanung gezielt dafür einsetzen, um eine verbale Kommunikation, die ihnen in der Krise schwer fällt, vermeiden zu können und sie durch das Schriftstück zu ersetzen. Sie empfinden es als Erleichterung, dass das Dokument ersatzweise für sie Auskunft gibt. Andere setzen das Dokument ein, um gerade auch in der Krise ein Gespräch herbeizuführen.

Durch die schriftliche Vorausverfügung kann die Kommunikation zwischen Behandlern und Patienten aufrechterhalten werden, auch wenn die Betroffenen durch ihre Erkrankung nicht in der Lage sind, uneingeschränkt zu kommunizieren. Durch das Dokument zur Vorausplanung können die Verfasser ihre bevorzugte Therapie mitteilen und in der Folge wieder in die Lage versetzt werden, sich verbal zu äußern.

Wie aus den Fallberichten hervorgeht, kann die Kommunikation in der Krise nicht nur durch die Erkrankung selbst eingeschränkt sein, sondern auch durch bestimmte Medikamente. Ein Teilnehmer schilderte, dass er durch die festgehaltenen Behandlungswünsche eine Medikamentengabe verhindern will, die dazu führen würde, dass ihm keine adäquate Kommunikation mehr möglich wäre.

³² 44% der Patienten gaben an, dass die Behandler respektlos waren und berichteten in einigen Fällen auch über beleidigendes oder sogar missbräuchliches Vorgehen (Valenti et al. 2014).

Kommunikation in der Arzt-Patienten-Beziehung

Durch das Dokument wird von einigen Teilnehmern der Wunsch nach mehr Zuwendung und Ansprache in der Krise ausgedrückt. Dieses Ansinnen wird nicht nur direkt formuliert – es besteht bei einigen auch die Hoffnung, dass bereits durch die Existenz der Vorausverfügung eine verstärkte Aufmerksamkeit generiert wird. Es konnte unter anderem das Bedürfnis nach einer verbesserten Kommunikation zwischen Verfassern und Behandlern in der Psychiatrie identifiziert werden sowie bei einigen auch der Wunsch, sich in der Psychiatrie nicht isoliert zu fühlen.

Das Anliegen, sich mitteilen zu können, kann auch unter dem Aspekt betrachtet werden, in der Arzt-Patienten-Beziehung eine Stimme zu haben, also in Zusammenhang mit dem Streben nach Autonomie. Durch die Vorausplanung von Behandlungsentscheidungen an Hand psychiatrischer Vorausverfügungen sollte – der Theorie entsprechend – die Autonomie des Verfassers gestärkt sowie Verständigung und Therapie verbessert werden (*siehe Kapitel 2.1 Grundlagen von Behandlungsentscheidungen und 2.2 Vorausplanung im psychiatrischen Kontext*).

Dennoch wird auch unter der Zuhilfenahme dieser Dokumente beklagt, dass Probleme in der Zusammenarbeit bestehen und die Autonomie nicht gewahrt wird. Eine Erklärung könnte der Kommunikationsstil von Behandlern sein, der als Hürde bei der Anwendung identifiziert wurde (*siehe Kapitel 2.2.6.2 Hürden bei der Umsetzung von Vorausplanung, 2.2.6.3 Perspektive der Behandler*).

Auch in einer Studie aus England werden die therapeutische Beziehungen in der Routineversorgung als unbefriedigend für die Patienten beschrieben („*in summary, for service users, therapeutic relationships in routine care were far from satisfactory*“, Farrelly et al. 2015, S. 1642).

Des Weiteren wird in einer Studie aus den USA das Bedürfnis, während einer Krise jemanden zum Reden zu haben, erwähnt (Srebnik et al. 2005).

Kommunikation mit Angehörigen

Bei einer Teilnehmerin fand sich das Motiv, den Angehörigen etwas in die Hand zu geben, damit sie wissen, was in der Krise zu tun ist. Von der Intention, die Vorausverfügung als Zeichen für die Angehörigen zu nutzen, wird auch in einer Studie aus den Niederlanden zu Ulysses-Kontrakten berichtet (Varekamp 2004). Dort ist die Rede von einer Teilnehmerin, die die Vorausverfügung als Zeichen an ihren Angehörigen nutzte, dass sie alles tue, um eine Krise zu verhindern und um ihnen Handlungsgewalt zu geben („*She wanted to give her partner and relatives a way to intervene in time in case of a manic episode. Through the Ulysses directive she wanted to show them that she was doing everything to prevent psychiatric episodes*“, ebd., S. 294).

5.3.5.3 Patientenorientierung

Unter den Teilnehmern ließ sich der übergeordnete Wunsch nach einer patientenorientierten Behandlung erkennen, die die individuellen Besonderheiten und Bedürfnisse des Patienten sowie das gemeinsame Treffen von Entscheidungen berücksichtigt. Defizite in der Patientenorientierung werden auch von Selbsthilfegruppen bemängelt (vgl. z. B. Stötzner 2001). Das Ärztliche Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ) weist darauf hin, dass es im Sinne der Patientenorientierung geboten ist, jeden Patienten „als Individuum [zu betrachten] und [zu behandeln], mit eigenen persönlichen Bedürfnissen und Erwartungen“ (ÄZQ 2010, https://www.aezq.de/aezq/kompendium_q-m-a/3-qualitaetsmanagement-und-die-sicht-der-patienten). Vor allem vor dem Hintergrund von Akutsituationen und wechselndem Personal ist es fraglich, inwieweit in der Klinik Möglichkeiten bestehen, auf diese Bedürfnisse einzugehen. Dennoch gilt es, individuelle Umstände und Bedeutungen einer Behandlung für den Patienten zu berücksichtigen.

Es können ernsthafte Gefahren drohen, wenn individuelle Gegebenheiten eines Patienten, wie beispielsweise körperliche Vorerkrankungen, unberücksichtigt bleiben. Einige Teilnehmer weisen explizit auf diese individuellen Umstände hin. Doch wie sich gezeigt hat, geht das Bedürfnis einiger Teilnehmer weit über die Kenntnisnahme von medizinisch relevanten Informationen hinaus. Die Behandler sollen verstehen, wie sich der Patient fühlt und wer er ist.

Einige Teilnehmer wirken darauf hin, von den Behandlern mehr als Individuum und in ihrer Gesamtpersönlichkeit wahrgenommen zu werden. Ein Teilnehmer beschrieb, dass er zeigen wolle, wer er als Mensch außerhalb der Krise sei. Dies kann in Zusammenhang damit gesehen werden, dass ein Patient, der sich in der Krisensituation eventuell nicht adäquat äußern kann, bei den Behandlern ein Bewusstsein dafür schaffen will, dass bei ihm dennoch Ressourcen vorhanden sind. Es kann sowohl der Wunsch nach Verständnis identifiziert werden, als auch der Wunsch, dass der Behandler den potentiellen Patienten besser kennenlernt und diesen nicht nur als Diagnose sieht, sondern als Mensch mit individuellen Eigenschaften und Bedürfnissen.

Wiederholt fand sich die Kritik, dass routinierte Abläufe die individuellen Umstände nicht berücksichtigten, sondern der Fokus zu sehr auf die Standard-Behandlung von Krankheitssymptomen gelegt wurde (vgl. z. B. Farrelly et al. 2014). Diese Wahrnehmung wird auch in einer Studie durch Nutzer von *JCP* in England geschildert (Farrelly et al. 2015). In diesem Zusammenhang wurde auch beschrieben, dass es zu Misstrauen gegenüber Empfehlungen des Behandlers kam, wenn die Nutzer das Gefühl hatten, die Behandler würde sie nicht ausreichend kennen („*not being known or respected as an individual*“, ebd., S. 1641).

Den Bedürfnissen der Teilnehmer dieser Studie vergleichbar, identifizierten Farrelly et al. als Kategorie von Wünschen an Behandler „*understanding what is ‚illness‘, and what is not*“ (Farrelly et al. 2014, S. 1612) und führen dafür beispielhaft an, dass somatische Erkrankungen und angemessene Gefühlsäußerungen als psychisch krankhaft gedeutet wurden (ebd.). In einer Studie aus den Niederlanden äußerten potentielle Patienten, dass es wichtig sei, dass die Behandler sie gut kennen, um zutreffend einzuschätzen, wann eine Intervention notwendig sei („*they often stressed the importance of a doctor who knows the client well: he/she will know when intervention is needed*“, Varekamp 2004, S. 295).

5.3.6 Erfahrungen und Einstellungen

Die Teilnehmer, die Erfahrungen mit Zwangsbehandlungen beschreiben, schildern dies überwiegend als eine sehr negative Erfahrung – diese Bewertung wird auch in der Literatur abgebildet (vgl. z. B. Thornicroft et al. 2013).

Bei manchen Teilnehmern haben traumatische Erfahrungen den Ausschlag gegeben, ein Dokument zur Vorausplanung zu erstellen. Vor dem Hintergrund ihrer bisherigen Erfahrungen mit stationär psychiatrischen Aufenthalten, beschreiben einige Teilnehmer das Gefühl, von den Behandlern im Stich gelassen worden zu sein und kein Vertrauen mehr in die Psychiatrie zu haben, da ihnen dort nicht geholfen wurde. In diesem Zusammenhang wird unter anderem die Wahrnehmung beschrieben, die Behandlung sei schlimmer, als die eigentliche Erkrankung und die ergriffenen Maßnahmen seien ungerechtfertigt und unangemessen.

Oftmals wird das Ziel verfolgt, negativ bewertete Erlebnisse in Zusammenhang mit psychiatrischer Behandlung nicht zu wiederholen, wie in einer Untersuchung aus England analysiert wird („*many of the examples from service users identified past experiences which they had found unhelpful and would not like repeated*“, Farrelly et al. 2014, S. 1611). Auch in einer Studie aus den Niederlanden zu *Ulysses-Kontrakten*, erwähnen viele Verfasser Therapien oder Situationen, die sie nicht wieder erfahren wollen und legen ihre bisherige Erfahrungen dem Dokument zu Grunde (Varekamp 2004).

Teilnehmer schildern das Gefühl, von den Behandlern im Stich gelassen, nicht respektiert und nicht gehört zu werden. Auch bei Teilnehmern einer Studie aus England, die untersuchte, wie sich *JCP* auf die therapeutische Beziehung auswirkt, finden sich Beschreibungen von aus negativen Erfahrungen resultierenden Misstrauens gegenüber Behandlern sowie dem Empfinden von Enttäuschung und begrenzter Kontrolle (Farrelly et al. 2015). Mangelnder Respekt bei der Behandlung wird auch in der Literatur als Motiv dafür genannt, die Behandlung in bestimmten Kliniken abzulehnen (vgl. Srebnik et al. 2005, zur Situation in den USA).

In Bezug auf die Einstellungen der Teilnehmer war mitunter Misstrauen gegenüber den Behandlern spürbar, aber auch Identifikation mit einer Klinik oder Ambivalenz kamen vor. Insgesamt findet sich bei der Betrachtung der Literatur eine große Bandbreite an Einstellungen unter den Verfassern psychiatrischer Vorausplanungen gegenüber den Behandlern in der Psychiatrie, die von großem Misstrauen bis hin zu fast uneingeschränktem Vertrauen reichen (z. B. in Indien). In einer Studie aus den Niederlanden wird bemerkt, dass das Thema Vertrauen/Misstrauen unerwartet häufig in den Interviews vorkam (Varekamp 2004). Misstrauen könne dabei unterschiedliche Gründe haben, etwa wenn ein vom festgelegten bzw. vereinbarten Vorgehen abweichendes Vorgehen gewählt wurde, oder bei generell kritisch eingestellten Personen (ebd.). Viele Menschen, die die Erfahrung der Zwangseinweisung gemacht haben, verlören das Vertrauen in Behandler bzw. die Psychiatrie (ebd.).

5.3.7 Zukunftsvorstellungen und Hürden

Die Teilnehmer beschrieben sowohl Hoffnungen, als auch Skepsis in Bezug auf antizipierte Hürden und äußerten Ideen für die zukünftige Weiterentwicklung der Dokumente. Nachfolgend werden die Zukunftsvorstellungen diskutiert, eine Diskussion der Hürden findet sich in Kapitel 5.5.1.

Nicht alle Teilnehmer konnten bereits über Erfahrungen mit ihrem Dokument berichten, schilderten aber, wie sie sich einen zukünftigen Umgang mit ihrem Dokument vorstellen.

Skepsis, Hoffnungen und Ideen

Die Teilnehmer verbinden nach der Erstellung ihres Dokuments große Erwartungen und Hoffnungen mit diesem, äußern sich aber teilweise auch skeptisch und antizipieren potentielle Hürden der Umsetzung. Die Teilnehmer machen sich Gedanken, wie die Verbreitung der Dokumente gesteigert werden könnte und schlagen beispielsweise vor, den Krisenpass über die Ärztekammer oder die Krankenkassen verbreiten zu lassen.

Auch in der Literatur wird beschrieben, dass sowohl die potentiellen Patienten, als auch die Behandler nicht viel Erfahrung mit dem Instrument der *PAD* hätten (Swanson et al. 2003) und obwohl viele Patienten und Behandler mit der *PAD*, die sie erstellt haben, zufrieden seien, dennoch kritisch gegenüber deren Funktionsfähigkeit in der Krise blieben (Backlar et al. 2001). Die Zufriedenheit sinke im Laufe der Zeit und sei nach einigen Monaten deutlich reduziert (ebd.).

5.3.8 Anwendungsabsichten der Teilnehmer und Modelle der Anwendung

Die schriftlichen Vorausverfügungen wurden nicht nur zur Vorausplanung von spezifischen psychiatrischen Behandlungsentscheidungen genutzt, sondern auch, um auf einer basaleren Ebene eine Lebensführung nach eigenen Vorstellungen abzusichern oder um Entscheidungen gemeinsam mit den Behandlern auszuloten.

Einige Teilnehmer wünschen sich, in der Krisensituation keine Diskussionen über ihre Behandlung führen zu müssen, andere wünschen sich den Austausch im Gespräch. Manche Teilnehmer wollen ihre Festlegungen als nicht widerrufbar umgesetzt wissen (Anwendungsmodell entsprechend dem *Framework Irrevocable Decision*), während andere sie vielmehr als Ausgangspunkt für einen Dialog verstehen (Anwendungsmodell entsprechend dem *Framework Shared Decision-Making During Crisis*).

Mit dem gleichen Dokumententyp (einseitige Verfügung oder zweiseitige Vereinbarung) bezwecken verschiedene Teilnehmer den Anstoß zu einer Verhandlung oder die strikte Befolgung der festgehaltenen Bestimmungen. Vom Dokumententyp können keine Schlüsse auf das beabsichtigte Anwendungsmodell gezogen werden: Ein Nutzer, der bei der Erstellung einer Behandlungsvereinbarung im Gespräch Kompromisse eingeht, kann trotzdem die strikte Einhaltung der verhandelten Entscheidungen für den Krisenfall fordern. Im Gegensatz dazu kann ein Dokument, das der Nutzer alleine, ohne Einbeziehen der Behandler, erstellt hat, dazu dienen, in der Krise ein Gespräch anzustoßen, in dem dann gemeinsam eine Entscheidung getroffen wird.

Da anhand des Dokumententyps keine Rückschlüsse gezogen werden können, ob ein Verfasser seine Vorausplanung als Anstoß zu einer Verhandlung nutzen will oder die strikte Befolgung der festgehaltenen Entscheidungen einfordert, kann es unter Umständen empfehlenswert sein, eine Kennzeichnung im Dokument darüber vorzunehmen, welche Entscheidungen verbindlich einzuhalten sind, welche Entscheidungen in der Krise widerrufen werden können sollen und welche eher der Orientierung dienen. Das Problem unpräziser Formulierungen durch Vordrucke in den Dokumenten ist ggf. vernachlässigbar, falls nur ein Gespräch angestoßen werden soll. Eine Idee wäre auch die Einführung von *Verhandlungsvereinbarungen* (semantisch und inhaltlich angelehnt an die Idee der *Behandlungsvereinbarungen*) für Verfasser, die eine Anwendung nach dem Modell des *Frameworks Shared Decision-Making During Crisis* beabsichtigen.

Da manche Teilnehmer das Motiv der rechtlichen Absicherung in den Vordergrund stellen und für andere der juristische Aspekt eine untergeordnete Rolle spielt, könnten auch für diese divergierenden Prioritäten jeweils unterschiedliche Dokumente in Frage kommen. Zumal aktuell prinzipiell von der gleichen rechtlichen Verbindlichkeit der Dokumente des gleichen Typs auszugehen ist.

Dass sich die Ansichten zwischen Behandlern und Nutzern psychiatrischen Patientenverfügungen darüber unterscheiden, ob die Verfügungen rechtlich übergangen werden können sollen, ist bekannt (vgl. Thom et al. 2015) – durch die vorliegende Arbeit wurde verdeutlicht, dass sich die Ansichten dazu auch unter den Nutzern selbst unterscheiden, was auch aus dem amerikanischen Kontext bekannt ist (vgl. Srebnik et al. 2005; Swanson et al. 2003). Darüber hinaus wurde herausgearbeitet, dass selbst ein und derselbe Nutzer einige Elemente seiner Vorausplanung verbindlich umgesetzt wissen will und bei anderen dagegen weniger Wert darauf legt.

Die Ergebnisse der genannten Studien weisen darauf hin, dass es auch in größeren Stichproben und anderen Ländern gespaltene Ansichten dazu gibt, wie verbindlich die festgelegten Entscheidungen sein sollen.³³ Eine Studie aus Deutschland erwähnt, dass die meisten (75%) potentiellen Patienten wollen, dass professionelle Behandler die Entscheidungen alleine treffen, wenn ihre Symptome zu stark werden (Simon et al. 2007) – was im Umkehrschluss aber auch bedeutet, dass selbst in Fällen starker Beeinträchtigung durch Symptome ¼ der Befragten dieses verneint.

Es gilt, bereits während der Erstellung einer psychiatrischen Vorausverfügung Umstände einer Widerrufbarkeit zu erwägen und den Aspekt der Anwendungsabsicht in die Planung einzubeziehen (beispielsweise: „In welchen Situationen gilt Verbindlichkeit?“, „Gilt Verbindlichkeit für alle Entscheidungen oder nur für manche?“).

In Verbindung mit den Beobachtungen könnte auch stehen, dass es unter der Gruppe der potentiellen Patienten nicht immer eindeutig auszumachen ist, ob ihnen Autonomie als Wert der wichtigste ist (zu Hinweisen auf pluralistische Werte vgl. Cookson & Dolan 1999; Nicaise et al. 2015).

³³ In den USA wollen 57% der befragten Verfasser einer *PAD*, dass ihre dokumentierten Entscheidungen bei Einwilligungsunfähigkeit in der Krise „*irrevocable*“ sind (Srebnik et al. 2005, S. 596) und in Neuseeland lehnen es 52 % der befragten potentiellen Nutzer von *PADs* ab, dass ihre Verfügungen durch das Gesetz übergangen werden können (Thom et al. 2015).

Autonomie und therapeutische Zusammenarbeit werden als verschiedene Ansätze psychiatrischer Patientenverfügungen geschildert (Nicaise et al. 2015): Je nach gesetztem Schwerpunkt werde auch unterschiedlich betrachtet, ob die Initiative zur Erstellung einer psychiatrischen Patientenverfügung von den Nutzern, in Form einer Nachfrage, oder von den Behandlern, als Angebot, ausgehen sollte. Ebenso gebe es auch, je nach Schwerpunkt, andere inhaltliche Präferenzen zu Deeskalationsmethoden und Aufgaben der Vertrauensperson. Diese Betrachtungen scheinen mit dem verfolgten Ansatz der Identifikation verschiedener Anwendertypen zu korrespondieren. Allerdings ist es ein nicht zu vernachlässigender Aspekt, dass der gesetzte Schwerpunkt wohl auch vom Stadium im Prozess des Verfügens (initiiieren, erstellen, anwenden) abhängig ist (Nicaise et al. 2015). Es könnte folglich nicht nur vom Typus des Verfassers abhängen, welche Präferenzen und Anwendungsabsichten bestehen, sondern von Situationen und Phasen, in denen sich die Person und ihr Dokument befinden.

Die Ergebnisse dieser Studie zeigen, dass es den Verfassern bei manchen Entscheidungen besonders wichtig ist, dass diese eingehalten werden. Der Umstand, dass der Grad an angestrebter Autonomie je nach Art der Entscheidung variiert, wird auch in der Literatur abgebildet (vgl. beispielsweise Adams, Drake & Wolford 2007; Pathare et al. 2015). Im Prozess der Entscheidungsfindung wird eine Unterscheidung vorgenommen, in welchen Fällen die eigene Autonomie wichtiger ist und in welchen die Entscheidung einem professionellen Behandler überlassen wird (Pathare et al. 2015, Ergebnisse für Indien).³⁴

Einige Teilnehmer gaben an, dass sie in der Vergangenheit einen Verlust von Kontrolle erlebt hatten oder sich nicht in Behandlungsentscheidungen einbezogen gefühlt haben – ein Gefühl das von Patienten, die eine Zwangsbehandlung erlebt haben, häufig geschildert wird (Valenti et al. 2014). Im Zusammenhang mit dem Motiv, Kontrolle auszuüben oder zu bewahren, fand sich auch der Wunsch, an Behandlungsentscheidungen beteiligt zu werden oder Maßnahmen selbst zu bestimmen.

Der Wunsch nach Kontrolle und Beteiligung ist auch durch Nutzer von *JCP* aus anderen Studien und vor anderen gesellschaftlichen Hintergründen bekannt (vgl. Farrelly et al. 2014) – ebenso wie das Motiv, die Behandlung mitzubestimmen (z. B. bei Varekamp 2004, durch Diskussion im Voraus).

Den Teilnehmern ist Autonomie in der Krise in unterschiedlichem Ausmaß wichtig und sie wollen sie auf unterschiedliche Arten verwirklichen. Aus einer Studie aus den Niederlanden zu Ulysses-Kontrakten ist bekannt, dass es unterschiedlich ist, in welchem Maße Personen bereit sind, ihre Autonomie in der Krise aufzugeben (Varekamp 2004).

³⁴ z. B. wurde (in Indien) bei Entscheidungen über Medikamente eher den Empfehlungen gefolgt, die die Behandler geben, wohingegen es den potentiellen Patienten bei Entscheidungen zum Einsatz einer EKT wichtiger war, selbst autonom (mit) zu entscheiden (Pathare et al. 2015).

5.3.9 Besonderheiten psychiatrischer Vorausplanung und Motive der Verfasser

Bei der psychiatrischen Vorausplanung fallen andere Ansätze auf, als bei der Vorausplanung für das Lebensende. Geht es bei der Vorausplanung für das Lebensende thematisch vor allem darum, lebenserhaltende Maßnahmen zu diskutieren, zielt die Vorausplanung für den psychiatrischen Bereich darauf ab, als traumatisierend empfundene Maßnahmen zu vermeiden und die für den potentiellen Patienten subjektiv beste Behandlung zu erreichen, wobei auch Fragen der Kommunikation, der zwischenmenschlichen Interaktion und der Deeskalation eine Rolle spielen. Einige Nutzer psychiatrischer Vorausverfügungen beabsichtigen diese explizit einzusetzen, um auch in der Krise in Entscheidungen einbezogen zu werden und erhoffen sich durch sie positive Auswirkungen auf die zwischenmenschliche Interaktion.

In den Vorausplanungen für das Lebensende geht es um Fragen von Leben und Tod und darum, *nach den eigenen Vorstellungen sterben zu können*. In den psychiatrischen Vorausplanungen geht es darum, als Individuum mit Rechten wahrgenommen zu werden und subjektive Präferenzen umzusetzen, um *nach den eigenen Vorstellungen leben zu können* und persönliches Wohlbefinden zu erreichen.

In den Situationen, für die am Lebensende vorausgeplant wird, kann meist keine Kommunikation geäußert werden. Für die psychiatrische Vorausplanung ist dagegen sowohl die Option Kommunikation herbeizuführen, als auch sie vermeiden zu wollen, inhaltlich prinzipiell möglich. Einige Teilnehmer wollen durch ihr Dokument eine Diskussion in der Krisensituation vermeiden, wohingegen andere – gerade im Gegenteil – gezielt ein Gespräch anstoßen wollen.

Die Teilnehmer dieser Studie nutzten ihre Dokumente nicht, um grundsätzlich jegliche psychiatrische Maßnahme abzulehnen, mitunter werden aber durchaus einschneidende Erfahrungen durch das Erleiden von Zwangsmaßnahmen geschildert, deren wiederholte Anwendung abgewehrt werden soll. Daher werden teilweise große Hoffnungen mit dem Dokument verbunden, ein Teilnehmer traf allerdings gar nicht erst Festlegungen zum Umgang mit Zwangsmaßnahmen, da er sich von solchen Wünschen sowieso keine Umsetzung versprach. Auch Backlar et al. sehen Hinweise darauf, dass sich die Anwender psychiatrischer Vorausverfügung in hohem Maße machtlos gegenüber dem Einsatz von Zwangsmaßnahmen fühlen (Backlar et al. 2001). Auf dieses Gefühl der Machtlosigkeit führen sie auch die nach einigen Monaten aufkommende Skepsis der Anwender (nach anfänglichem Enthusiasmus) zurück (ebd.; Henderson et al. 2009).

Für einige Verfasser ist die Anerkennung und Umsetzung ihrer Vorausverfügung das beabsichtigte Ziel, andere setzten sie als Mittel zum Zweck ein, etwa um überhaupt ins Gespräch zu kommen. Dass die Anerkennung einer Vorausverfügung an sich schon der Zweck ist, diese zu verfassen, ist auch schon in der Literatur beschrieben worden (Henderson et al. 2008). Dies deckt sich mit der Beobachtung, dass zuweilen die Erfüllung der konkret festgehaltenen Wünsche, das Ziel der Teilnehmer ist und sich manchmal, darüber hinaus, noch übergeordnete Ziele finden.

Die in der Literatur beschriebenen Ziele der Autonomie, der Koordination der Behandlung sowie der verbesserten Zusammenarbeit und Kommunikation, fanden sich auch bei den Teilnehmern der hiesigen Studie (vgl. z. B. Nicaise et al. 2015, Studie aus Belgien, in der mittels Auswahlfragen Interviews zum Thema Werte von Nutzern und Behandlern bzgl. PAD geführt wurden).

5.3.10 Ethische Überlegungen

Der Theorie nach wird durch eine Behandlung – unter Umständen auch durch eine Zwangsbehandlung – die Krankheit therapiert und das Wohl des Patienten langfristig gesehen gefördert (vgl. Beauchamp & Childress 2013). Die Pflicht zur bestmöglichen Therapie entspricht zunächst am ehesten der Behandlung nach geprüften und bewährten Leitlinien. Jedoch ist dafür die Akzeptanz der Behandlung durch den Patienten eine Voraussetzung. Es stellt sich prinzipiell die Frage, ob nicht die nach Leitlinien zweitbeste Behandlung, die für den Patienten bessere ist, wenn diese dafür die durch den Patienten akzeptiertere ist. Von Patienten gegebene Hinweise, etwa zur Verträglichkeit von Medikamenten oder anderen zu beachtenden Erkrankungen, können dazu beitragen, die Behandlung zu verbessern und im Sinne des Patienten zu entscheiden. Abzuwägen ist, welcher Schaden (etwa durch Nebenwirkungen) gerechtfertigt werden kann, um einen noch größeren Schaden abzuwehren und inwieweit ein Schaden überhaupt *objektiv* beurteilt werden kann – oder ob es nicht viel mehr stets subjektiv ist, was als Schaden gelten kann. Wenn die Perspektive bestimmt, ob ein Schaden vorliegt, sollte gefragt werden, wessen Perspektive ausschlaggebend ist – die des Behandlers oder die des Betroffenen? Durch eine Zwangseinweisung wird ein Patient eventuell vor sich selbst geschützt und somit ein Schaden abgewehrt, allerdings kann eine Behandlung auch einen (unter Umständen erheblichen) Schaden für den Patienten bedeuten.

Demgegenüber kann es einen Schaden durch Unterlassen darstellen, einen Patienten nicht zu therapieren, was einer Verletzung der Wohltuns-Verpflichtung gleichkommen kann. Das Prinzip des Nichtschadens soll aber eigentlich nur den Schaden verhindern, der durch das Handeln des Arztes verursacht wird. Gerade in diesem Kontext wird deutlich, wie wichtig die Aufklärung über Wirkungen, Nebenwirkungen und Alternativen der Behandlung ist (*siehe dazu auch Kapitel 2.1.1.2.2*).

Trotzdem ist natürlich grundsätzlich zu fragen, was dem Patienten (am meisten) schadet. Unter einem Schaden kann theoretisch die Minderung der Lebensqualität durch von Behandlern verursachten Maßnahmen, wie Freiheitsentzug und Zwangsbehandlung, verstanden werden. Für den Patienten können Zwangsmaßnahmen einen potentiellen Schaden durch Traumatisierung darstellen. Dies wäre ein Schaden, der durch die Handlung des Arztes entsteht. Auch eine für den Patienten ungeeignete oder mit vielen Nebenwirkungen einhergehende Therapie, kann einen Schaden für den Patienten bedeuten. Ethisch gesehen stellt sich für den Arzt die Frage, ob es dem Patienten mehr schadet, ihn zu behandeln oder nicht – und unter welchen Umständen ein etwaig eintretender Schaden zu rechtfertigen wäre.

Fürsorge und Selbstbestimmung können miteinander in Konflikt stehen, vor allem wenn Zwangsmaßnahmen erforderlich werden. Grundsätzlich sollten sie zwar nicht als Gegensätze betrachtet werden, sondern als Prinzipien, die einander berücksichtigen und sich gegenseitig bedingen (Jox 2004, 2011). Nichtsdestotrotz kann ein Spannungsfeld entstehen, etwa wenn es in der Praxis zu Konflikten zwischen der Patientenautonomie und der „professionellen“ Autonomie im Sinne der Fürsorge kommt („*patient autonomy will sometimes conflict with ‘professional’ autonomy*“, Varekamp 2004, S. 298) – was wiederum zu Problemen und reduzierter Begeisterung für Vorausplanungen führen kann („*this may lead to reduced enthusiasm for a Ulysses directive when client and psychiatrist try to make an arrangement*“, ebd.).

5.4 Chancen und Risiken von Vorausplanung

Eine psychiatrische Vorausplanung zu erstellen geht sowohl mit Chancen, als auch mit Risiken einher. Diese werden im Folgenden dargestellt.

5.4.1 Chancen

Eine psychiatrische Patientenverfügung (oder ein anderes Dokument zur psychiatrischen Vorausplanung von Behandlungsentscheidungen) kann bei Schwierigkeiten der Identifikation von Behandlungswünschen und Wertvorstellungen eines (dem Behandler unbekannt) Patienten hilfreich sein, wenn sie zeitnah verfügbar und auf die Situation anwendbar ist. Im Umgang mit einem einwilligungsunfähigen Patienten kann das Dokument zur Vorausplanung als Hilfestellung für den behandelnden Arzt dienen, wenn er entscheiden muss, welche (Zwangs-)Maßnahme vorrangig zu ergreifen ist. Vor allem in Fällen, in denen die Präferenzen des Patienten ansonsten unbekannt wären, liegt ein großes Potential von Vorausplanungen unter anderem darin, eine subjektiv als gut empfundene Behandlung zu leisten.

Zu wissen, welche Behandlungsmaßnahmen ein Patient bevorzugt, kann die Zusammenarbeit von Patienten und Behandlern und dadurch auch die Behandlung selbst verbessern. Einige Teilnehmer schildern durchaus bereits positive Erfahrungen mit dem Einsatz ihrer Dokumente zur Vorausplanung psychiatrischer Behandlungsentscheidungen. Wenn erreicht werden kann, dass die Behandler die Patientenwünsche respektieren, nehmen die Patienten auch die Therapie eher an (bessere *Compliance*, Khazaal et al. 2009). Ein Teilnehmer wies darauf hin, dass die Vorausplanung auch den Behandlern helfen könne, indem sie ihnen Sicherheit in der Behandlung gebe.

Eine *PAD* kann – durch Hinweise auf wirksame Deeskalationsmaßnahmen – nützlich sein, um eine Krisensituation zu deeskalieren³⁵ (Nicaise et al. 2015, unter Verweis auf Atkinson, Garner & Gilmour 2004; Elbogen et al. 2006; Henderson et al. 2004; Swanson et al. 2006 B) und um die Behandlung während einer Krise zu managen – durch die Angabe von Behandlungspräferenzen (ebd.). Des Weiteren kann sie eingesetzt werden, um soziale Angelegenheiten zu regeln, z. B. betreffend Wohnung oder Haustiere (ebd.). Eine potentielle Chance von Vorausplanung könnte darin bestehen, die *PAD* – im Sinne einer Prävention – bereits in einer frühen Phase eines Rückfalles einzusetzen, um Krisen vorzubeugen (ebd.).

Daten legen nahe, dass eine Verbesserung der Therapeuten-Patienten-Beziehungen durch *JCPs* stattfinden kann, da sich Patienten im Rahmen der Intervention respektierter und besser verstanden fühlen, besonders in Bezug auf ihre Wünsche an eine zukünftige Behandlung (Thorncroft et al. 2013). Einige Behandler scheinen ein besseres Verständnis für die Ansichten der Patienten bezüglich der Behandlung und in Bezug auf ihr Auftretens in einer Krise gewonnen zu haben (ebd.). Diese Nutzen zeigten sich, wenn Treffen im Rahmen der *JCP*-Intervention als Hilfe für Behandler genutzt wurden, um Respekt für die Erfahrungen und Ansichten der Patienten in Bezug auf ihre Behandlung zu zeigen – zum Beispiel durch aktives Zuhören (ebd.).

³⁵ Dies wird beispielsweise bei Srebnik und Brodoff erwähnt (Srebnik & Brodoff 2003).

Für einige Teilnehmer der vorliegenden Studie schien das Verfassen der Vorausplanung eine Art und Weise zu sein, um mit der Erkrankung und vergangenen Erlebnissen umzugehen. So plante beispielsweise ein Teilnehmer seine Vorausverfügung im Zusammenhang mit einem „Recovery-Programm“. Dass Vorausplanungen als *Recovery*-orientiert betrachtet werden, ist aus der Literatur bekannt (vgl. Backlar et al. 2001; Scheyett et al. 2007; siehe Kapitel 2.2.3.4 Ziele und Effekte von Vorausplanung).

Eine Vorausverfügung zu erstellen, könnte für Verfasser eine Auseinandersetzung mit vergangenen Krisen und Überlegungen zu alternativen Verhaltensweisen mit sich bringen (Khazaal et al. 2009, Studie zu Effekten von PADs bei bipolaren Patienten). Außerdem wird in diesem Zusammenhang erwähnt, dass Psychiater den Gedanken haben, die Verfasser können dadurch gestärkt werden, im Rahmen von Vorausplanung mittels eines Ulysses-Kontraktes, Verantwortung zu übernehmen und selbstständig über ihre Probleme nachzudenken („*clients take responsibility for their illness and think about their problems themselves, which makes them stronger*“, Varekamp 2004, S. 295).

5.4.2 Risiken

Im Rahmen dieser Studie wurden Hinweise gefunden, dass mit dem Instrument der (psychiatrischen) Vorausverfügung unter Umständen auch Risiken verbunden sind. Für die Verfasser, die ein solches Dokument bei sich tragen oder besitzen, sollten Antworten auf die möglicherweise bestehende Gefahr einer Stigmatisierung diskutiert werden. Ebenso besteht die Gefahr eines Vertrauensverlusts, wenn Vereinbarungen nicht eingehalten und der (vorausverfügte) Wille des Patienten missachtet wird. Des Weiteren soll hier auch auf die Gefahr der Instrumentalisierung des Instruments der Vorausplanung, durch Interessengruppen für deren Zwecke, hingewiesen werden.

Gefahr der Instrumentalisierung

Es besteht die ernstzunehmende Gefahr der Instrumentalisierung von Vorausverfügungen durch Interessengruppen, die Einfluss auf die Verfasser ausüben. Ein Teilnehmer berichtete davon, sich unter Druck gesetzt zu fühlen, „es ganz ohne Medikamente zu schaffen“. Wichtig ist, ein Bewusstsein für dieses Risiko zu schaffen.³⁶ Potentielle Patienten könnten unter Druck gesetzt werden, bestimmte Dokumente zu verfassen oder bestimmte Entscheidungen festzulegen.

Die Gefahr des Missbrauches eines Instrumentes, das die Stärkung der Patientenautonomie zum Ziel hat, wird auch in der Literatur erwähnt (Varekamp 2004): Die Vorausplanung könne schlimmstenfalls zu einem Instrument der Bevormundung werden und so nicht die Autonomie des Patienten, sondern ein paternalistisches System stärken (wenn Behandler oder Angehörige die Patienten zwingen, sie zu verfassen). Neben potentiellen Vorteilen birgt eine Vorausverfügung also auch die potentielle Gefahr, dass Patienten (entgegen der eigentlichen Intention) durch die Dokumente entmachtet werden (Sales 1993).

³⁶ Bzw. sich dieser Gefahr bewusst zu sein.

Auch in einer qualitative Interview-Studie mit Patienten, Angehörigen und Psychiatern aus den Niederlanden, zu deren Ansichten und Erfahrungen bezüglich *Ulysses-Kontrakten*, wird als ein Risiko von Vorausplanung genannt, dass Druck auf Patienten ausgeübt werden könnte, diese zu verfassen (Varekamp 2004, unter Verweis auf Brock 1993, Howell 1982). Ungeachtet der Art des Dokumentes, besteht wohl immer die Gefahr, dass Druck auf die Patienten ausgeübt wird, dieses zu verfassen und dass es instrumentalisiert wird.

Gefahr der Stigmatisierung

Das Problem der Gefahr einer Stigmatisierung durch das Mitführen eines Dokumentes, das einen als potentiellen Psychatriepatienten ausweist, kam vor allem im Vorfeld der Interviews zur Sprache, bei der Vorstellung der Studie bei einer Selbsthilfegruppe. Mitglieder berichteten von unterlassener medizinischer Hilfeleistung, da körperliche Symptome zu Unrecht als psychisch verursacht abgetan wurden, als der Krisenpass eines Betroffenen entdeckt wurde, der ihn als psychisch erkrankt auswies. Dies ist nur ein Beispiel, das verdeutlicht, dass das Ausfüllen und Mitführen von Dokumenten zur psychiatrischen Vorausplanung aus Sicht der Nutzer auch mit Bedenken über mögliche Nachteile verbunden ist.

Im UK gab es 1989 eine Initiative zu „*crisis cards*“. Die Karten wurden wieder zurückgezogen, nachdem es Beschwerden gab, dass Behandler beim Ausfüllen geholfen hätten und sich in der Folge die Befürchtung entwickelte, dass Inhalte festgehalten werden, die den Patienten schaden könnten oder dass das Tragen der Karten die Patienten stigmatisieren könnte (Henderson et al. 2008; Sutherby & Szmukler 1998; Weston & Lawson 1997).

Enttäuschung und Vertrauensverlust

Wie sich zeigte, ist ein Vertrauensverlust – der durch nicht realisierbare Erwartungen der Nutzer droht und in der Literatur bereits als Befürchtung der Behandler beschrieben wurde (vgl. Farrelly et al. 2016; Srebnik & Brodoff 2003; Thornicroft et al. 2013) – eine durchaus berechtigte Sorge. Die durch manche Behandler antizipierte Gefahr der Enttäuschung der Hoffnungen der Nutzer, bei Nicht-Umsetzung ihrer Vorausplanungen, ist real: Misstrauen gegenüber den Behandlern kann dazu führen, dass sich die potentiellen Patienten keine Hilfe in der Psychiatrie mehr suchen wollen. Das zeigen Berichte der Teilnehmer dieser und anderer Studien (z. B. Farrelly et al. 2015).

Eine Teilnehmerin berichtete über eine negative Erfahrung mit ihrem Dokument, da es zu einer Nichtbeachtung ihrer Vorausverfügung gekommen war. Sie kam zu der Einschätzung, das Erstellen der Behandlungsvereinbarung habe ihr mehr geschadet als genutzt, da es mit Mühe und enttäuschter Hoffnung verbunden sei. Auch Henderson et al. bemerken dieses Problem in Bezug auf JCPs: „*for some users [...] their expectations for care are likely to have been raised and then dashed [...]. Thus completion followed by lack of effective use may be worse than no implementation at all*“ (Henderson et al. 2009, S. 370).

In der Literatur wird darauf hingewiesen, dass die therapeutische Zusammenarbeit beziehungsweise die therapeutische Beziehung darunter leiden könne, wenn Patienten nicht auf die Möglichkeit des Übergehens der Vorausplanung vorbereitet werden (Atkinson, Garner & Gilmour 2004).

Des Weiteren liegt es nah, dass mangelhaftes Engagement von Seiten der Behandler dazu führen kann, dass das Vertrauen der Nutzer in das Instrument der Vorausplanung abnimmt (Farrelly et al. 2016).

Missachtung der Vorausverfügung

Wie die hier vorliegende Arbeit gezeigt hat, können einzelne psychiatrische Maßnahmen auf verschiedene Patienten traumatisierend wirken. Die Patienten müssen in der Folge mit den unter Umständen quälenden Erinnerungen leben. Durch Befolgung einer Vorausplanung können durchaus positive Ergebnisse erzielt werden. Jedoch kann ein Verstoß gegen eine Vorausplanung, die zur Abwendung traumatisierender Maßnahmen verfasst wurde, ein erneutes Durchleben des Traumas bedeuten. Auch in weniger drastischen Fällen, kann eine Missachtung der Wünsche des Patienten einen Verstoß gegen die freie Entfaltung seiner Persönlichkeit bedeuten.

Eine Missachtung der Vorausverfügung kann Misstrauen gegenüber der Psychiatrie und Abwendung vom System bedeuten, die zu dem Wunsch nach Selbstbehandlung führt – verbunden mit der Gefahr einer potentiellen Eskalation der Situation. Der Verfasser kann das Fazit ziehen, die Erstellung einer Vorausplanung habe ihm – durch den Aufwand der Erstellung und die damit verbundene Hoffnung, die enttäuscht wird – mehr geschadet, als genutzt. Es besteht das Risiko, dass die Enttäuschung umso größer ist, wenn in der Vorausverfügung getroffene Festlegungen nicht umgesetzt werden, obwohl sie vormals gemeinsam vereinbart und nicht nur durch den Verfasser alleine bestimmt wurden. Zu berücksichtigen ist dabei, dass sich der Schaden, der bei Missachtung von Behandlungswünschen für den Patienten entsteht, durch das Erstellen einer Vorausplanung sogar noch potenzieren kann – durch erfolglos investierte Zeit, Arbeit und Hoffnungen.

Risiko der Begrenzung der Autonomie durch Vorausplanung

Diskutiert werden sollte das Risiko, dass Nutzer durch ihre vorausgeplanten Entscheidungen ihre Autonomie möglicherweise eher begrenzen, als diese zu fördern (indem sie z. B. mehr Unterstützung als nötig einfordern oder eine Behandlung ablehnen, die zur Wiederherstellung der Autonomie führen könnte, siehe Farrelly et al. 2016). Behandler äußerten die Befürchtung, dass unangemessene Entscheidungen der Nutzer in Konflikt zu ihrer Fürsorgepflicht gegenüber den Patienten stehen könnten (Farrelly et al. 2016) – was auch als ein Problem dafür dargestellt wird, die Nutzer in der Diskussion und Entscheidungsfindung zu fördern (ebd.).

Weitere Nachteile

Ein weiterer, potentieller Nachteil des Vorausverfügens psychiatrischer Behandlungsentscheidungen, wird in einer Studie aus den Niederlanden erwähnt: es könne in der Akutsituation zu einer Frustration führen, zu wissen, dass man bereits seine Zustimmung zu etwas gegeben hat, das man jetzt aber komplett anders sehe (bezogen auf Ulysses-Kontrakte, Varekamp 2004).

Von einer negativen Erfahrung in Zusammenhang mit dem Verfassen einer *PAD* wird auch bei Backlar et al. berichtet (Backlar et al. 2001). Dort wird beschrieben, dass es zu einer Art Schaden durch eine *PAD* kam – da diese ignoriert wurde, entstand bei der Verfasserin Aufregung und die Befürchtung, dass Behandler ihr wegen ihres Dokumentes negativ begegneten (sinngemäß befürchtete sie den Vorwurf „wieso will der Patient sich selbst behandeln?“, ebd.).

5.5 Bedeutung für die Praxis und Empfehlungen

Eine psychiatrische Vorausplanung zu erstellen, kann aus ethischer Perspektive als sinnvolle Maßnahme angesehen werden, wenn sie die Autonomie der Verfasser fördert, ihnen nicht schadet, sie gerecht behandelt und dem Prinzip der Fürsorge für den Patienten Rechnung trägt (Beauchamp & Childress 2013). Außerdem sollte die Maßnahme zu einem besseren *outcome* für die Patienten führen, also beispielsweise zu weniger Zwangsmaßnahmen. Es gibt Anzeichen dafür, dass Vorausplanung dazu theoretisch das Potential hat, es jedoch noch Verbesserungsbedarf bei der Umsetzung gibt.

Nachfolgend werden die bekannten Hürden zusammengefasst und in Bezug zur aktuellen Literatur diskutiert, darauf werden Empfehlungen und Anregungen für die Zukunft gegeben.

5.5.1 Hürden

Von den Teilnehmern der vorliegenden Studie wurden Hürden bei der Verfassung und Umsetzung von psychiatrischen Vorausplanungen beschrieben, die sich weitestgehend auch in der relevanten Literatur finden. So wurden als Hürden bei der Umsetzung psychiatrischer Vorausplanungen zum Beispiel Diskrepanzen zwischen tatsächlichen und dokumentierten Wünschen beschrieben, mangelnde Verfügbarkeit der gewünschten Maßnahmen (z. B. durch mangelnde Kontinuität in der Behandlung, Farrelly et al. 2014; Farrelly et al. 2015, 2016) sowie das Übergehen der Vorausverfügungen und mangelndes Engagement seitens der Behandler (z. B. wegen Bedenken über Fürsorge und Verantwortung: „*concerns about beneficence and responsibility*“, Farrelly et al. 2016, S. 454/455). Auch organisatorische Schwierigkeiten durch mangelnde Ressourcen und hohe Arbeitsbelastung (Papageorgiou et al. 2002) oder durch Bürokratie (Farrelly et al. 2015) wurden als Hürden aufgezeigt. Des Weiteren werden Schwierigkeiten einen Stellvertreter zu finden (Backlar et al. 2001), Zweifel an der Umsetzung und Zweifel der Behandler genannt (Farrelly et al. 2016). In der Literatur werden auch politische Aspekte und Routinevorgehen als Hürden genannt („*specific barriers as aspects of policy, routine procedures*“, Farrelly et al. 2016, S. 454).

Das Ziel transparenter Kommunikation zwischen allen Beteiligten scheint noch nicht erreicht zu sein, wie auch eine Studie von Farrelly et al. nahe legt (Farrelly et al. 2014). Mangelnde Zustimmung der Behandler und mangelndes Vertrauen der Nutzer in das JCP-Programm werden dort als Schwierigkeiten bei der Umsetzung identifiziert (ebd.).

Bemängelt wurde das Fehlen von Kontinuität bei der Behandlung in der klinischen Routineversorgung (Farrelly et al. 2015). Als praktische bzw. organisatorische Hürden waren die Nicht-Auffindbarkeit des Dokumentes und das generelle Problem des Nicht-Vorliegens des Dokumentes in der Krisensituation zu beobachten (ebd.). Für England wird beschrieben, dass Routineabläufe im psychiatrischen Sektor von organisatorischen Erfordernissen zur Risikominimierung geprägt und personenzentrierte Ansätze untergraben würden (ebd.). Erfahrungsberichte der Teilnehmer der vorliegenden Studie lassen vermuten, dass auch in Deutschland die Routineprozesse im Falle von psychiatrischen Krisen wenig Raum lassen, um die individuellen Umstände der Betroffenen zu berücksichtigen. Diese Vermutung sollte ggf. durch zukünftige Forschung untersucht werden.

Wie einige Teilnehmer in dieser Studie, kritisierten auch Verfasser von *JCP* in England einen Mangel an Konstanz als Hürde zur Umsetzung der Vorausplanung: die Ärzte, mit denen die Vereinbarungen getroffen wurden, wären zum Zeitpunkt der Krisenbehandlung nicht (mehr) da, was zu einem Abbruch einer hilfreichen Behandlung führen könne (Farrelly et al. 2014). Es kann der Fall sein, dass der in der Krise anwesende Behandler nichts von den Vereinbarungen weiß, die mit einem anderen Behandler getroffen wurden (Varekamp 2004).

Als Hürde wird in der Literatur die Sorge von Psychiatern bzw. Behandlern identifiziert, dass die Verfasser in ihren psychiatrischen Vorausplanungen unvernünftige Entscheidungen treffen oder sogar alle Maßnahmen ablehnen (vgl. Atkinson, Garner & Gilmore 2004; Backlar et al. 2001; Charles, Gafni & Whelan 1997; Swartz et al. 2005; Varekamp 2004). Gleichzeitig gibt es Studien, die dieser Sorge entgegenhalten, dass in Vorausplanungen durchaus für die Behandlung sinnvolle Entscheidungen festgehalten werden: Beispielsweise zeigte eine Studie aus England, die sich mit *Joint Crisis Plans* beschäftigt, dass die Mehrheit der potentiellen Patienten klinisch vernünftige, den Behandlungsleitlinien entsprechende Entscheidungen trifft, wenn ihnen die Möglichkeit zur Beteiligung gegeben wird (Farrelly et al. 2014).

Beschrieben wurde eine Ambivalenz unter den Behandlern gegenüber verschiedenen Formen von Behandlungsvorausplanungen (Farrelly et al. 2016; Papageorgiou et al. 2002; Thornicroft et al. 2013). Die Behandler äußerten auch die Sorge, dass durch den *JCP*-Prozess bei den Nutzern falsche Hoffnungen geweckt werden könnten (Thornicroft et al. 2013). Dies deckt sich auch mit in der hiesigen Studie beschriebenen Äußerungen einer Teilnehmerin, dass ihr das Erstellen der Behandlungsvereinbarung geschadet habe, da ihre Festlegungen nicht beachtet worden seien.

Die Beseitigung beschriebener Hürden konnte für die Teilnehmer ein übergeordnetes Ziel darstellen.

5.5.1.1 Infragestellung der Gültigkeit / Bescheinigung der Einwilligungsfähigkeit

Generell war die Frage nach der Gültigkeit der in den Dokumenten festgehaltenen Behandlungswünsche ein präsent Thema unter den Verfassern. Auch über die regelmäßig vorgenommene Aktualisierung seiner Dokumente berichtete ein Teilnehmer.

Im Kontext von Vorausverfügungen gibt es zwei Situationen, in denen es von großer Wichtigkeit ist, die Einwilligungsfähigkeit eines Patienten zu beurteilen: Zum einen muss das Vorliegen der Einwilligungsfähigkeit beziehungsweise der Einwilligungsunfähigkeit in der Krisensituation geprüft werden. Denn nur wenn Einwilligungsunfähigkeit besteht, wird die Patientenverfügung benötigt (zumindest rechtlich – im Fall von Ulysses-Kontrakten wird dieser Punkt zum Teil kontrovers debattiert, z. B. Davis 2008). Zum anderen muss beurteilt werden, ob der Patient zum Zeitpunkt des Verfassens seiner Patientenverfügung einwilligungsfähig war – zumal, wenn Zweifel an der Gültigkeit der Verfügung bestehen. Im Falle der Einwilligungsunfähigkeit eines Patienten, ist es zum einen die Aufgabe des Behandlers, darauf hinzuwirken, diese wieder herzustellen (vgl. Appelbaum 2007) – auf der anderen Seite muss auch der Stellvertreter, falls vorhanden, hinzugezogen bzw. die Patientenverfügung berücksichtigt werden (vgl. Krohm & Summers 2002).

Die Infragestellung der „Zurechnungsfähigkeit“ der Verfasser zum Zeitpunkt des Verfassen der Vorausverfügung und damit verbunden die Gültigkeit des Dokumentes, wurde in einem Interview thematisiert. Ein Teilnehmer ließ seine Einwilligungsfähigkeit zum Zeitpunkt des Verfassens in seinem Dokument bescheinigen – durch Unterschriften und Stempel seines behandelnden Arztes, seines Stellvertreters und eines Juristen. In der Literatur werden Schwierigkeiten, die Einwilligungsfähigkeit bescheinigen und das Dokument beglaubigen zu lassen, beschrieben (Henderson et al. 2008).

Außerdem wird die Bedeutung der Einwilligungsfähigkeit als zentrale Voraussetzung betont und empfohlen, die PAD gemeinsam mit einem *Facilitator* zu erstellen, um einen Zeugen zu haben und somit der PAD größere Rechtsgültigkeit, Glaubwürdigkeit und Aussagekraft zu verleihen („*obtain witness*“, Elbogen et al. 2007 A, S. 6). Die Beratung durch einen *Facilitator* wird sogar als Mittel betrachtet, um die Entscheidungsfähigkeit der Verfasser zu steigern: „*facilitation is an effective method to boost competence of cognitively-impaired clients to write PADs and make treatment decisions within PADs*“ (ebd., S. 1/2).

Die Einwilligungsfähigkeit ist in der Praxis unter Umständen nicht immer eindeutig zu beurteilen (Appelbaum & Grisso 1988; Vollmann 2008), weshalb zuweilen eine Konkretisierung der Kriterien gefordert wird (z. B. bei Jox 2011). Es besteht die Gefahr, dass zum Beispiel die Diagnose einer Psychose fälschlicherweise mit dem Vorliegen von Einwilligungsunfähigkeit gleichgesetzt wird (Markson et al. 1994). Unklarheiten bestehen darüber, inwieweit Einsicht und Selbstreflexion im Zusammenhang mit psychischen Erkrankungen, bei verschiedenen Patienten, gegeben ist. Beispielsweise ist unklar, wie und in welchem Maße Patienten über ihr Verhalten in der Krise reflektieren. Die Einschätzung, fremdgefährdend zu wirken, kann unter Umständen für die Betroffenen schwer nachvollziehbar sein. Auch die Frage, wie weit Folgen von Behandlungsentscheidungen überhaupt abzusehen sind, stellt sich. Das Problem der Feststellung der Einwilligungsfähigkeit wird in der Literatur diskutiert (z. B. bei Appelbaum & Grisso 1988; Vollmann 2008).

Auch bei der Anwendung von standardisierten Hilfsmitteln wie des *MacCAT-T*, basiert die Einschätzung auf der subjektiven Beurteilung des Testers und es kann zu abweichenden Beurteilungen kommen – wenn auch zu weniger großen (Appelbaum 2007; Grisso & Appelbaum 1995, 1998; Grisso, Appelbaum & Hill-Fotouhi 1997; siehe Kapitel 2.1.1.2.3 *Einwilligungsfähigkeit*). In einer Studie, durchgeführt an einer psychiatrischen Klinik in der Türkei, wurde gezeigt, dass Ärzte, Pflegepersonal und Angehörige oft Schwierigkeiten haben, die Einwilligungsfähigkeit zu beurteilen und es Abweichungen in der Beurteilung gibt, weshalb gefordert wurde ein objektives Instrument einzusetzen (Aydin Er & Sehiralti 2014). Kritisiert wird aber auch, dass der sich durch den *MacCAT-T* ergebende Score nicht die im wahren Leben vorliegende Komplexität von Entscheidungsprozessen abbilden könne und bei der Interpretation auch Werte und Erfahrungen berücksichtigt werden sollten („*it misses the complexity of the decision process in real life*“, Breden & Vollmann 2004, S. 273).

Die Einwilligungsfähigkeit stehe in einer komplexen Beziehung mit psychologischen Variablen: bei psychotischen und bipolaren Störungen sei die Einsichtsfähigkeit zwar der ausschlaggebendste Faktor zu deren Beurteilung, nicht aber bei nicht-psychotischen Störungen („*insight is the best discriminator of capacity status in psychotic disorders and BPAD but not in non-psychotic disorders*“, Owen et al. 2009 B, S. 1389).

Auf die Gefahr, dass Patienten in ihrer Patientenverfügung eine Behandlung ablehnen und dann freiheitsentziehend festgehalten, aber nicht behandelt werden dürften und auf das damit verbundene ethische Problem, das entsteht, wenn der Verzicht auf Behandlung zu Eigen- oder Fremdgefährdung führt, weist u. a. Jox hin (Jox 2011; DGPPN 2014). In diesem Zusammenhang wird auch diskutiert, ob bei psychiatrischen Patientenverfügungen höhere Ansprüche „an die Gewährleistung der Freiverantwortlichkeit und Einwilligungsfähigkeit zum Zeitpunkt der Abfassung“ (Jox 2011, S. 88) gestellt werden sollten.

Die Bezeugung der Einwilligungsfähigkeit zum Zeitpunkt der Abfassung einer Vorausverfügung mag für Ärzte zwar die Hürde senken, Vorausverfügungen umzusetzen, kann aber für die Nutzer eine Barriere bei der Erstellung sein. Falls diese bei Nutzern psychiatrischer Vorausverfügungen gefordert wird, nicht aber bei Nutzern anderer Vorausverfügungen, könnten sich erstere benachteiligt fühlen. Es besteht die Gefahr der Diskriminierung psychisch kranker Personen, falls eine Bescheinigung der Einwilligungsfähigkeit nur von dieser potentiellen Patientengruppe gefordert wird.

5.5.1.2 Übergehen der Vorausverfügung

Das Problem, dass der Inhalt der Vorausverfügungen während einer erneuten Krise nicht umgesetzt wurde, wurde thematisiert. Es kann schwierig sein, das Behandlungsteam von der Bedeutung von Patientenverfügungen zu überzeugen (vgl. Papageorgiou et al. 2002). Einige Teilnehmer äußerten die Befürchtung oder beschwerten sich, dass ihre Vorausplanungen übergangen und ihre festgelegten Wünsche nicht berücksichtigt werden. Diese Angst ist auch aus einer Studie aus England bekannt (Farrelly et al. 2015).

Eine Studie aus den USA von 2007 fand heraus, dass in 67% der Fälle die Behandlung der PAD entspricht und sich Abweichungen vor allem bei der Kontaktaufnahme zu Stellvertretern, bei Klinikpräferenzen und Zwangsmaßnahmen finden (Srebnik & Russo 2007) – einige befürchten Abweichungen, für andere sind sie unter Umständen akzeptabel. Interessant ist, wie die Einhaltung gesteigert werden kann, wenn sie den Verfassern wichtig ist.

Ein beachtenswerter Aspekt, der von einem Teilnehmer der hiesigen Studie angesprochen wurde, war, dass es in der realen Krisensituation nicht ausreicht, einen Krisenpass (bzw. ein anderes Dokument zur Vorausplanung) zu haben – man müsse, um die Beachtung beziehungsweise Umsetzung der Angaben des Dokumentes zu bewirken, den Behandlern gegenüber auch „entsprechend auftreten“.

Hier kann eine weitere Hürde bei der Umsetzung der vorausverfügten Behandlungswünsche identifiziert werden: Es erfordert von den Nutzern ein gewisses Auftreten (z. B. nachdrücklich darauf hinweisen, seriös wirken, selbstbewusst einfordern), das sie in der Krise (oder auch sonst) eventuell nur schwer zeigen können, um erstens die nötige Aufmerksamkeit für das Dokument zu bekommen und zweitens zu erreichen, dass das Dokument und die dort gemachten Angaben ernst genommen werden.

Das hier zu Grunde liegende Problem ist vielschichtig. Bisher gibt es keine gängige Praxis zum Umgang mit Vorausverfügungen in der Psychiatrie, es hat sich noch kein Prozess etabliert, der die Wahrnehmung des Vorhandenseins einer Vorausverfügung sichert. Zusätzlich zum Mangel an Bewusstsein kommt die Unsicherheit, wie mit Vorausverfügungen umgegangen werden soll und wie sie in die Routineversorgung integriert werden können.

Des Weiteren ist auch hier das bereits zuvor angesprochene Problem präsent, dass Patienten sich von Behandlern nicht ernst genommen fühlen oder aufgrund ihrer psychischen Erkrankung die Gültigkeit der Verfügung angezweifelt wird (ob im Einzelfall zu Recht oder Unrecht einmal dahingestellt). Darüber hinaus besteht hier auch die Sorge, dass Behandler die Verfügung zwar kennen, sie aber dennoch übergehen, wenn der Patient sich in der Krise nicht selbst adäquat für deren Einhaltung einsetzen kann. Die Frage, wer auf die Verfügung hinweisen soll, wird auch in der Literatur diskutiert (beispielsweise bei Nicaise et al. 2015).

Auch in der Literatur findet sich das Ergebnis, dass Verfasser von Vorausplanungen Zweifel an der Umsetzung ihrer getroffenen Festlegungen haben (Farrelly et al. 2014). Die Verfasser berichten von Situationen, in denen sie ohne Erfolg versucht haben, ihren *Joint Crisis Plan (JCP)* zu benutzen und beschreiben begrenztes Bewusstsein über das Vorhandensein des Dokuments unter den Behandlern – was bei vielen Nutzern zu einer Beeinträchtigung des Vertrauens in die Vorausplanung geführt habe (Farrelly et al. 2016). Auch im Rahmen einer Studie von Thornicroft et al., die Barrieren bei der Implementation von *JCP* identifizierte, beschwerten sich viele Patienten, dass die Vereinbarungen, die sie in der Vorausplanung getroffen hatten, in der Praxis nicht umgesetzt wurden (Thornicroft et al. 2013).

Unter diesem Gesichtspunkt stellt das Dokument zur Vorausplanung ein Instrument dar, an das Hoffnungen geknüpft werden: so wird in der Literatur beispielsweise beschrieben, dass viele Nutzer der *JCP*-Intervention gegenüber ein gutes Gefühl hätten, da sie hofften durch diese einiges an Kontrolle über ihre Erlebnisse zu gewinnen (Farrelly et al. 2015).

5.5.1.3 Fehlende Umsetzbarkeit

Vereinzelt wurde erwähnt, dass einige gewünschte Dinge gar nicht verfügbar seien. Die begrenzte Verfügbarkeit der festgelegten Maßnahmen und damit eine fehlende Umsetzbarkeit der Vorausverfügungen, wird auch als eine Sorge der Behandler beschrieben (Farrelly et al. 2016). So könnten gewisse Wünsche z. B. aufgrund begrenzter Ressourcen oder fehlender Konstanz des Behandlungsteams nicht umsetzbar sein. Wichtig ist dann, bereits im Voraus zu klären, was machbar ist und was nicht und nach Alternativen zu suchen.

Eine Befürchtung, die Behandler in der erwähnten Studie von Farrelly et al. äußerten, war, dass nicht umsetzbare Entscheidungen festgehalten und falsche Hoffnungen bei den Verfassern geweckt werden – diese Sorge führe unter anderem dazu, dass sich die Behandler nicht richtig in der Umsetzung engagierten (Farrelly et al. 2016). Die Realisierbarkeit mancher Ziele ist tatsächlich fraglich, da Teilnehmer teilweise auch angeben „randaliert“ zu haben (Stichwort Fremdgefährdung) oder in der Krise keine Krankheitseinsicht zeigen (Stichwort Eigengefährdung).

Mangelnde Verfügbarkeit / organisatorische Hürden

Oft handelt es sich bei psychischen Krisen um Akutsituationen, in denen für eine Entscheidung wenig Zeit bleibt. Eine Vorausplanung kann in diesen Fällen nur hilfreich sein, wenn sie verfügbar ist, bevor gehandelt werden muss und wenn sie befolgt wird.

Problem der mangelnden Kontinuität in der Behandlung

Teilweise gibt es Widersprüche, die Farrelly et al. beschreiben: So wird eine Kontinuität in der Behandlung durch immer die gleichen Behandler gefordert und Ansprechpartner sollen in Krisen rund um die Uhr verfügbaren sein – dies kann aber unmöglich durch die immer gleiche Person gewährleistet werden (Farrelly et al. 2014). Während des Gesprächs zur Festlegung des JCPs können nicht immer die Personen anwesend sein, die später die Behandler sind – es gibt verschiedene Teammitglieder und man weiß nicht, wer gerade dann Dienst hat, wenn eine Krise auftritt (ebd.). Dies kritisierte auch eine Teilnehmerin der vorliegenden Studie: Es bestehen Schwierigkeiten, wenn derjenige, mit dem die Behandlungsvereinbarung getroffen wurde, zum Zeitpunkt der Krisensituation gar nicht mehr dem Behandlungsteam angehört. Es stellt sich somit die Frage, wie derjenige, der die Behandlungsvereinbarung als Vertreter des Behandlungsteams unterzeichnet, garantieren soll, dass sich der Kollege, der in der Krisensituation dann tatsächlich zuständig ist, an die Vereinbarung hält (vgl. Farrelly et al. 2016).

5.5.1.4 Mangelnde Rechtssicherheit

Eine weitere Hürde aus Sicht der Nutzer ist die mangelnde juristische Einklagbarkeit der Vorausverfügungen (dazu passend stellt sich das Problem mancher Klauseln in Behandlungsvereinbarungen, die rechtliche Verbindlichkeit ausschließen). Eine Teilnehmerin äußerte, dass eine Behandlungsvereinbarung für sie nur sinnvoll sei, wenn sie auch rechtlich bindend sei. Der Zukunftswunsch nach Rechtssicherheit fand sich auch noch bei anderen Teilnehmern, allerdings war dies nicht für alle Teilnehmer ein wichtiges Thema.

Dass sich die Behandler bezüglich ihrer Entscheidungen gegenüber den Patienten „verantworten“ müssen, ist eine weitere Forderung der Teilnehmerin. Sie wünscht sich, die Behandler zur Verantwortung ziehen zu können, wenn sie gegen die Vereinbarungen verstoßen und eine Pflicht der Behandler zur schriftlichen und mündlichen Rechtfertigung bei Verstößen. Außerdem empfiehlt sie die Aushändigung einer schriftlichen Zusammenstellung der Rechte des Patienten an alle Patienten. Der Wunsch nach unangemeldeten Besuchskommissionen, die die Einhaltung der Patientenrechte überprüft sowie der Wunsch auf ein Klagerecht geben Hinweise auf ein potentielles Bedürfnis der Verfasser nach Stärkung ihrer Rechte. Auch Verlässlichkeit der Ärzte wird für die Zukunft gewünscht.

5.5.2 Empfehlungen und Ideen für die Zukunft

Die beschriebenen Erfahrungen weisen darauf hin, dass kritische Gefühle bei den Betroffenen bestehen und werfen die Frage auf, wie auf diese reagiert und wie mit ihnen umgegangen werden sollte. Aufgrund der vorliegenden Ergebnisse erscheinen vertrauensbildende Maßnahmen notwendig. Eine verlässliche therapeutische Beziehung und eine auf den Patienten abgestimmte, respekt- und verständnisvolle Behandlung sollten Ziele der zukünftigen Bestrebungen sein.

Initiative

Wie in dieser Studie durch einen Teilnehmer geäußert, ist es wichtig, auf die Möglichkeit der Erstellung einer psychiatrischen Vorausplanung hinzuweisen und darüber zu kommunizieren (für den Betreuer besteht hierzu neuerdings eine entsprechende rechtliche Verpflichtung, vgl. § 1901 a Abs. 4 BGB, *siehe Kapitel 2.2.3.2*). Dabei ist sowohl die Kommunikation mit Patienten wichtig, die gerade stationär in der Psychiatrie sind, als auch die Aufklärung und Weitergabe von Informationen an kenntnisarme Personen.

Es ist allerdings umstritten, von wem eine psychiatrische Vorausplanung veranlasst werden sollte. Die Meinungen sind gespalten – einige fordern eine aktive Rolle der psychiatrischen Kliniken, andere wiederum befürchten, dass Druck auf die potentiellen Patienten entstehe, die sich verpflichtet fühlen könnten, bestimmte Entscheidungen in ihren Dokumenten vorauszuverfügen, von denen sie selbst gar nicht überzeugt sind. Unter diesem Gesichtspunkt ist die gesetzliche Regelverpflichtung des Betreuers, auf die Möglichkeit der Errichtung einer Patientenverfügung hinzuweisen, nicht ganz unproblematisch. Das Umfeld könnte die Verfasser in die eine oder in die andere Richtung beeinflussen. Allerdings scheint es auch nicht sinnvoll, aus Respekt vor der Gefahr einer Beeinflussung, das Feld anderen zu überlassen – vielmehr sind geeignete Lösungen für einen adäquaten Umgang zu suchen, wie er prinzipiell durch ACP gewährleistet werden könnte.

Der bereits erwähnte Teilnehmer sah die Aufgabe der Aufklärung und Kommunikation über Möglichkeiten der Vorausplanung gegenüber Patienten (auch aktuell stationären), eindeutig als Sache der Klinik an und fordert, den Patienten Informationen über Patientenrechte auszuhändigen. Dabei wies er auch auf Vorteile für die Klinik und die Behandler hin, welche in der Krisensituation, durch das vorausgehende Treffen von Regelungen, an Sicherheit in der Behandlung von Patienten gewinnen können (z. B. bezüglich einzusetzender Medikation: welche Medikamente auf keinen Fall verabreicht werden sollten, wie sie verabreicht werden sollten und wie bei Abweichungen verfahren werden sollte).

Das Instrument der Vorausplanung und der Prozess des gemeinsamen Erstellens sollte als Chance wahrgenommen werden, um diese Ziele zu erreichen und das Angebot dazu von Kliniken und Psychiatern selbst angegangen werden, um Instrumentalisierungen vorzubeugen. Allerdings ist Vorsicht geboten: nicht alle potentiellen Patienten wollen, dass die Initiative von den Kliniken ausgeht. Instrumentalisierungen sind auch durch die Behandler oder durch Angehörige möglich.

Dazu passend weist eine Studie aus Belgien darauf hin, dass unterschiedliche Ansichten darüber bestehen, von wem die Initiative ausgehen sollte – wobei der dortige Tenor lautete, dass die Initiative von den Nutzern ausgehen sollte (Nicaise et al. 2015).

Einer Studie aus den USA kann man entnehmen, dass im Falle einer Übertragung der Verantwortung an die Nutzer, dennoch zumindest Unterstützung bei der Erstellung gefordert ist (Swanson et al. 2006 A).

Die Empfehlung eines Teilnehmers lautete, dass jeder, der irgendwie psychiatrisch betroffen sei, Vorausplanung betreiben und eine Vorausverfügung erstellen solle. Da die Erstellung jedoch (derzeit noch) Gefahren birgt (unter anderem die Gefahr einer Stigmatisierung), ist eine Erstellung nicht uneingeschränkt für jeden empfehlenswert.

Festzuhalten ist, dass es keine Verpflichtung zur Vorausplanung geben darf (dies ist rechtlich bereits ausgeschlossen, vgl. § 1901 Abs. 5 BGB), aber auf die Möglichkeit der Erstellung durch Behandler (zumindest passiv) hingewiesen werden sollte – auch um Instrumentalisierungen beziehungsweise unerwünschter Beeinflussung durch bestimmte Gruppen zu vermeiden. Dabei muss das Thema der Risiken, wie beispielsweise einer (positiven oder negativen) Stigmatisierung³⁷ bedacht werden. Wichtig ist, über psychiatrische Vorausplanung aufzuklären und keinen Druck auszuüben. Darüber hinaus sollte Stigmatisierungen begegnet werden, indem diese untersucht und auf sie reagiert wird, um sie letztendlich abzubauen. Eventuell sind einige Patienten zunächst misstrauisch, wenn die Klinik die Vorausplanung anbietet, aber andererseits könnte so auch wieder Vertrauen aufgebaut werden.

Empfehlung spezieller Abläufe

In der Literatur wird bestätigt, dass Individuen verschiedenartige Behandlungsvorlieben haben und daher ein Ansatz verfolgt werden sollte, der sich umfassend mit der Perspektive der individuellen Personen beschäftigt (Farrelly et al. 2014). Ein Vorteil von Vorausplanungen ist, dass die Erfahrungswerte der Verfasser nutzbar gemacht werden können. Die Verfasser sind zum Teil Patienten mit einem großen Erfahrungsschatz, z. B. was die medikamentöse Behandlung ihrer Erkrankung betrifft. Es ist sinnvoll, diese Erfahrungswerte zu nutzen, wenn die Patienten schon wissen, welche Medikamente bei ihnen gut wirken und welche Arzneimittel Nebenwirkungen verursachen. Außerdem kann es eine Chance sein, Patienten bei der Erstellung einer gemeinsamen Vorausplanung als „Experten“ zu befragen, um ihnen zu zeigen, dass sie ernst genommen werden.

Eine Studie aus England betont, dass *JCPs* bei speziellen Treffen, bei denen das Behandlungsteam möglichst vollständig und außerhalb der normalerweise stattfindenden Termine präsent sein sollte, diskutiert und formuliert werden sollten (Thornicroft et al. 2013).

Jox, in der Schmittgen und Marckmann weisen auf die Vorteile einer „qualifizierten Gesprächsbegleitung bei der Abfassung einer Patientenverfügung“ hin (Jox, in der Schmittgen & Marckmann 2015, S. 32). Wie Jox anmerkt, überschreiten die persönlichen und medizinischen Fragen, die sich beim Verfassen einer Vorausverfügung stellen, die rein rechtlichen Fragen bei Weitem (Jox 2017, S. 170). Diesem Umstand könnte durch ein umfassendes Programm wie das *ACP* Rechnung getragen werden (*siehe Kapitel 2.2.7*), da in diesem Rahmen nicht nur eine Beratung von einem Anwalt oder Notar erfolgt (wie beispielsweise bei einem der Teilnehmer dieser Studie), sondern den Verfassern auch Unterstützung von speziell geschulten Experten zukommt (Jox 2017).

³⁷ Ein Teilnehmer fühlte sich „positiv stigmatisiert“, in der Hinsicht, dass die Polizei gleich Bescheid wusste, dass er eine psychische Erkrankung hat, als er während eines Auslandsaufenthaltes eine manische Episode hatte.

ACP könne in der Folge zu valideren Patientenverfügungen führen, da den Verfassern die „Tragweite ihrer Festlegungen“ erklärt werden könne (Jox, in der Schmittgen & Marckmann 2015, S. 31). Außerdem könne ein *informed consent* sichergestellt (ebd., S. 32) und über „medizinische Konsequenzen verschiedener Festlegungen“ kompetent aufgeklärt werden (ebd., S. 34).

Das Gefühl, respektiert zu werden, könnte dadurch gesteigert werden, dass die Behandler den Patienten beim Treffen von Behandlungsentscheidungen Befugnisse überlassen, ähnlich wie für die JCP-Intervention beschrieben (vgl. Thornicroft et al. 2013). Zu einer respektvollen Behandlung gehöre die Berücksichtigung der Ansichten der Patienten, dass ihnen zugehört werde sowie eine gute Beziehung zu den Behandlern (Valenti et al. 2014). Die Behandler sollten sich Zeit dafür nehmen, um den Patienten zu erklären, warum sie behandelt werden und wie die Behandlungen wirken und sie sollten auf etwaige Bedenken der Patienten eingehen (Farrelly et al. 2014). Respekt bedeute auch, Bedürfnisse unabhängig von einer Erkrankung und einer reinen Symptombehandlung wahrzunehmen und auf die Umstände der Patienten Rücksicht zu nehmen („*respect could also be demonstrated by addressing service users' experiences outside of symptom management and illness*“, ebd., S. 1612). Genau auf diese Umstände wollen auch einigen Teilnehmer der hiesigen Studie hinweisen.

Des Weiteren wird Ansprache und nach der Erläuterung von Maßnahmen in Krisensituationen, in der Literatur als sinnvolle Strategie beschrieben, um bei Patienten das Empfinden einer Maßnahme als Zwang zu reduzieren (Jaeger & Rossler 2010).

Facilitator als Vermittler, Unterstützer, Patientenanwalt oder Moderator

Die Idee eines „Patientenanwaltes“, die eine Teilnehmerin äußerte, erscheint mit Blick auf die Literatur nicht abwegig. Unabhängige, externe Personen, die die Einhaltung der Verfügungen überwachen, können gegebenenfalls hilfreich sein. Es findet sich beispielsweise die Empfehlung einen unabhängigen Patientenfürsprecher einzubeziehen, der an die ADs erinnert (Papageorgiou et al. 2002). Die Idee eines „Facilitators“ wurde bereits in Studien erprobt und beschrieben, zum Beispiel im Rahmen der JCP-Intervention oder in Zusammenhang mit F-PADs (siehe Kapitel 2.2.3.3.2 *Gegenseitige Vereinbarungen*). Dabei wurde festgestellt, dass die gemeinsame Erstellung im Beisein eines Facilitators von den Nutzern wertgeschätzt wurde, da diese außenstehende Person ihr Gefühl von „Empowerment“ verstärke und sicherstelle, dass die Behandler verständnisvoller sind (Farrelly et al. 2016, S. 454). Die Aufgaben des Facilitators könnten dahingehend erweitert werden, dass er auch für die Überprüfung beziehungsweise Sicherstellung der Einhaltung der Voraussetzungen und für die Evaluation der Anwendung zuständig wäre sowie für die Informations- und Wissensvermittlung über die Möglichkeiten einer Vorausplanung an (stationäre) Patienten.

Sinnvoll erscheint das Einbeziehen eines unabhängigen Vermittlers, auf Grundlage der Idee eines Facilitators, auch im Zusammenhang einer selbstbindenden, präventiven Erweiterung von Voraussetzungen. Der Ablauf der Erstellung könnte sich an der JCP-Intervention orientieren (vgl. Henderson et al. 2004, 2008; Thornicroft et al. 2010, 2013). Wichtig ist, dass klar über Möglichkeiten, Grenzen und Eventualitäten gesprochen und aufgeklärt wird und eine genaue Dokumentation erfolgt.

Gemeinsame Vorausplanung

Treffen zwischen Behandlern und Patienten, während denen eine gemeinsame Vorausplanung vorbereitet und erstellt werden soll, müssen sich – bezüglich der Zeit, die dafür aufgewendet wird und im Hinblick auf die ethisch-moralische Haltung der Teilnehmer – von sonstigen Zusammentreffen unterscheiden, damit sie von Vorteil sein können („*for the JCP meeting to be beneficial, it needed to be sufficiently demarcated from a CPA meeting both in terms of time and ethos*“, Thornicroft et al. 2013, S. 1639). Eine Veränderung der bisher üblichen Arzt-Patienten-Beziehung sei erforderlich – beginnend bei der aktiven Diskussion aller Behandlungsoptionen und bei der Unterstützung der Patientenentscheidung (ebd.).

Die Empfehlung, in einer gemeinsamen Diskussion unter potentiellen Patienten und Behandlern über die Inhalte der Vorausplanungen klarzustellen, was umsetzbar ist und welche Vereinbarungen bindend sind, um Enttäuschungen zu vermeiden, findet sich auch in der Literatur (z. B. Varekamp 2004). Die Dokumentation dieser Diskussion erscheint ratsam.³⁸ Behandler sollten sowohl die Chancen einer Vorausplanung erkennen, als sich auch darüber im Klaren sein, was es für den Patienten bedeutet, wenn die Vereinbarungen nicht eingehalten werden können. Sinnvoll erscheint es, an der Erstellung umsetzbarer Vereinbarungen gemeinsam zu arbeiten und die Einhaltung zu überwachen bzw. zu kontrollieren. Wichtig sind die Sicherstellung der Benachrichtigung der Vertrauenspersonen und auch das Festlegen des Verfahrens, falls diese Personen nicht erreichbar sein sollten.

Angesichts der Gefahren, die mit einer Nichterfüllbarkeit von vereinbarten Maßnahmen verbunden sind, ist es unbedingt nötig, bei der gemeinsamen Erstellung einer Vorausplanung den potentiellen Patienten darüber aufzuklären, falls eine Umsetzung seiner Wünsche bereits absehbar nicht gewährleistet werden kann. Auch um Diskrepanzen zwischen Formulierungen in den Dokumenten und den eigentlichen Wünschen der Verfasser aufzudecken und zu vermeiden, sind Gespräche zwischen Behandlern und Patient sowie Informationen über Verbindlichkeiten unabdingbar.

Bescheinigung der Einwilligungsfähigkeit

Die Forderung einer Bescheinigung der Einwilligungsfähigkeit erscheint problematisch und ist sensibel anzugehen, allerdings könnte damit der Vorteil verbunden sein, dass die Umsetzungswahrscheinlichkeit steigt.

Im Rahmen des ACP kann die Einwilligungsfähigkeit zum Zeitpunkt des Verfassens bestätigt werden, um „nachträglichen Zweifeln an der Gültigkeit der Verfügung [vorzubeugen]“ (Jox, in der Schmittgen & Marckmann 2015, S. 33). Das Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient könne „gefördert“ werden (ebd., unter Verweis auf Reilly et al. 1994; Becker et al. 2010) und die Chancen, dass die PV umgesetzt wird sei höher, wenn „vermerkt ist, dass ein ärztlicher Kollege bei der Abfassung beraten hat“ (ebd., unter Verweis auf Richter et al. 1995). Dieser Gedanke fand sich beispielsweise auch bei einem Teilnehmer der hier vorliegenden Studie.

³⁸ So entdeckte eine Teilnehmerin während des Interviews einen handschriftlichen Hinweis eines Behandlers in ihrem Dokument, dass darüber aufgeklärt worden sei, dass eine von ihr gewünschte Maßnahme nicht umsetzbar sei. Dies bewertete sie sehr positiv.

Berücksichtigung von Umgangswünschen

Als Ziel von *BVP* wird genannt „*Behandlungsentscheidungen so vor auszuplanen, dass die Betroffenen auch dann zuverlässig nach ihren individuellen Wünschen behandelt werden, wenn sie diese in akuten gesundheitlichen Krisen oder aufgrund chronischer Erkrankungen nicht mehr selbst äußern können*“ (Nauck, Marckmann & in der Schmitt 2018, S. 62). Des Weiteren wird die Behandlung, die vorausgeplant wird, „*im ganzheitlichen Sinne [verstanden] und umfasst neben den medizinischen auch pflegerische, psychosoziale und seelsorgerliche Aspekte*“ (ebd.). Gerade die ganzheitliche Betrachtungsweise ist ein wichtiger Punkt, welchen die Ergebnisse der hier vorliegenden Arbeit widerspiegeln – mehrere Teilnehmer äußerten Wünsche, die über rein medizinische Maßnahmen weit hinaus gingen und legten auch fest, welches Verhalten sie sich von den Behandlern im zwischenmenschlichen Umgang wünschten.

Vorbereitung und Schulung

Das Engagement des medizinischen Klinikpersonals ist eine entscheidende Komponente auf dem Weg zu einer erfolgreichen Umsetzung psychiatrischer Vorausplanungen (Farrelly et al. 2015, 2016; Thornicroft et al. 2013). Ein positiver Effekt auf die therapeutische Beziehung sei nur zu erwarten, wenn sich das Behandlungsteam für die Entwicklung und Umsetzung der Vorausplanung einsetze (Thornicroft et al. 2013).

Mangelndes Engagement auf Seiten der Behandler sei, aus Sicht der Nutzer, sogar eine Hauptbarriere bei der Anwendung von *JCP* (Farrelly et al. 2016). Um Vorausplanungen in die klinische Routine einbauen zu können, ist es daher wichtig, auf die Einstellung der Behandler einzugehen. Eine gute Vorbereitung und Schulung der Behandler ist in diesem Zusammenhang von großer Bedeutung (vgl. Farrelly et al. 2015, 2016; Nauck, Marckmann & in der Schmitt 2018; Thornicroft et al. 2013).

Es wird empfohlen, die Bedenken der Behandler anzusprechen und gezielt ihren Kommunikationsstil zu trainieren (Farrelly et al. 2016). Zugleich wird eine Schulung beider Seiten – also sowohl der Behandler, als auch der potentiellen Patienten – darin empfohlen, wie der Prozess der gemeinsamen Entscheidungsfindung (*SDM*) zu verwirklichen ist (ebd.). Vorausplanungen in die Praxis umzusetzen, erfordere in einem komplexen System das Engagement *aller* Beteiligten (Thornicroft et al. 2013).

Kontinuität

Viele Patienten beschrieben Stress durch Involvierung ihnen fremder Personen in die Behandlung und eine Reduktion von Stress durch Klarheit des Behandlungsplanes (Farrelly et al. 2014). Es ist wichtig, das Versprechen von mehr Kontinuität einzuhalten, das beispielsweise durch die Vorausplanung mit *JCP* gegeben wird (Farrelly et al. 2015). Dadurch, dass während eines Gesprächs zur Festlegung von Behandlungsentscheidungen die Personen anwesend seien, die später die Behandler sind, könne dem Problem der mangelnden Kontinuität begegnet werden (Farrelly et al. 2014).

Dabei bleibt es eine Schwierigkeit, dass evtl. nicht derjenige als Behandler verfügbar ist, mit dem die Vorausplanung erstellt wurde (etwa durch Fluktuationen im Team). Ein hilfreicher Ansatz könnte es daher auch sein, mehrere Ansprechpartner im Team zu haben oder Anlaufstellen zu schaffen, durch die frühzeitig interveniert werden kann und nicht erst, wenn die Lage bereits zu eskalieren droht und man unter Umständen mit dem jeweils diensthabenden Arzt vorlieb nehmen muss.

Des Weiteren könnten auch regelmäßige Aktualisierungstreffen sinnvoll sein, um Fluktuationen der Behandler zu begegnen. Sicherlich ist dies auch eine Frage der Ressourcen.

Reevaluation

Wie ein Teilnehmer anmerkte, aktualisiert er regelmäßig sein Dokument. Auch beim *ACP* handelt es sich nicht um einen abgeschlossenen Prozess, der mit dem Erstellen der Dokumente endet, sondern es finden wiederholte Gespräche und Reevaluationen statt (vgl. Jox 2017).

Strukturelle und rechtliche Maßnahmen

Darüber hinaus werden auch organisatorische Maßnahmen empfohlen, die die Umsetzung der Festlegungen erleichtern (Farrelly et al. 2016). Den Sorgen der Behandler und Nutzer müsse begegnet und Rechtssicherheit geschaffen werden (Farrelly et al. 2015). Standardisierte Abläufe sollten daraufhin geprüft werden, ob sie genügend Möglichkeiten für die Berücksichtigung individueller Besonderheiten und Bedürfnisse bieten (ebd.).

Schaffung von Stellen zur Organisation psychiatrischer Vorausplanungen

Für Personen, die sich gemeinsam mit den potentiellen Patienten um psychiatrische Vorausplanungen kümmern, müssten die entsprechenden personellen Ressourcen bereitgestellt beziehungsweise geschaffen werden. Beispielsweise könnten Sozialdienstmitarbeiter entsprechend weitergebildet und geschult werden. Dies könnte sowohl das Bereitstellen von Informationen, als auch eine Beratung und das gemeinsame Verfassen einer Vorausplanung bedeuten. Nachsorgetermine, die einige Wochen nach der Entlassung stattfinden, könnten genutzt werden, um den Aufenthalt im Nachhinein zu besprechen und – wenn gewünscht – eine Vorausplanung zu erstellen oder anzupassen. Es könnte von Vorteil sein, wenn diese Aufgabe von jemandem übernommen wird, der nicht als Behandler tätig ist. Dennoch sollte es möglich sein, Behandler in den Prozess der Erstellung der Vorausplanung einzubinden (wie für verschiedene Formen gegenseitiger Vereinbarungen beschrieben, *siehe Kapitel 2.2.3.3.2 Gegenseitige Vereinbarungen*).

Ergänzung der Vorausplanungen mit präventivem Fokus

Da Teilnehmer erwähnen, nicht mehr in die Klinik kommen zu wollen, liegt der Gedanke nahe, dass eine Vorausplanung nicht nur darauf abzielen könnte, wie in Krisen gehandelt werden soll, sondern auch darauf, Krisen gar nicht erst entstehen zu lassen (vgl. dazu auch den Ansatz von sog. „*Recovery-Programmen*“). In der Literatur wird erwähnt, dass Vorausverfügungen Teil einer Rückfallprävention sein können (Papageorgiou et al. 2002), etwa durch Vorausplanungen bezüglich eines *Home Treatments* oder zu Maßnahmen zum Selbstmanagement in Verbindung mit *Recovery*.

Im Fall einer Anwendung der Vorausplanung zur Rückfallprävention müsste das Dokument ggf. bereits in Situationen zum Einsatz kommen, in denen noch keine Einwilligungsunfähigkeit besteht – denn diese soll ja verhindert werden. Somit würde der Anwendungsbereich der Vorausverfügung aber nicht mehr den rechtlichen Definitionsbereich einer Patientenverfügung treffen, sondern eher einem Vertrag oder ähnlichem entsprechen.

Das Einsatzgebiet psychiatrischer Vorausplanungen könnte zukünftig erweitert bzw. ergänzt werden und neben dem Vorgehen in Krisensituationen auch die Vorbeugung von Krisen einschließen. Allerdings wären dazu eventuell Änderungen in der Versorgungsstruktur erforderlich und es stellt sich die Frage, wie diese Anwendungserweiterungen rechtlich zu handhaben wären.

Fokus auf Ziele des Patienten

Davis bringt in die Autonomie-Diskussion den Aspekt ein, dass es bei autonomen Handlungen nicht nur darum geht, aktuell autonom *zu sein*, sondern seine Umstände bzw. seine Umwelt so zu formen, dass sie *in der Konsequenz so werden*, wie man sie will (Davis 2008). Im Kontext der Vorausplanung mittels eines *Ulysses-Kontraktes* lehne man zwischenzeitlich vielleicht die Maßnahmen ab, in die man zuvor eingewilligt habe – jedoch lehne man nicht die Konsequenzen der gegebenen Einwilligung ab (ebd.). Daraus ergibt sich der Ansatz, nicht retrospektiv zu erwägen, welche konkreten Maßnahmen zum Zeitpunkt des Verfassens für die aktuelle Situation gewollt wurden – sondern, basierend auf den vorausverfügten Entscheidungen, zu überlegen, welche der langfristigen Ziele weiter angestrebt werden (ebd.). Ein Widerruf der gegebenen Einwilligung, der in einem einwilligungsfähigen Zustand erfolgt, könnte u. U. dann ausgeschlossen werden, wenn die Konsequenzen und langfristigen Ziele des Patienten dies rechtfertigen. Dabei muss abgewogen werden, wie wichtig dem Patienten welche Umstände sind (etwa ob die Vermeidung einer Maßnahme sehr wichtig und die daraus entstehenden Konsequenzen akzeptabel sind oder *vice versa*) – sprich, unter welchen Umständen sich Ziele ändern und was man für das Erreichen langfristigen Ziele vorübergehend in Kauf zu nehmen bereit ist.

Sensibilisierung gegenüber Stigmatisierung

Es müssen Antworten auf die Gefahr einer Stigmatisierung psychisch erkrankter Menschen gefunden werden (die durch das Tragen eines Passes eventuell befördert wird). Denkbar wären Bildungsinitiativen, verstärkte öffentliche Aufklärungsarbeit und Kampagnen, die für das Thema sensibilisieren (vgl. beispielsweise Pinfold et al. 2005 zu Anti-Stigmatisierungs-Strategien in anderen Ländern wie „*mental health awareness*“). Es sollte auf keinen Fall Druck auf die potentiellen Patienten ausgeübt werden, eine Vorausplanung zu erstellen.

Weitere Forschung

Mit der Erstellung einer Vorausplanung und den Dokumenten zur Vorausplanung werden Hoffnungen auf eine bessere zwischenmenschliche Behandlung und auf die Berücksichtigung individueller Bedürfnisse verknüpft. Je nachdem, ob diese Hoffnungen erfüllt und den Gefahren begegnet wird, vermögen die Vorausplanungen den Nutzern zu helfen oder ihnen zu schaden. Um den Nutzen psychiatrischer Vorausplanungen zu prüfen – gerade unter dem Aspekt eines dem potentiellen Patient drohenden Schadens durch das Erstellen einer Vorausplanung – bedarf es weiterer, nicht zuletzt medizinethischer Arbeiten.

5.5.2.1 ACP/BVP für die Psychiatrie

Vielen der genannten Hürden könnte prinzipiell durch ein *ACP* für die Psychiatrie begegnet werden (siehe Kapitel 2.2.7), dem Programm wird das Potential zugeschrieben, bereits bestehende, bekannte Defizite „erfolgreich zu kompensieren“ (Nauck, Marckmann & in der Schmitten 2018, S. 62, unter Verweis auf Coors, Jox & In der Schmitten 2015). Nauck, Marckmann und in der Schmitten weisen darauf hin, dass sich aktuell in Form von *BVP* „auch in Deutschland [...] ein neues Konzept zur Realisierung wirksamer Patientenverfügungen [etabliert]“ (ebd., S. 62), was gerade im Hinblick auf die Schwierigkeiten bei der Umsetzung von psychiatrischen Vorausplanungen interessant ist.

Durch *ACP* könnte eine verbesserte Kommunikation zwischen Behandlern und (potentiellen) Patienten herbeigeführt werden und mehr Orientierung über die getroffenen Behandlungsentscheidungen gegeben werden (Jox 2017, S. 174). Positive Effekte von *ACP* sind bereits aus Studien bekannt (Jox 2017 verweist auf Austin et al. 2015; Brinkman-Stoppelenburg, Rietjens & van der Heide 2014; Houben et al. 2014; Khandelwal et al. 2015; Klingler, in der Schmitten & Marckmann 2015; Martin et al. 2016).

Jox sieht *ACP* als Beitrag zu einer humaneren, respektvolleren Gesundheitsfürsorge für vulnerable Gesellschaftsgruppen (Jox 2017, S. 177) und erläutert, dass *ACP* der Gesundheit der Patienten zu Gute kommen, Überbehandlung vermeiden und eine Verschwendung von Ressourcen verhindern könne (ebd., S. 174). Allerdings gebe es einige Punkte zu beachten, etwa um eine effektive Umsetzung von *ACP* zu gewährleisten – Jox gibt Ausblick auf wichtige Fragen, die in der Zukunft zu beantworten sind (ebd., S. 176).

Grundsätzlich wird *ACP* sowohl durch die Prinzipienethik, als auch durch die *Care*-Ethik gerechtfertigt (Jox 2017, S. 172): Die *Care*-Ethik setzte, ähnlich zur Tugendethik, den Fokus mehr auf die Einstellung und das emotionale Engagement der Handelnden (Halwani 2003) und betone die Relevanz persönlicher, zwischenmenschlicher Beziehungen (Gilligan 1982; Slote 2007). *ACP* sei eine Form der Fürsorge (*care*), da ein Unterstützungsnetz bereitgestellt bzw. aufgebaut werde, dem potentiellen Patienten zugehört, auf seine Wünsche und Bedürfnisse eingegangen, die Verantwortung geteilt und außerdem die Kompetenzen der Mitarbeiter geschult werden (Jox 2017, S. 173, unter Verweis auf Tronto 2005). Zwischen dem potentiellen Patienten, den Angehörigen und den Vertretern des Gesundheitssystems bzw. dem medizinischen Personal entwickle sich, in einem Prozess, gegenseitiges Verständnis für die Ansichten des jeweils anderen (ebd., S. 173).

Dies erscheint sehr passend angesichts des Wunsches nach mehr Respekt und Verständnis, der in der hier vorliegenden Arbeit identifiziert werden konnte. Wichtig ist aber, dass bei den potentiellen Patienten keine falschen Hoffnungen geweckt werden, die zu einem Schaden (für alle Beteiligten) führen und es gilt zu beachten, dass die Autonomie nur dann tatsächlich gefördert wird, wenn die festgelegten Behandlungswünsche des potentiellen Patienten auch umgesetzt werden.

5.5.2.2 Prüfung der Eignung verschiedener Dokumente

Fraglich ist, inwieweit Vorausverfügungen eine Lösung für mangelnde Kommunikation und Koordination sowie für vielfältige organisatorische Probleme darstellen können. Diese Frage wird auch in der Literatur gestellt (z. B. bei Varekamp 2004). Auch inwieweit Vorausverfügungen geeignet sind, um traumatisierende Erlebnisse zu vermeiden, ist unklar.

Eine Studie zeigte, dass durch eine Vorausplanung mittels eines Booklets mit dem Titel „*Preferences for Care*“ mit sieben Statements (in der Studie als *Advance Directive* bezeichnet) kein Effekt erzielt werden konnte – im Sinne einer Reduktion an Wiederaufnahmen, einer reduzierten Aufenthaltsdauer oder einer größeren Zufriedenheit mit der psychiatrischen Versorgung (Papageorgiou et al. 2002). Als Gründe werden dort folgende Hürden genannt: mangelndes Verständnis seitens der Patienten, evtl. ungünstig gewählter Zeitpunkt des Erstellens, evtl. Widerstände auf Seiten der Behandler, Mangel an Ressourcen sowie administrative Hürden (ebd.).

Der Bedarf für ein umfassenderes Programm zur Vorausplanung von Behandlungsentscheidungen, anstelle eines einzelnen Dokumentes, wurde festgestellt (u. a. bei Teno et al. 1997). Beim *ACP* gibt es nicht nur ein Dokument, sondern mehrere – unter anderem auch Notfallpläne (Jox 2017, S. 167/168). Doch auch in einem Programm wird in irgendeiner Form mit Dokumenten gearbeitet werden müssen und somit ist die Frage nach geeigneten Dokumenten weiterhin relevant. Davon abgesehen muss geprüft werden, ob Teilnehmer, die ihr Dokument nach dem *Framework Irrevocable Decision* anwenden wollen, einem solchen Prozess wie *ACP* gegenüber in gleichem Maße bzw. überhaupt zugänglich sind und ob für sie das Programm in gleicher Weise strukturiert sein sollte, wie für die Verfasser, die das *Framework Shared Decision-Making During Crisis* anwenden wollen.

Bei der rechtlichen Recherche war festzustellen, dass des Öfteren darauf verwiesen wurde, dass eine Behandlungsvereinbarung die vorzugsweise zu wählende Form zur psychiatrischen Vorausplanung darstelle.

Können unterschiedliche Werte und Anwendungsabsichten gleichzeitig durch ein Dokument berücksichtigt werden oder besser durch verschiedene Varianten?

Ob sich ein Dokument als geeignetes Instrument in der Praxis erweist, um die Ziele der Verfasser umzusetzen, stellt eine wichtige Anschlussfrage an diese Studie dar. Prinzipiell stellt sich die Frage, ob eine einseitige Verfügung oder eine gegenseitige Vereinbarung geeigneter ist, um bestimmte Ziele zu erreichen bzw. ob es überhaupt „geeignete“ Dokumente gibt – es ist generell fraglich, ob ein einziges Dokument den unterschiedlichen Anforderungen der Nutzer gerecht werden kann beziehungsweise ob sich ein bestimmter Dokumententyp für alle potentiellen Patienten eignet, da unterschiedlichste Interessen, Ziele und Motive vorhanden sind. Es wäre zu prüfen, ob sich Varianten unterschiedlicher Vorausplanungen als nützlich erweisen, oder ob es praktisch besser zu handhaben ist, ein einziges Formular zu entwickeln, das verschiedene Zielsetzungen zulässt.

Die Erprobung verschiedener Formen von Vorausplanung in größeren Studien erscheint notwendig und der eventuell bestehende Bedarf an der Entwicklung eines einheitlichen Dokumentes, sollte in der Zukunft in weiteren Arbeiten diskutiert werden. Bei der Entwicklung neuer Formulare ist auf die unterschiedlichen Anforderungen zu achten, die die Teilnehmer an das Dokument stellen.

Das Dokument müsste flexibel genug gestaltet werden können, um den individuell unterschiedlichen Bedürfnissen ausreichend Rechnung zu tragen und sollte nicht nur aus Textbausteinen bestehen, da Vorformulierungen, wie beobachtet, manchmal nicht exakt das ausdrücken können, was die Verfasser festzulegen beabsichtigen. Für den Fall, dass die Umsetzung nicht 1:1 beabsichtigt ist (entsprechend dem *Framework Shared Decision-Making During Crisis*), wäre das Problem der Vorformulierungen ggf. vernachlässigbar. Die Identifizierung der Ziele der einzelnen Verfasser im Laufe gut dokumentierter Gespräche sowie das Erstellen einer maßgeschneiderten Vorausplanung, könnte ein mögliches zielführendes Vorgehen darstellen – allerdings nur unter der Sicherstellung ihrer Umsetzung.

Darüber hinaus ist zu bedenken, dass zwar – je nach Anwendungstyp – ein anderes Dokument geeignet sein könnte, dass aber prinzipiell wahrscheinlich eher ein Dokumententyp gewählt werden wird, von dem eine höhere Umsetzungswahrscheinlichkeit zu erwarten ist. Es wollen zwar grundsätzlich alle Teilnehmer, dass ihren Wünschen entsprochen wird, aber für einige war es viel wichtiger, dass diese Wünsche exakt befolgt werden und für andere, dass sie persönlich in die Entscheidung einbezogen werden. Dieses Ergebnis deckt sich damit, dass auch in der Studie aus den Niederlanden erwähnt wird, dass es wichtig ist, dass die Verfasser im Voraus wissen, welche Vereinbarungen bindend sind und welche nicht (Varekamp 2004).

Eine mögliche Lösung könnte auch sein, das Therapieziel des Verfassers in den Mittelpunkt zu stellen, vergleichbar wie es die Formulare in Zusammenhang mit dem BVP-Programm machen (vgl. Nauck, Marckmann & in der Schmitt 2018): Es gibt einen Notfallbogen, der Behandlungsgrenzen enthält und am Therapieziel orientiert ist, den „ÄNo“ (Ärztliche Anordnung für den Notfall), der von der Deutschsprachigen interprofessionellen Vereinigung Behandlung im Voraus planen (DiV-BVP) e. V. entwickelt wurde (ebd., S. 66, unter Verweis auf in der Schmitt et al. 2011) und auch ein Formular „Krankenhausbehandlung bei Einwilligungsfähigkeit unklarer Dauer“ das am Therapieziel orientiert ist (ebd., S. 67, unter Verweis auf den DiV-BVP e. V.). Der Vorteil ist, dass nicht alle möglichen Szenarien einzeln aufgeführt werden (müssen), sondern das Ziel des potentiellen Patienten im Mittelpunkt steht, aus dem sich dann die Maßnahmen ableiten lassen (ebd.). Zu beachten ist dabei der Hinweis, dass diese Formulare nur unter den Gegebenheiten einer „qualifizierten Beratung“ und von geschultem Personal einsetzbar sind (ebd., S. 68). Daneben gibt es einen Bogen der DIVI (Deutschen Interdisziplinären Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin), der „Fragen der Therapiezieländerung“ managet (ebd., unter Verweis auf Janssens, Burchardi & Duttge 2012; Klinkhammer 2012; Neitzke et al. 2017).

Jox, in der Schmitt & Marckmann schlagen „therapiezielbasierte Patientenverfügungen“ vor, die den Fokus nicht auf einzelne Maßnahmen legen, sondern Ziele benennen, nach denen sich die Behandlung in bestimmten, näher zu definierenden Situationen ausrichten soll (Jox, in der Schmitt & Marckmann 2015, S. 30). Dies wäre unter Umständen auch eine gute Idee für diejenigen potentiellen Patienten, die mit ihrem Dokument zur psychiatrischen Vorausplanung vor allem übergeordnete Ziele erreichen wollen (z. B. Zuwendung oder Psychose ausleben) und für die nicht die Ablehnung bestimmter Medikamente oder Zwangsmaßnahmen im Mittelpunkt steht. Denkbar wäre es, aus einem Ziel wie „die Psychose möglichst ohne Medikamente zu erfahren“ entsprechend andere Maßnahmen abzuleiten, als aus dem Ziel „die Symptome der Psychose schnell und vorzugsweise medikamentös zu behandeln“. Wie auch bei dem Konzept des BVP müsste mit dem

potentiellen Patienten dann entsprechend erörtert werden, „welche Risiken er bereit ist, in Kauf zu nehmen, also welche Umstände zu einer Änderung des Therapieziels führen würden“ (Nauck, Marckmann & in der Schmitt 2018, S. 67).

5.5.3 Ausblick

Die Bedürfnisse der Nutzer zu kennen, ist wichtig und bisher wenig wissenschaftlich erforscht – diese Studie trägt dazu bei, die Forschungslücke zu schließen, aber weitere werden notwendig sein.

Nachdem durch diese Studie mehr über die möglichen Ziele und Wünsche bekannt geworden ist, die Nutzer mit ihren Vorausplanungen verfolgen und verschiedene Anwendungsabsichten aufgezeigt wurden, kann zukünftig darauf hingearbeitet werden, Modelle der Anwendung psychiatrischer Vorausplanung herauszuarbeiten und unter Berücksichtigung der Erfahrungen und Bedürfnisse potentieller Psychatriepatienten zu optimieren. Eine Studie aus den USA weist darauf hin, dass durch das Festhalten von Behandlungsentscheidungen in PADs Änderungen, im Sinne von Anpassungen an die Bedürfnisse der Patienten, befördert werden könnten (Srebnik et al. 2005).

Notwendigkeit weiterer Forschung

In der Literatur finden sich Verweise auf Forschungslücken im Zusammenhang mit psychiatrischer Vorausplanung: In einem Review, das die Effekte „personalisierter, vom Nutzer gehaltener, klinischer Information“ für Menschen mit psychotischen Erkrankungen untersuchte, wird darauf verwiesen, dass eine Evidenz-Lücke und ein Bedarf an weiteren Studien bestehe, um die Effekte benutzergehaltener Dokumente zur Informationsübermittlung beurteilen zu können (Farrelly et al. 2013). Auch über die verschiedenen Typen von benutzergehaltener Information sei weitere Evidenz erforderlich (z. B. ob das Behandlungsteam involviert wird und welche Informationen in dem Dokument eingeschlossen werden, ebd.). Es könne nicht angenommen werden, dass benutzergehaltene Information einen Vorteil für Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen bringe und kosteneffektiv sei, ohne weitere „großangelegte, gut durchgeführte und gut berichtende Studien“ (ebd.).

Es müssen mehr Informationen zum Thema psychiatrische Vorausverfügung durch Forschung zu Stande kommen und für die Anwender verfügbar gemacht werden (vgl. Empfehlung von Henderson et al. 2008).

Die diskutierte These des Vorkommens unterschiedlicher *Anwendungstypen* sollte an einer größeren Stichprobe überprüft werden. In einem zukünftigen Schritt kann überprüft werden, ob sich ein Dokument als geeignetes Instrument in der Praxis erweist, um die Ziele der Verfasser zu erreichen. Dazu wären Langzeitstudien anzuraten, die die Patienten von der Erstaufnahme bis nach der Anwendung begleiten. Es sollte überprüft werden, inwieweit die vorhandenen Dokumente geeignet sind, um die Ziele ihrer Verfasser zu erreichen, weiterhin sollte an der Verbesserung der Möglichkeiten der Umsetzung dieser Ziele gearbeitet werden.

Empfohlen wird die Erprobung eines Programmes zur psychiatrischen Vorausplanung, bei der die Klinik gemeinsam mit den potentiellen Patienten und einem Berater eine Behandlungsvereinbarung erstellt. In weiteren Studien muss der Nutzen überprüft und die Weiterentwicklung vorangetrieben werden. Vermehrte quantitative Forschung erscheint zum derzeitigen Stand der Entwicklung noch nicht unbedingt zielführend. Interessant wäre eine prospektive Studie mit ähnlicher Stichprobe, um zu erforschen, welche Instrumente dafür geeignet sind, die Ziele der Verfasser zu erreichen. Sicherlich ist die Rekrutierung geeigneter Teilnehmer schwierig und derartige Studien könnten wirkungslos erscheinen, solange ACP keine implementierte Kultur der klinischen psychiatrischen Versorgung ist.

Bezüglich der sich stellenden Anschlussfragen zu diesem Thema, könnte für die zukünftige Forschung ein partizipativer Ansatz in der Methodenwahl vielversprechend sein, um weitere Erkenntnisse über die Erfahrungen der für die Forschung schwer zugänglichen Personengruppe der Verfasser psychiatrischer Vorausverfügungen (*siehe Kapitel 5.2 Limitationen*) zu gewinnen und dabei gleichzeitig die Ressourcen der potentiellen Patienten zu nutzen (vgl. von Unger 2012 zum partizipativen Ansatz).

Da die Einstellung der Behandler wichtig für eine erfolgreiche Implementation ist (Thornicroft et al. 2013), sind eventuell auch weitere Studien notwendig, die die Einstellung der Behandler untersuchen bzw. aufzeigen welche Hilfestellung nötig ist, um diese Einstellung in einem positiven Sinne zu verändern.

Erweiterung des Anwendungsbereiches und Prävention

Prävention von Krisen könnte ein Ansatzpunkt für die Erweiterung des Anwendungsbereiches psychiatrischer Vorausplanungen darstellen. Die Vorausplanungen der Teilnehmer dieser Studie zielen alle auf die Behandlung im Falle einer stationären Aufnahme ab. Für eine zukünftige Entwicklung sollte aber auch die Frage nach einer Ausweitung auf den ambulanten Bereich diskutiert werden, vor allem da der Einsatz von Zwangsmaßnahmen im ambulanten Bereich auch im Gesetzgebungsprozess rechtlich diskutiert wird (vgl. Beratungen zur letzten Änderung 2017, Bundestagsdrucksache 18/11240, 2017).

Kulturwandel

Bisher beschränkt das HPG (*siehe Kapitel 2.2.7.2 Aktuelle Entwicklung von ACP/BVP in Deutschland*) die Kostenerstattung für BVP auf stationäre Pflegeeinrichtungen und Einrichtungen der Eingliederungshilfe (vgl. Nauck, Marckmann, in der Schmitten 2018; §132g SGB V). Nauck, Marckmann und in der Schmitten fordern, die noch notwendigen, „enormen Anstrengungen“ im Sinne der Patientenorientierung zu unternehmen und die strukturierte Vorausplanung mittels BVP „flächendeckend“ einzuführen (Nauck, Marckmann & in der Schmitten 2018, S. 68). Außerdem treten sie für einen „dringend erforderlichen Kulturwandel [...], der das Selbstbestimmungsrecht der Betroffenen deutlich stärkt“ ein (ebd.) und rechnen mit einer Ausweitung der Kostenübernahmen (ebd.).

5.6 Schluss

Durch die Falldarstellungen wird deutlich, wie wichtig es ist, die Motive, Wünsche und Vorstellungen potentieller Patienten zu kennen, um deren Bedürfnisse zu verstehen und als Arzt angemessen reagieren zu können. Die Erfahrungswerte der Verfasser psychiatrischer Vorausplanungen sollten als Ressource erkannt und negative Erfahrungen (beispielsweise mit Nebenwirkungen durch Medikamente) nicht unnötig wiederholt werden.

Neben den konkret festgelegten Behandlungsmaßnahmen ist auch der Wunsch nach Respekt und Ansprache präsent. Vorausverfügungen werden auch eingesetzt, um den Behandlern einen Einblick zu geben, wen sie in ihren Patienten als Menschen vor sich haben, abseits der Patientenrolle. Es lässt sich festhalten, dass gerade im psychiatrischen Kontext individuelle Wünsche und Ziele eine besondere Rolle spielen (vgl. Vollmann 2012) – auch weil sich unter objektiven Gesichtspunkten ähnelnde Patienten zueinander konträre Maßnahmen als hilfreich empfinden können (*siehe Kapitel 4.4 Fallkontrastierung*).

Die Verzeichnung interindividuell unterschiedlicher Anwendungsabsichten, nach denen potentielle Patienten ihre Dokumente zum Einsatz bringen wollen (entweder nach dem *Framework Irrevocable Decision* oder *Shared Decision-Making During Crisis*), ist ein wichtiges Ergebnis, das in der Konsequenz eine verstärkte Patientenorientierung im Sinne einer individuelleren *Behandlungsplanung* fordert. Einige Teilnehmer wollen durch ihr Dokument eine Diskussion in der Krisensituation vermeiden, andere – gerade im Gegenteil – ein Gespräch herbeiführen.

Psychiatrische Vorausplanungen stellen durchaus eine Herausforderung bezüglich ihrer Erstellung und Umsetzung dar (vgl. Henderson et al. 2015). Die aus der Sicht potentieller Patienten dargestellten Schwierigkeiten bei der Umsetzung psychiatrischer Vorausverfügungen, können dazu dienen, einen sinnvollen Umgang mit diesem Instrument herbeizuführen und Entwicklungsprozesse anzustoßen.

Solange kein strukturiertes Vorgehen zur Sicherstellung der Umsetzung existiert, wirken einige Dokumente in der Tat noch wie „Hilferufe in einer Flaschenpost“, die in der Hoffnung auf Beachtung in den Ozean geworfen werden, wie Backlar et al. es beschreiben („*Without a system for storing the information and making it readily accessible, preparing a PAD may do little more than the act of scrawling ‚help‘ on a scrap of paper, stuffing it into a bottle, and hurling it into the ocean*“, Backlar et al. 2001, S. 438/439). In diesem Zusammenhang muss auch die Notwendigkeit eines Systems der Verwaltung psychiatrischer Vorausplanungen bedacht werden, um deren Verfügbarkeit und Umsetzung zu steigern – Backlar et al. empfehlen hierzu die Verwaltung mittels Computerbasierten Systemen (ebd.) und auch die Modelle des ACPs bzw. BVPs bieten entsprechend Lösungen an (vgl. z. B. Nauck, Marckmann & in der Schmitt 2018).

Die im Rahmen der vorliegenden Arbeit gewonnenen Erkenntnisse wären ggf. im Hinblick auf eine zukünftige Implementierung eines ACPs für psychiatrische Vorausplanungen an deutschen Kliniken zu berücksichtigen. So könnte etwa in der Erstellungsphase analysiert werden, nach welchem *Framework* ein potentieller Patient seine Vorausverfügung anwenden will und wie bindend einzelne Festlegungen zu Behandlungsmaßnahmen sind.

Denkbar wären *Verhandlungsvereinbarungen* oder Varianten unterschiedlicher Vorausverfügungen, die die jeweiligen Zielsetzungen der Verfasser berücksichtigen.³⁹ Erfolgt eine gemeinsame Erstellung einer Vorausverfügung durch die Behandler und den potentiellen Patienten, sollte auch daran gedacht werden, anzusprechen, welche Umstände zu einer Änderung des Therapieziels führen würden und was zu tun ist, wenn die vereinbarte Medikation in der Krise nicht ausreichend ist oder wenn die vereinbarten Maßnahmen nicht verfügbar sind. Trotz der Gegebenheit von standardisierten Behandlungsabläufen und Zeitdruck, sollte Raum für die Berücksichtigung der individuellen Patientenwünsche und -bedürfnisse geschaffen werden – alleine schon um (erneute) Traumatisierungen zu vermeiden und einer Abwendung potentieller Patienten vom psychiatrischen Hilfesystem zu begegnen und vorzubeugen. Zweifellos bestehen Grenzen im Ausmaß der Umsetzungsmöglichkeiten, die – sofern sie transparent gegenüber den Verfassern kommuniziert werden – jedoch kein grundsätzliches Hindernis in der Nutzung des Instrumentes darstellen sollten.

Eine psychiatrische Vorausverfügung kann im Umgang mit einem einwilligungsunfähigen Patienten hilfreich und notwendig sein, um dessen Behandlungswünsche und Wertvorstellungen zu identifizieren. Bei der Entscheidung, welche Maßnahmen vorrangig zu ergreifen sind, kann sie ausschlaggebend sein. Es droht jedoch ein tiefgreifender Vertrauensverlust in das psychiatrische Hilfesystem, wenn Versprechen gegeben werden, die nicht gehalten werden (können) und so die Hoffnungen enttäuscht werden, die die Verfasser mit ihrem Dokument verbinden. Eine Empfehlung zur Erstellung oder Implementation psychiatrischer Vorausverfügungen kann nicht bedenkenlos ausgesprochen werden, solange die Aufklärung über Grenzen und Möglichkeiten sowie über Vor- und Nachteile getroffener Behandlungsentscheidungen nicht sichergestellt ist. Im aktuellen Stadium stehen den theoretischen Potentialen noch praktische Hürden im Weg. Besonders im Hinblick einer Implementierung eines *ACP* für den psychiatrischen Bereich, muss auf die Gefahren hingewiesen werden, die mit einer nicht gewährleisteten Umsetzung der Verfügungen verbunden sind. Die Verbesserung der Kommunikation zwischen Behandlern und Patienten sollte als eine wichtige, zukünftige Aufgabe begriffen werden.

Alles in allem sollte sich die Debatte um psychiatrische Vorausverfügungen jedoch nicht auf Ängste und Bedenken beschränken, auch wenn es eine zentrale Rolle spielt, diesen zu begegnen. Es ist wichtig, die Ansichten, Bedürfnisse und Ziele der potentiellen Patienten zu erkennen und Strategien zu entwickeln, die dem Instrument zur Entfaltung seines Potentials verhelfen. Dokumente zur Vorausplanung sind weiter hinsichtlich der Eignung für die verschiedenen Ziele und Anwendungsabsichten der Verfasser zu untersuchen, das Bestehen unterschiedlicher Nutzertypen und der Einsatz nach voneinander zu unterscheidenden Anwendungsmodellen in Folgestudien zu überprüfen. Es stellt sich die Anschlussfrage, welche Dokumente zur Vorausplanung inwiefern geeignet sind, um verschiedenen Schwerpunkten in der Zielsetzung gerecht zu werden.

³⁹ Vergleichbar etwa dem Modell des *BVPs*, das Formulare benutzt, die sich am Therapieziel der Verfasser orientieren und die im Zusammenhang mit Entscheidungen für das Lebensende verwendet werden (vgl. Nauck, Marckmann & in der Schmitt 2018). Beispiele sind der Notfallbogen „ÄNo“ (Ärztliche Anordnung für den Notfall), der von der Deutschsprachigen interprofessionellen Vereinigung Behandlung im Voraus planen (DiV-BVP) e. V. entwickelt wurde (ebd., S. 66, unter Verweis auf in der Schmitt et al. 2011), das Formular „Krankenhausbehandlung bei Einwilligungsfähigkeit unklarer Dauer“ (ebd., S. 67, unter Verweis auf den DiV-BVP e. V.) und der Bogen der DIVI (Deutschen Interdisziplinären Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin) (ebd., S. 68, unter Verweis auf Janssens, Burchardi & Duttge 2012; Klinkhammer 2012; Neitzke et al. 2017).

Für eine sorgsame Handhabung psychiatrischer Vorausplanungen sind neben gesundheits-politischen Prozessen und gegebenenfalls erforderlichen, weiteren rechtlichen Anpassungen, auch entsprechende Entwicklungen in den Psychiatrien notwendig – denn wie bereits in der Literatur angemerkt, führt eine entsprechende Gesetzgebung allein noch lange keinen adäquaten Umgang herbei (Backlar et al. 2001, S. 440).

6 Literaturverzeichnis

- ABA, American Bar Association (2007): *Surrogate Consent in the Absence of an Advance Directive*. Commission on Law and Aging, Chicago.
- Adams, J. R., Drake, R. E., Wolford, G. L. (2007): *Shared decision-making preferences of people with severe mental illness*. *Psychiatric Services*, 58(9), p. 1219-21. doi:10.1176/ps.2007.58.9.1219.
- Ahrens, R. (2012): *Irreführende Darstellung. DFPP-Stellungnahme zur Initiative für Patientenverfügung*. *Psych Pflege*, 18(04), p. 194-9. doi:10.1055/s-0032-1321924.
- Amering, M., Stastny, P., Hopper, K. (2005): *Psychiatric advance directives: qualitative study of informed deliberations by mental health service users*. *Br J Psychiatry*, 186, p. 247-52. doi:10.1192/bjp.186.3.247.
- Appelbaum, P. S. (1991): *Advance directives for psychiatric treatment*. *Hosp Community Psychiatry*, 42(10), p. 983-4.
- Appelbaum, P. S. (2004): *Law & psychiatry: psychiatric advance directives and the treatment of committed patients*. *Psychiatric Services*, 55(7), p. 751-2, 763. doi:10.1176/appi.ps.55.7.751.
- Appelbaum, P. S. (2007): *Clinical practice. Assessment of patients' competence to consent to treatment*. *New England Journal of Medicine*, 357(18), p. 1834-40. doi:10.1056/NEJMcp074045.
- Appelbaum, P. S., Grisso, T. (1988): *Assessing patients' capacities to consent to treatment*. *New England Journal of Medicine*, 319(25), p. 1635-8.
- Atkinson, J. M., Garner, H. C., Gilmour, W. H. (2004): *Models of advance directives in mental health care: stakeholder views*. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 39(8), p. 673-80. doi:10.1007/s00127-004-0788-7.
- Atkinson, J. M., Garner, H. C., Stuart, S., Patrick, H. (2003): *The development of potential models of advance directives in mental health care*. *Journal of Mental Health*, 12(6), p. 575-84.
- Austin, C. A., Mohottige, D., Sudore, R. L., Smith, A. K., Hanson, L. C. (2015): *Tools to promote shared decision making in serious illness: a systematic review*. *JAMA internal medicine*, 175(7), p. 1213-21.
- Aydin Er, R., Sehiralti, M. (2014): *Comparing assessments of the decision-making competencies of psychiatric inpatients as provided by physicians, nurses, relatives and an assessment tool*. *J Med Ethics*, 40(7), p. 453-7. doi:10.1136/medethics-2012-100928.
- ÄZQ, Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin (2010): *Qualitätsmanagement und die Sicht der Patienten*. Im Auftrag von BÄK und KBV, Berlin. Retrieved from https://www.aezq.de/aezq/kompendium_q-m-a/3-qualitaetsmanagement-und-die-sicht-der-patienten, zuletzt abgerufen am 03.04.2019.
- Backlar, P. (1997): *Anticipatory planning for psychiatric treatment is not quite the same as planning for end-of-life care*. *Community Ment Health J*, 33(4), p. 261-8.
- Backlar, P., McFarland, B. H., Swanson, J. W., Mahler, J. (2001): *Consumer, provider, and informal caregiver opinions on psychiatric advance directives*. *Adm Policy Ment Health*, 28(6), p. 427-41.
- Beauchamp, T. L., Childress, J. F. (2013): *Principles of biomedical ethics*. 7th edition. New York, NY: Oxford University Press.

- Becker, M., Jaspers, B., King, C., Radbruch, L., Voltz, R., Nauck, F. (2010): *Did you seek assistance for writing your advance directive? A qualitative study*. Wiener Klinische Wochenschrift, 122(21-22), p. 620-5.
- BGB, Bürgerliches Gesetzbuch vom 18.8.1896 (RGBl. S. 195) i.D.F. der Bekanntmachung vom 02.01.2002 (BGBl. I S. 42), berichtigt am 02.05.2003 (BGBl. I S. 738), zuletzt geändert durch Art. 1 des Gesetzes zur Einführung des Rechts auf Eheschließung für Personen gleichen Geschlechts vom 20.07.2017 (BGBl. I S. 2787). §§ 130, 630e, 630d, 1896, 1901a, 1901b, 1904, 1906(a).
- BMJV, Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz (2017): *Vorsorgevollmacht, Betreuungs- und Patientenverfügung*. Stand: 02.05.2017. Internetredaktion des Referats Öffentlichkeitsarbeit, verantwortlich: Bischoff, T., Redaktion: Ewald, B., Kall, M., Klecar, W., Dr. Krüger, S., Malachowski, P., Steffen, J. Retrieved from http://www.bmjbv.de/DE/Themen/VorsorgeUndPatientenrechte/Betreuungsrecht/Betreuungsrecht_node.html, zuletzt abgerufen am 07.04.2019.
- Borbé, R., Jaeger, S., Borbé, S., Steinert, T. (2012): *Use of joint crisis plans in psychiatric hospitals in Germany: results of a nationwide survey*. Nervenarzt, 83(5), p. 638-43. doi:10.1007/s00115-011-3311-x.
- Borbé, R., Jaeger, S., Steinert, T. (2009): *Joint crisis plans in psychiatry*. Psychiatr Prax, 36(1), p. 7-15. doi:10.1055/s-2008-1067498.
- Borschmann, R., Barrett, B., Hellier, J. M., Byford, S., Henderson, C., Rose, D., Slade, M., Sutherby, K., Szmulker, G., Thornicroft, G., Hogg, J., Moran, P. (2013): *Joint crisis plans for people with borderline personality disorder: feasibility and outcomes in a randomised controlled trial*. Br J Psychiatry, 202(5), p. 357-64. doi:10.1192/bjp.bp.112.117762.
- Breden, T. M., Vollmann, J. (2004): *The cognitive based approach of capacity assessment in psychiatry: a philosophical critique of the MacCAT-T*. Health Care Analysis: journal of health philosophy and policy, 12(4), p. 273-83; discussion p. 265-72. doi:10.1007/s10728-004-6635-x.
- Breitsameter, C. (2010): *Medical decision-making and communication of risks: an ethical perspective*. J Med Ethics, 36(6), p. 349-52. doi:10.1136/jme.2009.033282
- Brett, A. S. (1991): *Limitations of listing specific medical interventions in advance directives*. Jama, 266(6), p. 825-8.
- Brinkman-Stoppelenburg, A., Rietjens, J. A., van der Heide, A. (2014): *The effects of advance care planning on end-of-life care: a systematic review*. Palliative medicine, 28(8), p. 1000-25.
- BRK, UN-Behindertenrechtskonvention (2008): *Übereinkommen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen*. Gesetz zu dem Übereinkommen der Vereinten Nationen vom 13. Dezember 2006 über die Rechte von Menschen mit Behinderungen sowie zu dem Fakultativprotokoll vom 13. Dezember 2006 zum Übereinkommen der Vereinten Nationen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen vom 21.12.2008. BGBl 2008, Teil II, Nr. 35., p.1419-57. Retrieved from https://www.bgbl.de/xaver/bgbl/start.xav?startbk=Bundesanzeiger_BGBl&jumpTo=bgbl208s1419.pdf, zuletzt abgerufen am 06.04.2019. Siehe auch CRPD (2006).
- Brock, D. W. (1991): *The ideal of shared decision making between physicians and patients*. Kennedy Inst Ethics J, 1(1), p. 28-47.
- Brock, D. W. (1993): *A proposal for the use of advance directives in the treatment of incompetent mentally ill persons*. Bioethics, 7(2/3), p. 247-56.

- Bundesarbeitsgemeinschaft Psychiatrie-Erfahrener, e. V.: *PatVerfü*®. Registriert beim Amtsgericht Berlin Charlottenburg Nr. 24211 Nz. Retrieved from <https://www.patverfue.de/cms-96TK/media/PatVerfue.pdf>, zuletzt abgerufen am 08.12.2018.
- Bundestagsdrucksache 18/11240 (2017): *Entwurf eines Gesetzes zur Änderung der materiellen Zulässigkeitsvoraussetzungen von ärztlichen Zwangsmaßnahmen und zur Stärkung des Selbstbestimmungsrechts von Betreuten*. Gesetzentwurf der Bundesregierung. Bundestagsdrucksache vom 20.02.2017, 18. Legislaturperiode. Retrieved from <http://dipbt.bundestag.de/doc/btd/18/112/1811240.pdf>, zuletzt abgerufen am 08.04.2019.
- Buss, S., Westlund, A.: *Personal Autonomy*. In Zalta, E.N. (Ed.): *The Stanford Encyclopedia of Philosophy (Spring 2018 Edition)*, Metaphysics Research Lab, Stanford University. Retrieved from <https://plato.stanford.edu/archives/spr2018/entries/personal-autonomy/>, zuletzt abgerufen am 26.09.2018.
- BVerfG, Bundesverfassungsgericht (2011): Beschluss vom 23.03.2011, Aktenzeichen 2 BvR 882/09, Rdn. 1-83. Retrieved from https://www.bverfg.de/e/rs20110323_2bvr088209.html, zuletzt abgerufen am 06.04.2019.
- BVerfG, Bundesverfassungsgericht (2016): Beschluss vom 26.07.2016, Aktenzeichen 1 BvL 8/15, Rdn. 1-103. Retrieved from https://www.bverfg.de/e/ls20160726_1bv1000815.html, zuletzt abgerufen am 06.04.2019.
- Cairns, R., Maddock, C., Buchanan, A., David, A. S., Hayward, P., Richardson, G., Szmukler, G., Hotopf, M. (2005): *Prevalence and predictors of mental incapacity in psychiatric in-patients*. Br J Psychiatry, 187, p. 379-85. doi:10.1192/bjp.187.4.379.
- Campbell, L. A., Kisely, S. R. (2009): *Advance treatment directives for people with severe mental illness*. Cochrane Database Syst Rev(1), Cd005963. doi:10.1002/14651858.CD005963.pub2.
- Charles, C., Gafni, A., Whelan, T. (1997): *Shared decision-making in the medical encounter: what does it mean? (or it takes at least two to tango)*. Soc Sci Med, 44(5), p. 681-92.
- Charles, C., Gafni, A., Whelan, T. (1999): *Decision-making in the physician-patient encounter: revisiting the shared treatment decision-making model*. Soc Sci Med, 49(5), p. 651-61.
- Coeppecus, R. (2011): *Offene Fragen zum Patientenverfügungsgesetz*. Neue Juristische Wochenschrift: NJW, 64(29), p. 2085/6.
- Cookson, R., Dolan, P. (1999): *Public views on health care rationing: a group discussion study*. Health Policy, 49(1-2), p. 63-74.
- Coors, M., Jox, R.J., in der Schmitt, J. (Eds.) (2015): *Advance Care Planning. Von der Patientenverfügung zur gesundheitlichen Vorausplanung*. First edition. Stuttgart: Kohlhammer.
- CRPD, Convention on the Rights of Persons with Disabilities (2006). *Übereinkommen der Vereinten Nationen vom 13. Dezember 2006 über die Rechte von Menschen mit Behinderungen*. Retrieved from https://www.bgbl.de/xaver/bgbl/start.xav?startbk=Bundesanzeiger_BGBL&jumpTo=bgbl208s1419.pdf, zuletzt abgerufen am 06.04.2019. *Siehe auch BRK (2008)*.
- Davis, J. K. (2008): *How to justify enforcing a Ulysses contract when Ulysses is competent to refuse*. Kennedy Inst Ethics J, 18(1), p. 87-106.
- Degener, T. (2010): *Die UN-Behindertenrechtskonvention*. Vereinte Nationen, 58(2), p. 57-63. doi:10.5771/0042-384X-2010-2-57.
- Deutsche Schlaganfall-Hilfe, Stiftung (2012): *Umfrage der deutschen Schlaganfall-Hilfe. Immer mehr Deutsche erstellen Patientenverfügung*. Gütersloh: Ots. Retrieved from <https://www.presseportal.de/pm/23980/2383840>, zuletzt abgerufen am 09.04.2019.
- DHPV, Deutscher Hospiz- und PalliativVerband, e. V. (2012): *Sterben in Deutschland – Wissen und Einstellungen zum Sterben*. Ergebnisse einer repräsentativen Bevölkerungsbefragung im Auftrag des DHPV. Retrieved from https://www.dhpv.de/tl_files/public/Aktuelles/presseerklarungen/3_ZentraleErgebnisse_DHPVBevoelkerungsbefragung_06102017.pdf, zuletzt abgerufen am 09.04.2019.

- DeWolf Bosek, M. S., Ring, M. E., Cady, R. F. (2008): *Do psychiatric advance directives protect autonomy?* JONAS Healthc Law Ethics Regul, 10(1), p. 17-24; quiz p. 25-16. doi:10.1097/01.Nhl.0000312546.62165.54.
- DGPPN, Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (2014): *Achtung der Selbstbestimmung und Anwendung von Zwang bei der Behandlung von psychisch erkrankten Menschen*. Stellungnahme vom 23.09.2014. Retrieved from <https://www.dgppn.de/presse/stellungnahmen/stellungnahmen-2014/ethik.html>, zuletzt abgerufen am 02.04.2019.
- Dickerson, F. B., Boronow, J. J., Ringel, N., Parente, F. (1997): *Lack of insight among outpatients with schizophrenia*. Psychiatric Services, 48(2), p. 195-199. doi:10.1176/ps.48.2.195.
- Dietz, A., Pörksen, N., Voelzke, W. (1998): *Behandlungsvereinbarungen: vertrauensbildende Maßnahmen in der Akutpsychiatrie*. Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Di Fabio, U. (2017): *GG. Art. 2. Selbstbestimmungsrecht des Patienten*. In Maunz, T., Dürig, G. (Eds.): *Grundgesetz Kommentar*. Vol. 81- EL. München: C.H.Beck Verlag. Rdn. 204-6.
- Drake, R. E., Deegan, P. E. (2009): *Shared decision making is an ethical imperative*. Psychiatric Services, 60(8), Taking Issue, p. 1007. doi:10.1176/appi.ps.60.8.1007
10.1176/ps.2009.60.8.1007.
- Dresser, R. (1984): *Bound to treatment: the Ulysses contract*. Hastings Cent Rep, 14(3), p. 13-16.
- DRZE, Deutsches Referenzzentrum für Ethik in den Biowissenschaften: *Patientenautonomie in der Psychiatrie*. Retrieved from <http://www.drze.de/im-blickpunkt/patientenverfuegungen/module/patientenautonomie-in-der-psychiatrie>, zuletzt abgerufen am 28.09.2017.
- Elbogen, E. B., Swanson, J. W., Appelbaum, P. S., Swartz, M. S., Ferron, J., Van Dorn, R. A., Wagner, H. R. (2007)A: *Competence to complete psychiatric advance directives: effects of facilitated decision making*. Law Hum Behav, 31(3), p. 275-89. doi:10.1007/s10979-006-9064-6.
- Elbogen, E. B., Swartz, M. S., Van Dorn, R., Swanson, J. W., Kim, M., Scheyett, A. (2006): *Clinical decision making and views about psychiatric advance directives*. Psychiatric Services, 57(3), p. 350-55. doi:10.1176/appi.ps.57.3.350.
- Elbogen, E. B., Van Dorn, R., Swanson, J. W., Swartz, M. S., Ferron, J., Wagner, H. R., Wilder, C. (2007)B: *Effectively implementing psychiatric advance directives to promote self-determination of treatment among people with mental illness*. Psychol Public Policy Law, 13(4), p. 273-88. doi:10.1037/1076-8971.13.4.273.
- Emanuel, E. J., Emanuel, L. L. (1992): *Four models of the physician-patient relationship*. Jama, 267(16), p. 2221-26.
- Emanuel, L. L., Barry, M. J., Emanuel, E. J., Stoeckle, J. D. (1994): *Advance directives: can patients' stated treatment choices be used to infer unstated choices?* Medical Care, p. 95-105.
- Emanuel, L. L., Barry, M. J., Stoeckle, J. D., Ettelson, L. M., Emanuel, E. J. (1991): *Advance directives for medical care - a case for greater use*. New England Journal of Medicine, 324(13), p. 889-95. doi:10.1056/nejm199103283241305.
- Evans, N., Bausewein, C., Menaca, A., Andrew, E. V., Higginson, I. J., Harding, R., Pool, R., Gysels, M. (2012): *A critical review of advance directives in Germany: attitudes, use and healthcare professionals' compliance*. Patient Educ Couns, 87(3), p. 277-88.
- Faden, R. R., Beauchamp, T. L., King, N. M. (1986): *A history and theory of informed consent*. Oxford University Press.
- Fagerlin, A., Schneider, C. E. (2004): *Enough. The failure of the living will*. Hastings Cent Rep, 34 (2), p. 30-42.
- Farrelly, S., Brown, G. E., Flach, C., Barley, E., Laugharne, R., Henderson, C. (2013): *User-held personalised information for routine care of people with severe mental illness*. Cochrane Database Syst Rev(10), Cd001711. doi:10.1002/14651858.CD001711.pub2.
- Farrelly, S., Brown, G., Rose, D., Doherty, E., Henderson, R. C., Birchwood, M., Marshall, M., Waheed, W., Szmukler, G., Thornicroft, G. (2014): *What service users with psychotic disorders want in*

- a mental health crisis or relapse: thematic analysis of joint crisis plans.* Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol, 49(10), p. 1609-17. doi:10.1007/s00127-014-0869-1.
- Farrelly, S., Lester, H., Rose, D., Birchwood, M., Marshall, M., Waheed, W., Henderson, R. C., Szmukler, G., Thornicroft, G. (2015): *Improving Therapeutic Relationships: Joint Crisis Planning for Individuals With Psychotic Disorders.* Qual Health Res, 25(12), p. 1637-47. doi:10.1177/1049732314566320.
- Farrelly, S., Lester, H., Rose, D., Birchwood, M., Marshall, M., Waheed, W., Henderson, R. C., Szmukler, G., Thornicroft, G. (2016): *Barriers to shared decision making in mental health care: qualitative study of the Joint Crisis Plan for psychosis.* Health Expect, 19(2), p. 448-58. doi:10.1111/hex.12368.
- Finzen, A. (2009): *Ende der Zwangspsychiatrie? Das neue Gesetz zur Patientenverfügung erweitert den Vorsorgespielraum psychisch Kranker.* Psychosoziale Umschau (4).
- Flick, U., Kardorff, E. v., Steinke, I. (2008): *Was ist Qualitative Forschung? Einleitung und Überblick.* In Flick, U., Kardorff, E. v., Steinke, I. (Eds.): *Qualitative Forschung. Ein Handbuch.* 10th edition. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag, p. 13ff.
- Geller, J. L. (2000): *The use of advance directives by persons with serious mental illness for psychiatric treatment.* Psychiatr Q, 71(1), p. 1-13.
- Geller, J. L. (2012): *Patient-centered, recovery-oriented psychiatric care and treatment are not always voluntary.* Psychiatric Services, 63(5), p. 493-495. doi:10.1176/appi.ps.201100503.
- Gesetz zur Änderung der materiellen Zulässigkeitsvoraussetzungen von ärztlichen Zwangsmaßnahmen und zur Stärkung des Selbstbestimmungsrechts von Betreuten vom 17.07.2017. BGBl 2017I, p.2426.
- GfK, Gesellschaft für Konsumforschung (2009), repräsentative Umfrage im Auftrag der Apotheken Umschau.
- GG, Grundgesetz für die Bundesrepublik Deutschland, in der Bekanntmachung vom 23.05.1949 (BGBl 1949 S. 1) zuletzt geändert durch Artikel 1 des Gesetzes vom 13.07.2017 (BGBl 2017 I S. 2347). Artikel 1-19.
- Gifford, R. W. J. (1977): *Primum non nocere.* Jama, 238(7), p. 589-90. doi:10.1001/jama.1977.03280070029018.
- Gilligan, C. (1993): *In a different voice.* Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Götz, I. (2018): *Bürgerliches Gesetzbuch.* Kommentierung zu §§ 1896 - 1906 a BGB. In Palandt, O., Brudermüller, G., Ellenberger, J. (Eds.). Vol. 77., p. XXXIV. München: C.H. Beck, p. 2259-93.
- Grisso, T., Appelbaum, P. (1998): *Assessing competence to consent to treatment: A guide for physicians and other health professionals.* New York: Oxford University Press.
- Grisso, T., Appelbaum, P. S. (1995): *The MacArthur Treatment Competence Study. III: Abilities of patients to consent to psychiatric and medical treatments.* Law Hum Behav, 19(2), p. 149-74.
- Grisso, T., Appelbaum, P. S., Hill-Fotouhi, C. (1997): *The MacCAT-T: a clinical tool to assess patients' capacities to make treatment decisions.* Psychiatric Services, 48(11), p. 1415-19. doi:10.1176/ps.48.11.1415.
- Halpern, S. D., Loewenstein, G., Volpp, K. G., Cooney, E., Vranas, K., Quill, C. M., McKenzie, M. S., Harhay, M. O., Gabler, N. B., Silva, T., Arnold, R., Angus, D. C., Bryce, C. (2013): *Default options in advance directives influence how patients set goals for end-of-life care.* Health Aff (Millwood), 32(2), p. 408-17. doi:10.1377/hlthaff.2012.0895.
- Halwani, R. (2003): *Care ethics and virtue ethics.* Hypatia, 18(3), p. 161-92.
- Hammes, B. J. (2003): *Updates on Respecting Choices Four Years On.* Innovations in end-of-life care, 5(2).
- Helfferich, C. (2005): *Die Qualität qualitativer Daten.* Wiesbaden: Springer.
- Henderson, C., Farrelly, S., Moran, P., Borschmann, R., Thornicroft, G., Birchwood, M., the CRIMSON and JOSHUA Study Groups (2015): *Joint crisis planning in mental health care: the challenge of*

- implementation in randomized trials and in routine care.* World Psychiatry, 14(3), p. 281-3. doi:10.1002/wps.20256.
- Henderson, C., Flood, C., Leese, M., Thornicroft, G., Sutherby, K., Szmukler, G. (2004): *Effect of joint crisis plans on use of compulsory treatment in psychiatry: single blind randomised controlled trial.* BMJ, 329(7458), 136. doi:10.1136/bmj.38155.585046.63
- Henderson, C., Flood, C., Leese, M., Thornicroft, G., Sutherby, K., Szmukler, G. (2009): *Views of service users and providers on joint crisis plans: single blind randomized controlled trial.* Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol, 44(5), p. 369-76. doi:10.1007/s00127-008-0442-x.
- Henderson, C., Swanson, J. W., Szmukler, G., Thornicroft, G., Zinkler, M. (2008): *A typology of advance statements in mental health care.* Psychiatric Services, 59(1), p. 63-71. doi:10.1176/ps.2008.59.1.63.
- Hoge, S. K. (1994): *The patient self-determination act and psychiatric care.* Bull Am Acad Psychiatry Law, 22(4), p. 577-86.
- Houben, C. H., Spruit, M. A., Groenen, M. T., Wouters, E. F., Janssen, D. J. (2014): *Efficacy of advance care planning: a systematic review and meta-analysis.* Journal of the American Medical Directors Association, 15(7), p. 477-89.
- Howell, T., Diamond, R. J., Wikler, D. (1982): *Is there a case for voluntary commitment?* In Beauchamp, T. (Ed.): *Contemporary issues in bioethics.* Second edition. Belmont, CA: Wadsworth, p. 163-8.
- in der Schmitt, J., Rothärmel, S., Rixen, S., et al. (2011): *Patientenverfügung im Rettungsdienst (Teil 2). Neue Perspektiven durch Advance Care Planning und die Hausärztliche Anordnung für den Notfall.* Notfall Rettungsmed 14, p. 465-74.
- in der Schmitt, J. (2013): *Advance care planning: putting an end to the agonizing perpetuation of a pointless debate.* Onkologie, 36(7-8), p. 395-6. doi:10.1159/000354273.
- in der Schmitt, J., Marckmann, G. (2012): *Gesundheitliche Vorausplanung (Advance Care Planning). Was können wir aus internationalen Erfahrungen für die Umsetzung von Patientenverfügungen lernen?* In Borasio, G.D., Heßler, H.J., Jox, R.J., Meier, C. (Eds.): *Patientenverfügung. Das neue Gesetz in der Praxis.* Stuttgart: Kohlhammer, p. 96-114.
- Institute of Medicine (2015): *Dying in America: Improving Quality and Honoring Individual Preferences near the End of Life.* Washington, DC: National Academies Press, p.122.
- Ivashkov, Y., Van Norman, G. A. (2009): *Informed consent and the ethical management of the older patient.* Anesthesiol Clin, 27(3), p. 569-80, table of contents. doi:10.1016/j.anclin.2009.07.016.
- Jacobi, F., Hofler, M., Siegert, J., Mack, S., Gerschler, A., Scholl, L., Busch, M. A., Hapke, U., Maske, U., Seiffert, I., Gaebel, W., Maier, W., Wagner, M., Zielasek, J., Wittchen, H. U. (2014): *Twelve-month prevalence, comorbidity and correlates of mental disorders in Germany: the Mental Health Module of the German Health Interview and Examination Survey for Adults (DEGS1-MH).* Int J Methods Psychiatr Res, 23(3), p. 304-19. doi:10.1002/mpr.1439.
- Jaeger, M., Rossler, W. (2010): *Enhancement of outpatient treatment adherence: Patients' perceptions of coercion, fairness and effectiveness.* Psychiatry Res, 180(1), p. 48-53. doi:10.1016/j.psychres.2009.09.011.
- Jankovic, J., Richards, F., Priebe, S. (2010): *Advance statements in adult mental health.* Adv. Psychiatr. Treat., 16(6), p. 448-55.
- Janssens, U., Burchardi, N., Duttge, G. (2012): *Therapiezieländerung und Therapiebegrenzung in der Intensivmedizin.* DIVI 2012(3), p. 103-7.
- Jox, R. J. (2004): *Bewusstlos, aber autonom?! Ethische Analyse stellvertretender Entscheidungen für einwilligungsunfähige Patienten.* Ethik in der Medizin (16), p. 401-14.
- Jox, R. J. (2011): *Sterben lassen. Über Entscheidungen am Ende des Lebens.* Hamburg: edition Körber-Stiftung.
- Jox, R.J. (2017): *Preparing existential decisions in later life. Advance healthcare planning.* In Schweda, M., Pfaller, L., Brauer, K., Adolff, F., Schicktanz, S. (Eds.): *Planning later life. Bioethics and*

- Public Health in Ageing Societies*. Burlington: Ashgate Publishing Limited, Routledge Taylor & Francis Group, p. 164-80.
- Jox, R.J., in der Schmitt, J., Marckmann G. (2015): *Ethische Grenzen und Defizite der Patientenverfügung*. In Coors M., Jox, R.J., in der Schmitt J. (Eds.): *Advance care planning. Von der Patientenverfügung zur gesundheitlichen Vorausplanung*. First edition. Stuttgart: Kohlhammer, p.23-38.
- Jox, R.J., Schwerwacher, M. (2015): *Akutpsychiatrie mit offenen Türen? Historische Entwicklung und ethische Analyse*. In Feuerstein, G., Schramme T. (Eds.): *Ethik der Psyche. Normative Fragen im Umgang mit psychischer Abweichung*. Frankfurt/New York: Campus Verlag, p. 247-68.
- Kala, A. (2013): *Time to face new realities; mental health care bill-2013*. Indian J Psychiatry, 55(3), p. 216-9. doi:10.4103/0019-5545.117129.
- Katsakou, C., Rose, D., Amos, T., Bowers, L., McCabe, R., Oliver, D., Wykes, T., Priebe, S. (2012): *Psychiatric patients' views on why their involuntary hospitalisation was right or wrong: a qualitative study*. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol, 47(7), p. 1169-79. doi:10.1007/s00127-011-0427-z.
- Kelle, U., Kluge, S. (2010): *Vom Einzelfall zum Typus. Fallvergleich und Fallkontrastierung in der qualitativen Sozialforschung*. In Bohnsack, R., Reichertz, J., Lüders, C., Flick, U.: *Qualitative Sozialforschung. Band 15. 2., überarbeitete Auflage*, Wiesbaden: VS, Verl. für Sozialwiss.
- Khandelwal, N., Kross, E. K., Engelberg, R. A., Coe, N. B., Long, A. C., Curtis, J. R. (2015): *Estimating the effect of palliative care interventions and advance care planning on ICU utilization: a systematic review*. Critical care medicine, 43(5), p. 1102.
- Khazaal, Y., Chatton, A., Pasandin, N., Zullino, D., Preisig, M. (2009): *Advance directives based on cognitive therapy: a way to overcome coercion related problems*. Patient Educ Couns, 74(1), p. 35-8. doi:10.1016/j.pec.2008.08.006.
- Khazaal, Y., Manghi, R., Delahaye, M., Machado, A., Penzenstadler, L., Molodynski, A. (2014): *Psychiatric advance directives, a possible way to overcome coercion and promote empowerment*. Front Public Health (2:37). doi:10.3389/fpubh.2014.00037.
- Kim, M. M., Scheyett, A. M., Elbogen, E. B., Van Dorn, R. A., McDaniel, L. A., Swartz, M. S., Swanson, J. W., Ferron, J. (2008): *Front line workers' attitudes towards psychiatric advance directives*. Community Ment Health J, 44(1), p. 28-46. doi:10.1007/s10597-007-9104-9.
- Kim, M. M., Van Dorn, R. A., Scheyett, A. M., Elbogen, E. E., Swanson, J. W., Swartz, M. S., McDaniel, L. A. (2007): *Understanding the personal and clinical utility of psychiatric advance directives: a qualitative perspective*. Psychiatry, 70(1), p. 19-29. doi:10.1521/psyc.2007.70.1.19.
- Klingler, C., in der Schmitt, J., Marckmann, G. (2016): *Does facilitated Advance Care Planning reduce the costs of care near the end of life? Systematic review and ethical considerations*. Palliative medicine, 30(5), p. 423-33.
- Klinkhammer, G. (2012): *Therapiezieländerung und Therapiebegrenzung: Kriterien der Entscheidungsfindung*. Dtsch Arztebl, Ausgabe A, 109(35-36), p. 1754.
- Knuf, A., Wörishofer, G. (1998): *Der Münchner Krisenpaß für Menschen mit Psychose-Erfahrung*. In Dietz, A., Pörksen, N., Voelzke, W. (Eds.): *Behandlungsvereinbarungen: vertrauensbildende Maßnahmen in der Akutpsychiatrie*. Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Koppernock, M. (1997): *Das Grundrecht auf bioethische Selbstbestimmung: zur Rekonstruktion des allgemeinen Persönlichkeitsrechts*. Nomos-Verlag-Ges.
- Kressel, L. M., Chapman, G. B. (2007): *The default effect in end-of-life medical treatment preferences*. Med Decis Making, 27(3), p. 299-310. doi:10.1177/0272989x07300608.
- Kressel, L. M., Chapman, G. B., Leventhal, E. (2007): *The influence of default options on the expression of end-of-life treatment preferences in advance directives*. J Gen Intern Med, 22(7), p. 1007-10. doi:10.1007/s11606-007-0204-6.
- Krohm, C., Summers, S. (2002): *Advance health care directives: a handbook for professionals*. Chicago: American Bar Association.

- Kühlmeyer, K., Borbé, R. (2015): *Vorausplanung und Vorausverfügung in der Psychiatrie*. In Coors, M., Jox, R.J., i. d. Schmitten, J. (Eds.): *Advance Care Planning. Von der Patientenverfügung zur gesundheitlichen Vorausplanung*. First edition. Stuttgart: Kohlhammer, p. 328-42
- Kumar, T., John, S., Gopal, S., Mohan, G., Joseph, J., PAS study group, Rangaswamy, T. (2013): *Psychiatric advance statements: an Indian experience*. International Journal of Social Psychiatry, 59(6), p. 531-534.
- Kurze, D. Dr. (2017): *Vorsorgerecht*. Vol. 1. München: C.H. Beck.
- Kutner, L. (1969): *Due Process of Euthanasia: The living will, a proposal*. Indiana Law Journal (44).
- La Fond, J. Q., Srebnik, D. (2002): *The impact of mental health advance directives on patient perceptions of coercion in civil commitment and treatment decisions*. Int J Law Psychiatry, 25(6), p. 537-55.
- Landesärztekammer, Baden-Württemberg mit den Bezirksärztekammern (2016): *Die Aufklärungs- und Informationspflicht des Arztes*. Merkblatt, Stand Februar 2016. Retrieved from <https://www.aerztekammer-bw.de/10aerzte/40merkblaetter/10merkblaetter/aufklaerungspflicht.pdf>, zuletzt abgerufen am 08.04.2019.
- Lefley, H. P. (1996): *Family caregiving in mental illness*. Thousand Oaks, CA, US: Sage Publications, Inc.
- Lindner, J. F., Huber, F. (2017): *Widerruf der Patientenverfügung durch den einwilligungsunfähigen Patienten?* Neue Juristische Wochenschrift: NJW, 70(1), p. 6-9.
- Maitre, E., Debien, C., Nicaise, P., Wyngaerden, F., Le Galudec, M., Genest, P., Ducrocq, F., Delamillieure, P., Lavoisy, B., Walter, M., Dubois, V., Vaiva, G. (2013): *Advanced directives in psychiatry: A review of the qualitative literature, a state-of-the-art and viewpoints*. Encephale, 39(4), p. 244-51. doi:10.1016/j.encep.2012.10.012.
- Malterud, K. (2001): *Qualitative research: standards, challenges, and guidelines*. Lancet, 358(9280), p. 483-8. doi:10.1016/s0140-6736(01)05627-6.
- Mandarelli, G., Carabellese, F., Parmigiani, G., Bernardini, F., Pauselli, L., Quartesan, R., Catanesi, R., Ferracuti, S. (2017): *Treatment decision-making capacity in non-consensual psychiatric treatment: a multicentre study*. Epidemiol Psychiatr Sci, p. 1-8. doi:10.1017/s2045796017000063.
- Marckmann, G. (2000): *Was ist eigentlich prinzipienorientierte Medizinethik?* Ärzteblatt Baden-Württemberg, 55(12), p. 499-502.
- Marckmann, G. (2013): *Instrumente der Vorausplanung im Spannungsfeld zwischen der Patientenautonomie und dem ärztlichen Paternalismus*. Paper presented at the Wissenschaftliches Symposium „Vorausplanung von Behandlungsentscheidungen in der Psychiatrie: Patientenverfügungen und Behandlungsvereinbarungen auf dem Prüfstand“ am 25.10.2013, München.
- Marckmann, G., in der Schmitten, J. (2013): *Patientenverfügungen und Advance Care Planning: Internationale Erfahrungen*. Zeitschrift für medizinische Ethik, 59, p. 213-27.
- Markson, L. J., Kern, D. C., Annas, G. J., Glantz, L. H. (1994): *Physician assessment of patient competence*. J Am Geriatr Soc, 42(10), p. 1074-80.
- Martin, R. S., Hayes, B., Gregorevic, K., Lim, W. K. (2016): *The effects of advance care planning interventions on nursing home residents: a systematic review*. Journal of the American Medical Directors Association, 17(4), p. 284-93.
- Mayring, P. (2010): *Qualitative Inhaltsanalyse*. 11., aktualisierte und überarbeitete Auflage. Weinheim [u.a.]: Beltz.
- Miles, M. B., Huberman, A. M., Saldaña, J. (2013): *Qualitative Data Analysis. A Methods Sourcebook*. 3rd edition. SAGE Publications.
- Montgomery, F. U., Parsa-Parsi, R. W., Wiesing, U. (2018): *Das Genfer Gelöbnis des Weltärztebunds. Revidiert unter Leitung der Bundesärztekammer*. Ethik in der Medizin, 30(1), p. 67-9. doi:10.1007/s00481-018-0471-2. Unter Verweis auf Weltärztebund: *Offizielle deutsche*

Übersetzung der Deklaration von Genf, autorisiert durch den © Weltärztebund, World Medical Association, WMA.

- Moreno, J. D. (1995): *Deciding together: Bioethics and moral consensus*. New York/Oxford: Oxford University Press.
- Morrison, R. S., Olson, E., Mertz, K. R., Meier, D. E. (1995): *The inaccessibility of advance directives on transfer from ambulatory to acute care settings*. *Jama*, 274(6), p. 478-82.
- Mulley, A. G., Trimble, C., Elwyn, G. (2012): *Stop the silent misdiagnosis: patients' preferences matter*. *BMJ*, 345. doi:10.1136/bmj.e6572.
- Nauck, F., Becker, M., King, C., Radbruch, L., Voltz, R., & Jaspers, B. (2014): *To what extent are the wishes of a signatory reflected in their advance directive: a qualitative analysis*. *BMC Medical Ethics*, 15(1), p. 52ff. doi:10.1186/1472-6939-15-52.
- Nauck, F., Marckmann, G., in der Schmitt, J. (2018): *Behandlung im Voraus planen – Bedeutung für die Intensiv- und Notfallmedizin*. *Anästhesiologie Intensivmedizin Notfallmedizin Schmerztherapie* (53), p. 62-70. © Georg Thieme Verlag KG Stuttgart, New York. doi:10.1055/s-0042-118690.
- Neitzke, G., Böll, B., Burchardi, H., et al. (2017): *Documentation of decisions to withhold or withdraw life-sustaining therapies: Recommendation of the Ethics Section of the German Interdisciplinary Association of Critical Care and Emergency Medicine (DIVI) in collaboration with the Ethics Section of the German Society for Medical Intensive Care and Emergency Medicine (DGIIIN)*. *Med Klin Intensivmed Notfmed*, 20.07.2017. doi:10.1007/s00063-017-0321-x.
- Newton-Howes, G., Mullen, R. (2011): *Coercion in psychiatric care: systematic review of correlates and themes*. *Psychiatric Services*, 62(5), p. 465-70. doi:10.1176/ps.62.5.pss6205_0465.
- Nicaise, P., Lorant, V., Dubois, V. (2013): *Psychiatric Advance Directives as a complex and multistage intervention: a realist systematic review*. *Health Soc Care Community*, 21(1), p. 1-14. doi:10.1111/j.1365-2524.2012.01062.x.
- Nicaise, P., Soto, V. E., Dubois, V., Lorant, V. (2015): *Users' and health professionals' values in relation to a psychiatric intervention: the case of psychiatric advance directives*. *Adm Policy Ment Health*, 42(4), p. 384-393. doi:10.1007/s10488-014-0580-2.
- OBRA, Omnibus Budget Reconciliation Act of 1990. Formerly the Patient Self-Determination Act of 1990, PSDA. Rule Number: Pub L No. 101 – 508, § 4401, 1927(g) (November 5, 1990). OBRA 1990 Regulations, Federal Register, November 2, 1992; 57FR(212): 4937 – 4940. § 4206 C.F.R. (1990).
- O'Connell, M. J., Stein, C. H. (2005): *Psychiatric advance directives: perspectives of community stakeholders*. *Adm Policy Ment Health*, 32(3), p. 241-265.
- Olzen, D., Kaya, E., Metzmacher, A., Zink, N. (2009): *Die Auswirkungen des Betreuungsrechtsänderungsgesetzes (Patientenverfügungsgesetz) auf die medizinische Versorgung psychisch Kranker. Gutachten für die Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde*. Berlin: Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde. Retrieved from https://www.dgppn.de/fileadmin/user_upload/_medien/download/pdf/stellungnahmen/2010/stn-2010-04-15-anh-gutachten-prof-olzenpat-vg.pdf, zuletzt abgerufen am 21.03.2016.
- Owen, G. S., David, A. S., Hayward, P., Richardson, G., Szmukler, G., Hotopf, M. (2009) **A**: *Retrospective views of psychiatric in-patients regaining mental capacity*. *Br J Psychiatry*, 195(5), p. 403-7. doi:10.1192/bjp.bp.109.065151.
- Owen, G. S., David, A. S., Richardson, G., Szmukler, G., Hayward, P., Hotopf, M. (2009) **B**: *Mental capacity, diagnosis and insight in psychiatric in-patients: a cross-sectional study*. *Psychol Med*, 39(8), p. 1389-98. doi:10.1017/s0033291708004637.
- Owen, G. S., Richardson, G., David, A. S., Szmukler, G., Hayward, P., Hotopf, M. (2008): *Mental capacity to make decisions on treatment in people admitted to psychiatric hospitals: cross sectional study*. *BMJ*, 337, a448. doi:10.1136/bmj.39580.546597.BE.

- Palandt, O., Bruder Müller, G., Ellenberger, J. (Eds.) (2018): *Bürgerliches Gesetzbuch*. Vol. 77., p. XXXIV. München: C.H. Beck. *Siehe Götz, P.D.I. (2018)*.
- Papageorgiou, A., King, M., Janmohamed, A., Davidson, O., Dawson, J. (2002): *Advance directives for patients compulsorily admitted to hospital with serious mental illness. Randomised controlled trial*. Br J Psychiatry, 181, p. 513-9.
- Parsa-Parsi, R. (2017): *The revised declaration of geneva: A modern-day physician's pledge*. Jama, 318(20), p. 1971-2. doi:10.1001/jama.2017.16230.
- Pathare, S., Shields, L., Nardodkar, R., Narasimhan, L., Bunders, J. (2015): *What do service users want? A content analysis of what users may write in psychiatric advance directives in India*. Asian J Psychiatr, 14, p. 52-56. doi:10.1016/j.ajp.2014.10.006.
- Peto, T., Srebnik, D., Zick, E., Russo, J. (2004): *Support needed to create psychiatric advance directives*. Adm Policy Ment Health, 31(5), p. 409-19.
- Pinfold, V., Stuart, H., Thornicroft, G., Arboleda-Flórez, J. (2005): *Working with young people: the impact of mental health awareness programs in schools in the UK and Canada*. World psychiatry 4(s1), p. 48-52.
- Pötzsch, H. (2009): *Grundrechte*. In bpb, Bundeszentrale für politische Bildung (Ed.): Dossier Deutsche Demokratie. Retrieved from <http://www.bpb.de/politik/grundfragen/deutsche-demokratie/39294/grundrechte?p=all>, zuletzt abgerufen am 06.04.2019.
- Prendergast, T. J. (2001): *Advance care planning: pitfalls, progress, promise*. Crit Care Med, 29(2 Suppl), p. N34-39.
- Priebe, S., Katsakou, C., Amos, T., Leese, M., Morriss, R., Rose, D., Wykes, T., Yeeles, K. (2009): *Patients' views and readmissions 1 year after involuntary hospitalisation*. Br J Psychiatry, 194(1), p. 49-54. doi:10.1192/bjp.bp.108.052266.
- Purser, K., Magner, E. S., Madison, J. (2009): *Competency and capacity: the legal and medical interface*. J Law Med, 16(5), p. 789-802.
- Quirk, A., Chaplin, R., Lelliott, P., Seale, C. (2012): *How pressure is applied in shared decisions about antipsychotic medication: a conversation analytic study of psychiatric outpatient consultations*. Sociology of Health & Illness, 34(1), p. 95-113. doi:10.1111/j.1467-9566.2011.01363.x.
- Radenbach, K., Falkai, P., Weber-Reich, T., Simon, A. (2014): *Joint crisis plans and psychiatric advance directives in German psychiatric practice*. J Med Ethics, 40(5), p. 343-5. doi:10.1136/medethics-2012-101038.
- Radenbach, K., Simon, A. (2016): *Advance Care Planning in der Psychiatrie*. Ethik in der Medizin, 28(3), p. 183-94. doi:10.1007/s00481-016-0399-3.
- Reilly, B. M., Magnussen, C. R., Ross, J., Ash, J., Papa, L., Wagner, M. (1994): *Can we talk? Inpatient discussions about advance directives in a community hospital: attending physicians' attitudes, their inpatients' wishes, and reported experience*. Archives of Internal Medicine, 154(20), p. 2299-2308.
- Richards, T., Montori, V. M., Godlee, F., Lapsley, P., Paul, D. (2013): *Let the patient revolution begin. Patients can improve healthcare: it's time to take partnership seriously*. BMJ, 346, f2614. doi:10.1136/bmj.f2614.
- Richter, K. P., Langel, S., Fawcett, S. B., Paine-Andrews, A., Biehler, L., Manning, R. (1995): *Promoting the use of advance directives: an empirical study*. Arch Fam Med, 4(7), p. 609-15.
- Rosenson, M. K., Kasten, A. M. (1991): *Another view of autonomy: arranging for consent in advance*. Schizophr Bull, 17(1), p. 1-7.
- Ruchlewska, A., Kamperman, A. M., Wierdsma, A. I., van der Gaag, M., Mulder, C. L. (2016): *Determinants of Completion and Use of Psychiatric Advance Statements in Mental Health Care in the Netherlands*. Psychiatric Services, 67(8), p. 858-63. doi:10.1176/appi.ps.201400495.

- Ruchlewska, A., Mulder, C. L., Smulders, R., Roosenschoon, B. J., Koopmans, G., Wierdsma, A. (2009): *The effects of crisis plans for patients with psychotic and bipolar disorders: a randomised controlled trial*. BMC Psychiatry, 9, 41. doi:10.1186/1471-244x-9-41.
- Ruchlewska, A., Mulder, C. L., Van der Waal, R., Kamperman, A., Van der Gaag, M. (2014) A: *Crisis plans facilitated by patient advocates are better than those drawn up by clinicians: results from an RCT*. Adm Policy Ment Health, 41(2), p. 220-7. doi:10.1007/s10488-012-0454-4.
- Ruchlewska, A., Wierdsma, A. I., Kamperman, A. M., van der Gaag, M., Smulders, R., Roosenschoon, B. J., Mulder, C. L. (2014) B: *Effect of crisis plans on admissions and emergency visits: a randomized controlled trial*. PLoS One, 9(3). doi:10.1371/journal.pone.0091882.
- Sales, G. N. (1993): *The health care proxy for mental illness: Can it work and should we want it to?* Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law Online, 21(2), p. 161-79.
- Sarin, A., Murthy, P., Chatterjee, S. (2012): *Psychiatric advance directives: potential challenges in India*. Indian J Med Ethics, 9(2), p. 104-7. doi:10.20529/ijme.2012.031.
- Scheyett, A. M., Kim, M. M., Swanson, J. W., Swartz, M. S. (2007): *Psychiatric advance directives: a tool for consumer empowerment and recovery*. Psychiatr Rehabil J, 31(1), p. 70-5.
- Schmidt, C. (2013): *Analyse von Leitfadeninterviews*. In Flick, U., von Kardoff, E., Steinke, I. (Eds.): *Qualitative Forschung. Ein Handbuch*. 10th edition. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag, p. 447-56.
- SGB V, Sozialgesetzbuch Fünftes Buch, Gesetzliche Krankenversicherung, Artikel 1 G., vom 20.12.1988 BGBl. I S. 2477, 2482; zuletzt geändert durch Artikel 7 G., vom 11.12.2018 BGBl. I S. 2394. Geltung ab 01.01.1989; FNA: 860-5. §132g *Gesundheitliche Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase* (eingefügt durch das Gesetz zur Verbesserung der Hospiz- und Palliativversorgung vom 01.12.2015, anzuwenden ab dem 08.12.2015).
- Simon, D., Loh, A., Wills, C. E., Harter, M. (2007): *Depressed patients' perceptions of depression treatment decision-making*. Health Expect, 10(1), p. 62-74. doi:10.1111/j.1369-7625.2006.00424.x.
- Singh, A. R., Singh, S. A. (2016): *Bioethical and Other Philosophical Considerations in Positive Psychiatry*. Mens Sana Monogr, 14(1), p. 46-107. doi:10.4103/0973-1229.193075.
- Slote, M. (2007): *The ethics of care and empathy*. New York: Routledge.
- Smith, C. M. (2005): *Origin and Uses of Primum Non Nocere—Above All, Do No Harm!* The Journal of Clinical Pharmacology, 45(4), p. 371-7. doi:doi:10.1177/0091270004273680.
- Sommer, S., Marckmann, G., Pentzek, M., Wegscheider, K., Abholz, H. H., in der Schmitt, J. (2012): *Advance directives in nursing homes: prevalence, validity, significance, and nursing staff adherence*. Dtsch Arztebl Int, 109(37), p. 577-83. doi:10.3238/arztebl.2012.0577.
- Srebnik, D. S., La Fond, J. Q. (1999): *Advance directives for mental health treatment*. Psychiatric Services, 50(7), p. 919-25. doi:10.1176/ps.50.7.919.
- Srebnik, D. S., Russo, J. (2007): *Consistency of psychiatric crisis care with advance directive instructions*. Psychiatric Services, 58(9), p. 1157-63. doi:10.1176/ps.2007.58.9.1157.
- Srebnik, D. S., Russo, J., Sage, J., Peto, T., Zick, E. (2003): *Interest in psychiatric advance directives among high users of crisis services and hospitalization*. Psychiatric Services, 54(7), p. 981-6. doi:10.1176/appi.ps.54.7.981.
- Srebnik, D. S., Rutherford, L. T., Peto, T., Russo, J., Zick, E., Jaffe, C., Holtzheimer, P. (2005): *The content and clinical utility of psychiatric advance directives*. Psychiatric Services, 56(5), p. 592-8. doi:10.1176/appi.ps.56.5.592.
- Srebnik, D., Brodoff, L. (2003): *Implementing psychiatric advance directives: service provider issues and answers*. J Behav Health Serv Res, 30(3), p. 253-268.
- Srebnik, D., Russo, J. (2008): *Use of psychiatric advance directives during psychiatric crisis events*. Adm Policy Ment Health, 35(4), p. 272-282. doi:10.1007/s10488-008-0172-0.
- Steinert, T., Gebhardt, R.-P., Lepping, P. (2001): *Zwangmaßnahmen in der Psychiatrie. Ein ethisches Dilemma*. Dtsch Arztebl International, 98 (42), p. A2696-2898. Retrieved from

- <https://www.aerzteblatt.de/archiv/29064/Zwangsmassnahmen-in-der-Psychiatrie-Ein-ethisches-Dilemma>, zuletzt abgerufen am 10.04.2019.
- StGB, Strafgesetzbuch vom 15.05.1871 i.d.F. der Bekanntmachung vom 13.11.1998 (BGBl 1998 I S. 3322) zuletzt geändert durch Gesetz zur Neuregelung des Schutzes von Geheimnissen bei der Mitwirkung Dritter an der Berufsausübung schweigepflichtiger Personen vom 30.10.2017 (BGBl 2017 I S. 3618). § 228.
- Stötzner, K. (2001): *Patients' involvement in and their demands on evidence-based medicine*. Z Arztl Fortbild Qualitätssich, 95(2), p. 131-6.
- Sutherby, K., Szmukler, G. (1998): *Crisis cards and self-help crisis initiatives*. Psychiatr Bull, 22(1), p. 4-7.
- Sutherby, K., Szmukler, G. I., Halpern, A., Alexander, M., Thornicroft, G., Johnson, C., Wright, S. (1999): *A study of 'crisis cards' in a community psychiatric service*. Acta Psychiatr Scand, 100(1), p. 56-61.
- Swanson, J., Swartz, M., Ferron, J., Elbogen, E., Van Dorn, R. (2006) **A**: *Psychiatric advance directives among public mental health consumers in five U.S. cities: prevalence, demand, and correlates*. J Am Acad Psychiatry Law, 34(1), p. 43-57.
- Swanson, J. W., Swartz, M. S., Elbogen, E. B., Van Dorn, R. A., Ferron, J., Wagner, H. R., McCauley, B. J., Kim, M. (2006) **B**: *Facilitated psychiatric advance directives: a randomized trial of an intervention to foster advance treatment planning among persons with severe mental illness*. Am J Psychiatry, 163(11), p. 1943-51. doi:10.1176/ajp.2006.163.11.1943.
- Swanson, J. W., Swartz, M. S., Hannon, M. J., Elbogen, E. B., Wagner, H. R., McCauley, B. J., Butterfield, M. I. (2003): *Psychiatric Advance Directives: A Survey of Persons With Schizophrenia, Family Members, and Treatment Providers*. International Journal of Forensic Mental Health, 2(1), p. 73-86. doi:10.1080/14999013.2003.10471180.
- Swanson, J. W., Tepper, M. C., Backlar, P., Swartz, M. S. (2000): *Psychiatric advance directives: an alternative to coercive treatment?* Psychiatry, 63(2), p. 160-72.
- Swartz, M., Swanson, J., Van Dorn, R., Elbogen, E., Shumway, M. (2006): *Patient preferences for psychiatric advance directives*. International Journal of Forensic Mental Health, 5(1), p. 67-81.
- Swartz, M. S., Swanson J. W., Ferron J., Elbogen E. B., Van Dorn R. A., Kim M., Scheyett A. M. (2005): *Psychiatrists' views and attitudes about psychiatric advance directives*. Int J Foren Mental Health (4); p. 107–17.
- Szasz, T. S. (1982): *The psychiatric will. A new mechanism for protecting persons against "psychosis" and psychiatry*. Am Psychol, 37(7), p. 762-70.
- Tamayo-Velazquez, M. I., Simon-Lorda, P., Villegas-Portero, R., Higuera-Callejon, C., Garcia-Gutierrez, J. F., Martinez-Pecino, F., Barrio-Cantalejo, I. M. (2010): *Interventions to promote the use of advance directives: an overview of systematic reviews*. Patient Educ Couns, 80(1), p. 10-20. doi:10.1016/j.pec.2009.09.027.
- Teno, J., Lynn, J., Wenger, N., Phillips, R. S., Murphy, D. P., Connors Jr, A. F., Desbiens, N., Fulkerson, W., Bellamy, P., Knaus, W. A. (1997): *Advance directives for seriously ill hospitalized patients: Effectiveness with the patient self-determination act and the SUPPORT intervention*. Journal of the American Geriatrics Society, 45(4), p. 500-7.
- Thom, K., O'Brien, A. J., Tellez, J. J. (2015): *Service user and clinical perspectives of psychiatric advance directives in New Zealand*. Int J Ment Health Nurs, 24(6), p. 554-60. doi:10.1111/inm.12157.
- Thomas, P., Cahill, A. B. (2004): *Compulsion and psychiatry - the role of advance statements*. BMJ, 329(7458), p. 122-123. doi:10.1136/bmj.329.7458.122.
- Thornicroft, G., Farrelly, S., Birchwood, M., Marshall, M., Szmukler, G., Waheed, W., Byford, S., Dunn, G., Henderson, C., Lester, H., Leese, M., Rose, D., Sutherby, K. (2010): *CRIMSON [CRisis plan IMPact: Subjective and Objective coercion and eNgagement] protocol: a randomised controlled trial of joint crisis plans to reduce compulsory treatment of people with psychosis*. Trials, 11. doi:10.1186/1745-6215-11-102.

- Thornicroft, G., Farrelly, S., Szmukler, G., Birchwood, M., Waheed, W., Flach, C., Barrett, B., Byford, S., Henderson, C., Sutherby, K., Lester, H., Rose, D., Dunn, G., Leese, M., Marshall, M. (2013): *Clinical outcomes of Joint Crisis Plans to reduce compulsory treatment for people with psychosis: a randomised controlled trial*. *Lancet*, 381(9878), p. 1634-41. doi:10.1016/s0140-6736(13)60105-1.
- Tronto, J. (2005): *An Ethic of Care*. In Cudd, A. E., Andreasen, R.O. (Eds.): *Feminist Theory: A Philosophical Anthology*. Oxford, UK / Malden, MA: Blackwell Publishing, p. 251-63.
- Valenti, E., Giacco, D., Katsakou, C., Priebe, S. (2014): *Which values are important for patients during involuntary treatment? A qualitative study with psychiatric inpatients*. *J Med Ethics*, 40(12), p. 832-6. doi:10.1136/medethics-2011-100370.
- Van Citters, A. D., Naidoo, U., Foti, M. E. (2007): *Using a hypothetical scenario to inform psychiatric advance directives*. *Psychiatric Services*, 58(11), p. 1467-71. doi:10.1176/ps.2007.58.11.1467.
- Van de Mortel, T. F. (2008): *Faking it: social desirability response bias in self-report*. *Australian Journal of Advanced Nursing*, 25(4), p. 40-48.
- Van Dorn, R. A., Swartz, M. S., Elbogen, E. B., Swanson, J. W., Kim, M., Ferron, J., McDaniel, L. A., Scheyett, A. M. (2006): *Clinicians' attitudes regarding barriers to the implementation of psychiatric advance directives*. *Adm Policy Ment Health*, 33(4), p. 449-60. doi:10.1007/s10488-005-0017-z.
- Van Dorn, R., Swanson, J., Swartz, M., Elbogen, E., Ferron, J. (2008): *Reducing barriers to completing psychiatric advance directives*. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 35(6), p. 440-8.
- Varekamp, I. (2004): *Ulysses directives in The Netherlands: opinions of psychiatrists and clients*. *Health Policy*, 70(3), p. 291-301. doi:10.1016/j.healthpol.2004.03.003.
- Veatch, R. M. (1981): *A theory of medical ethics*. New York, NY: Basic Books Inc Publishers.
- Vollmann, J. (2000): *Einwilligungsfähigkeit als relationales Modell. Klinische Praxis und medizinethische Analyse*. *Nervenarzt*, 71(9), p. 709-14.
- Vollmann, J. (2008): *Patientenselbstbestimmung und Selbstbestimmungsfähigkeit. Beiträge zur Klinischen Ethik*. First edition. Stuttgart: Kohlhammer.
- Vollmann, J. (2012): *Advance directives in patients with mental disorders. Scope, prerequisites for validity, and clinical implementation*. *Nervenarzt*, 83(1), p. 25-30. doi:10.1007/s00115-011-3407-3.
- Vollmann, J., Bauer, A., Danker-Hopfe, H., Helmchen, H. (2003): *Competence of mentally ill patients: a comparative empirical study*. *Psychol Med*, 33(8), p. 1463-71.
- von Unger, H. (2012): *Partizipative Gesundheitsforschung: Wer partizipiert woran?* *Forum: Qualitative Social Research*, 13(1), p. 1-29.
- Walensi, M. D. m., Antwerpes, F. D., Thüns, A., Wanka, K. (2010): *Patientenorientierung*. In: *Flexikon*. Retrieved from <http://flexikon.doccheck.com/de/Patientenorientierung>, zuletzt abgerufen am 08.04.2019.
- Wang, S. B., Wang, Y. Y., Ungvari, G. S., Ng, C. H., Wu, R. R., Wang, J., Xiang, Y. T. (2017): *The MacArthur Competence Assessment Tools for assessing decision-making capacity in schizophrenia: A meta-analysis*. *Schizophr Res*, 183, p. 56-63. doi:10.1016/j.schres.2016.11.020.
- Wareham, P., McCallin, A., Diesfeld, K. (2005): *Advance directives: the New Zealand context*. *Nurs Ethics*, 12(4), p. 349-59. doi:10.1191/0969733005ne800oa.
- Weller, P. (2013): *New law and ethics in mental health advance directives: The convention on the rights of persons with disabilities and the right to choose*. New York: Routledge.
- WHO, Weltgesundheitsorganisation (2014): *Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10, Kapitel V (F). Klinisch-diagnostische Leitlinien*. Dilling, H., Mombour, W., Schmidt, M. H. (Eds.). 9th edition. Bern: Verlag Hans Huber.
- Weston, L. P., Lawson, L. A. (1997): *The mental [corrected] health emergency card*. *BMJ*, 314(7080), p. 532-3.

- Winick, B. J. (1994): *The right to refuse mental health treatment: a therapeutic jurisprudence analysis*. Int J Law Psychiatry, 17(1), p. 99-117.
- Winick, B. J. (1996): *Advance directive instruments for those with mental illness*. Univ Miami Law Rev, 51(1), p. 57-95.
- Winick, B. J. (1998): *Foreword: planning for the future through advance directive instruments*. Psychol Public Policy Law, 4(3), p. 579-609.
- Winter, L., Parks, S. M., Diamond, J. J. (2010): *Ask a different question, get a different answer: Why Living Wills are poor guides to care preferences at the end of life*. J Palliat Med, 13 (5), p. 1-5.
- WMA, World Medical Association (2017): *Declaration of Geneva: The Physician's Pledge*. Retrieved from <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-geneva/>, zuletzt abgerufen am 06.12.2018.
- ZEKO, Zentrale Ethikkommission bei der Bundesärztekammer (2013): *Stellungnahme Zwangsbehandlung bei psychischen Erkrankungen*. Deutsches Ärzteblatt, 110(26).

7 Anhang

7.1 Abkürzungsverzeichnis

| | |
|---------------------|---|
| ABA: | American Bar Association (<i>Vereinigung von Rechtsanwälten, Richtern, Rechtswissenschaftsstudenten</i>) |
| Abs.: | Absatz |
| ACP: | <i>Advance Care Planning (dt.: Behandlung im Voraus planen)</i> |
| AD: | <i>Advance Directive (dt.: Patientenverfügung)</i> |
| Anm. d. Verf.: | Anmerkung des Verfassers |
| Art.: | Artikel |
| BGB: | Bürgerliches Gesetzbuch |
| BGBI.: | Bundesgesetzblatt |
| BMJ: | thebmj (<i>früher: british medical journal</i>) |
| BMJV: | Bundesministeriums der Justiz und für Verbraucherschutz |
| BRK: | Behindertenrechtskonvention (der Vereinten Nationen) |
| Bsp.: | Beispiel |
| BV: | Behandlungsvereinbarung |
| BVerfG: | Bundesverfassungsgericht |
| BVP: | <i>Behandlung im Voraus planen</i> |
| bzgl.: | bezüglich |
| bzw.: | beziehungsweise |
| CRPD: | Convention on the Rights of Persons with Disabilities |
| DGPPN: | Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde |
| DHBW: | Duale Hochschule Baden Württemberg |
| DHPV: | Deutscher Hospiz- und Palliativverband, e. V. |
| DOI: | Digital Object Identifier (<i>dt.: Digitaler Objektbezeichner</i>) |
| DRZE: | Deutsches Referenzzentrum für Ethik in den Biowissenschaften |
| dt.: | auf Deutsch |
| Eds.: | Editors (<i>dt.: Herausgeber</i>) |
| EKT: | Elektrokonvulsive Therapie |
| EMRK: | Europäische Menschenrechtskonvention |
| Et al.: | et alii (<i>dt.: und andere</i>) |
| e. V.: | eingetragener Verein |
| evtl.: | eventuell |
| FB: | Fragebogen |
| ff.: | die folgenden (<i>die folgenden Seiten</i>) |
| F-PAD: | <i>Facilitated Psychiatric Advance Directive</i> (<i>Form einer Psychiatrische Patientenverfügung, erstellt mit Unterstützung</i>) |
| GfK: | Gesellschaft für Konsumforschung |
| GG: | Grundgesetz (der Bundesrepublik Deutschland) |
| ggf.: | gegebenenfalls |
| HPG: | Hospiz- und Palliativgesetz (<i>gemeint ist §132g SGB V</i>) |
| i.A.d.: | im Auftrag der |

ICD: International Classification of Mental Disorders
 (dt.: *Internationale Klassifikation psychischer Störungen*)
 ID: *Irrevocable Decision (als Form eines Anwendungsmodelles)*
 i.d.F.: in der Fassung
 i. S.: im Sinne
 i.v.: intravenös
 i.V.m.: in Verbindung mit
 JCP: *Joint Crisis Plan(ing) (bezeichnet eine Intervention und ein Dokument,
 das am ehesten einer Behandlungsvereinbarung entspricht)*
 LMU: Ludwig-Maximilians-Universität
 MacCAT-T: „*MacArthur Competence Assessment Tool-Treatment*“
 (*Hilfsmittel zur Feststellung der Einwilligungsfähigkeit*)
 Min: Minuten
 MT: *Misch-Typ (als Form eines Anwendungsmodelles)*
 m.w.N.: mit weiteren Nachweisen
 Nr.: Nummer
 p.: page (dt.: *Seite*)
 PAD: *Psychiatric Advance Directive (dt.: Psychiatrische Patientenverfügung)*
 PEF: Partizipative Entscheidungsfindung
 (P) PV: (psychiatrische) Patientenverfügung
 Rdn.: Randnummer
 RGBL.: Reichsgesetzblatt
 S.: Seite
 SD: *Shared Decision-Making During Crisis (als Form eines Anwendungsmodelles)*
 SDM: *Shared Decision-Making (dt.: Modell der gemeinsamen Entscheidungsfindung)*
 SGB: Sozialgesetzbuch
 sog.: sogenannt
 StBG: Strafgesetzbuch
 u. a.: unter anderem
 UN: United Nations (dt.: *Vereinte Nationen*)
 USA: United States of America (Vereinte Staaten von Amerika)
 v. a.: vor allem
 vgl.: vergleiche
 WHO: World Health Organization (dt.: *Weltgesundheitsorganisation*)
 z. B.: zum Beispiel
 ZEKO: Zentrale Ethikkommission bei der Bundesärztekammer

7.2 Tabellenverzeichnis

| | |
|---|-----|
| Tabelle 1: Attribute der geführten Interviews | 52 |
| Tabelle 2: Übersicht Stichprobe | 58 |
| Tabelle 3: Übersicht Dokumente der Teilnehmer | 60 |
| Tabelle 4: Übersicht Funktionen der Dokumente der Teilnehmer | 62 |
| Tabelle 5: Übersicht Vertrauenspersonen der Teilnehmer..... | 64 |
| Tabelle 6: Rollen der Vertrauenspersonen | 64 |
| Tabelle 7: Übersicht Behandlungswünsche bezüglich Medikation..... | 65 |
| Tabelle 8: Übersicht abgelehnte Medikation..... | 66 |
| Tabelle 9: Übersicht Zustimmung zu bestimmter Medikation..... | 67 |
| Tabelle 10: Übersicht Ablehnung mechanischer Fixierung..... | 68 |
| Tabelle 11: Übersicht spezifische Festlegungen in Bezug auf mechanische Fixierung | 68 |
| Tabelle 12: Übersicht Wünsche bezüglich Unterbringung..... | 69 |
| Tabelle 13: Übersicht Umgang mit Zwangsmaßnahmen | 70 |
| Tabelle 14: Übersicht Festlegung einer Rangfolge bzgl. der Anwendung von Zwangsmaßnahmen | 70 |
| Tabelle 15: Übersicht über sonstige in der Vorausplanung erwähnte Wünsche..... | 72 |
| Tabelle 16: Übersicht Erfahrungen in Zusammenhang mit psychiatrischen Aufenthalten | 74 |
| Tabelle 17: Übersicht Einstellungen der Teilnehmer gegenüber der Psychiatrie..... | 75 |
| Tabelle 18: Übersicht zu übergeordneten Zielen der Teilnehmer | 76 |
| Tabelle 19: Übersicht <i>Framework</i> | 78 |
| Tabelle 20: Zusammenschau ausgewählter Kategorien..... | 79 |
| Tabelle 21: Dokumente des 1. Teilnehmers..... | 81 |
| Tabelle 22: Zusammenfassung Fall 1..... | 94 |
| Tabelle 23 Dokumente des 2. Teilnehmers..... | 95 |
| Tabelle 24: Zusammenfassung Fall 2..... | 104 |
| Tabelle 25: Dokumente des 3. Teilnehmers..... | 105 |
| Tabelle 26: Zusammenfassung Fall 3..... | 115 |
| Tabelle 27: Dokumente des 4. Teilnehmers..... | 117 |
| Tabelle 28: Zusammenfassung Fall 4..... | 128 |
| Tabelle 29: Dokumente des 5. Teilnehmers..... | 129 |
| Tabelle 30: Zusammenfassung Fall 5..... | 140 |
| Tabelle 31: Dokumente des 6. Teilnehmers..... | 141 |
| Tabelle 32: Zusammenfassung Fall 6..... | 151 |
| Tabelle 33: Dokumente des 7. Teilnehmers..... | 152 |
| Tabelle 34: Zusammenfassung Fall 7..... | 165 |
| Tabelle 35: Dokumente des 8. Teilnehmers..... | 166 |
| Tabelle 36: Zusammenfassung Fall 8..... | 175 |
| Tabelle 37: Fallvergleich | 176 |
| Tabelle 38: Interviewleitfaden | 240 |
| Tabelle 39: Kodierleitfaden | 245 |

7.3 Interviewleitfaden

Dokumente für die Vorausplanung von Behandlungsentscheidungen in der Psychiatrie

Welches Dokument zur Behandlungsvorausplanung haben Sie?

→ *Krisenpass/Patientenverfügung/Behandlungsvertrag/...*

Tabelle 38: Interviewleitfaden

| Leitfrage (Erzählaufforderung) | Check | Konkrete Fragen | Aufrechterhaltungs- und Steuerungsfragen |
|--|--|--|--|
| <u>Teil 1: Inhalt</u> Können Sie mir/uns etwas zum Inhalt Ihres Dokumentes erzählen? | → Was ist dem Erzähler inhaltlich besonders wichtig? → Soll etwas Bestimmtes verhindert bzw. erreicht werden? (Medis, keine Zwangsmaßnahmen, Angehörige) → Angehörige in welcher Form mit einbezogen? Betreuungsperson? Vorsorgevollmacht? | Haben Sie auch eine Betreuungsperson festgelegt für den Fall, dass Sie eine brauchen? | Nonverbale Aufrechterhaltung Können Sie dazu noch etwas mehr erzählen? Wie war das mit...? |
| <u>Teil 2: Vorgeschichte</u> Können Sie mir/uns erzählen wie es dazu kam, dass Sie so dieses Dokument verfasst haben? | → Psychiatrische Vorgeschichte (Erkrankung, Erfahrungen, evtl. Suizidversuche) → Stat. Aufenthalte → Erfahrungen mit Zwangsmaßnahmen → Informationsquellen → Konkretes Verfassen/Prozess | Was war der Anlass? Wurden Sie schon einmal gegen Ihren Willen behandelt? Wie sind Sie es angegangen? Hat Ihnen jemand geholfen, die PV zu verfassen? | Nonverbale Aufrechterhaltung Können Sie dazu noch etwas mehr erzählen? Wie war das mit...? |

| | | | |
|--|---|--|---|
| <p><u>Teil 3: Auswirkungen auf Familie/Umfeld</u></p> <p>Haben Sie Ihrem Umfeld von dem Dokument erzählt? Wie wurde das aufgenommen?</p> | <p>→ (Fam.) Hintergrund</p> <p>→ Motivation durch Familie/Umfeld?</p> <p>→ Einbezug der Familie?</p> | | <p>Nonverbale Aufrechterhaltung</p> <p>Können Sie dazu noch etwas mehr erzählen?</p> <p>Wie war das mit...?</p> |
| <p><u>Teil 4: Zukunft</u></p> <p>Wie stellen Sie sich die Behandlung in der Klinik vor, jetzt da Sie das Dokument haben?</p> | <p>→ Veränderung bei zukünftigen Aufenthalten</p> <p>→ evtl. Veränderungen bei bereits erfolgten Aufenthalten</p> <p>→ Probleme</p> | <p>Glauben Sie, dass man sich an Ihre PV halten wird?</p> <p>Was würden Sie machen wenn nicht?</p> | <p>Nonverbale Aufrechterhaltung</p> <p>Können Sie dazu noch etwas mehr erzählen?</p> <p>Wie war das mit...?</p> |
| <p><u>Teil 5: Abschluss</u></p> <p>Haben wir etwas vergessen, was Sie gerne noch ansprechen würden?</p> <p>Ergänzende Nachfragen</p> | | <p>Begleitfragebogen</p> | <p>Jetzt am Ende des Interviews habe ich noch einige konkrete Fragen...</p> |

7.4 Begleitfragebogen

Dokumente für die Vorausplanung von Behandlungsentscheidungen in der Psychiatrie

(Mündlich stellen und selbst ausfüllen)

- Welches Dokument zur Vorausplanung von Behandlungsentscheidungen in der Psychiatrie haben Sie?
Patientenverfügung – Krisenpass – Behandlungsvereinbarung – andere: _____

- Alter
____ Jahre

- Geschlecht
m. - w.

- Waren Sie schon wegen einer psychischen Erkrankung in Behandlung? Ja - Nein
- Wenn ja: Wegen welcher Erkrankung waren Sie in Behandlung? Psychose (Schizophrenie) – Affektive Erkrankung (Bipolare Erkrankung, Depression, Manie) – Schizoaffective Erkrankung - Angst/Panikstörung – Persönlichkeitsstörung (z.B. Borderline) - Zwangserkrankung – Essstörung- Suchterkrankung- PTBS- _____
- Wenn ja: Wann war das? Vor ____ Jahren

- Wie oft waren Sie schon in stationär-psychiatrischer Behandlung? Keинmal - ____mal

- Haben Sie eine PV für einen anderen als den psychiatrischen Bereich verfasst (z.B. über lebenserhaltende Maßnahmen am Lebensende)?
Ja-Nein

- Kennen Sie andere Personen mit Patientenverfügung für die Psychiatrie? Ja - Nein
(evtl. Bereitschaft zur Teilnahme an der Studie erfragen)

7.5 Unbedenklichkeitserklärung der Ethikkommission



Ethikkommission Pottenkofenstr. 8 · 80336 München

Dr. Katja Köhlmeyer
Institut f. Ethik,
Geschichte u. Theorie d. Medizin
Lössingstr. 2
80336 München

Vorsitzender:
Prof. Dr. W. Eisenmenger
Telefon+49 (0)89 440055181
Telefax+49 (0)89 440055182
Ethikkommission@
med.uni-muenchen.de
www.ethikkommission.med.uni-muenchen.de

Anschrift:
Pottenkofenstr. 8a
D-80336 München

26.07.2018 Hb/sc

Projekt Nr: **057-13** (bitte bei Schriftwechsel angeben)

Beratung nach Fakultätsrecht

Studienfächer: Patientenverfügungen für die Vorausplanung von psychiatrischen Behandlungen
Antragsteller: Dr. Katja Köhlmeyer, Institut f. Ethik, Geschichte u. Theorie d. Medizin, Lössingstr. 2, 80336 München

Sehr geehrte Frau Dr. Köhlmeyer,

besten Dank für Ihr Schreiben vom 23.07.2018, mit dem Sie um eine Stellungnahme zum o.g. Projekt bitten.

Sofern Sie Ihre Untersuchungen nur anhand von Datensätzen durchführen, die irreversibel anonymisiert sind, d. h. dass auch den Bearbeitern kein Rückschluss auf die personenbezogenen Daten der Probanden möglich ist, besteht keine Beratungspflicht durch die Ethikkommission (EK).

Die EK geht bei dieser Bewertung, dass keine Beratung erforderlich ist, davon aus, dass die Abschriften der Interviews anonymisiert werden, so dass kein Rückschluss auf den/die jeweilige(n) Personen möglich ist.

Für Ihre Untersuchungen wünsche ich Ihnen viel Erfolg.

Mit freundlichen Grüßen

Prof. Dr. W. Eisenmenger
Vorsitzender der Ethikkommission

Mitglieder der Kommission:

Prof. Dr. W. Eisenmenger (Vorsitzende), Prof. Dr. F. Held (Vorsitzender), Prof. Dr. H. Angstwurm, Prof. Dr. S. Essig, J. Eckert, Prof. Dr. B. Emmertich, Prof. Dr. S. Enares, Prof. Dr. R. Fischer, Prof. Dr. H. U. Gallwey, Prof. Dr. J. Gatzel-degracia, Prof. Dr. K. Hahn, Prof. Dr. R. Harbeck, Dr. B. Henkhus, Prof. Dr. C. Heurkens, Prof. Dr. A. Hölzinger, Prof. Dr. A. Huber, Prof. Dr. V. Kläber, Dr. F. Köhlmeyer, Prof. Dr. J. Lindner, Prof. Dr. S. Lorenz, Prof. Dr. C. Mackman, Dr. V. Mäuch, PD Dr. U. H. Möckler, Prof. Dr. A. Nassari, Prof. Dr. R. Panning, Prof. Dr. J. Peura, Prof. Dr. K. Pfeifer, Dr. I. Saake, Prof. Dr. J. Scheidey, Prof. Dr. M. Schmeuss, Prof. Dr. U. Schrott, Prof. Dr. D. Stelbrink, PD Dr. G. Stöber, Prof. Dr. F. Waldner, PD Dr. U. Waidl, Prof. Dr. C. Wamtscher, Dr. A. Wawroudis, Dr. G. Zepf

7.6 Transkriptionsregeln

Transkriptionsregeln

für die Interviews im Rahmen der Studie „Dokumente zur Vorausplanung von Behandlungsentscheidungen in der Psychiatrie – Interviews mit potentiellen Patienten“

1. Es wird wörtlich transkribiert, also nicht lautsprachlich oder zusammenfassend.
2. Vorhandene Dialekte werden in hochsprachlicher Form transkribiert.
3. Die Sprache und Interpunktion wird leicht geglättet, d.h. an das Schriftdeutsch angenähert, z.B. 'ne → eine.
4. Füllwörter wie „ähm“ werden nicht aufgeschrieben.
5. Wenn möglich, keine Kommasetzung, keine Gedankenstriche, keine Klammern.
6. Die Anonymisierung hat eigene Regeln.
7. Unterbrechungen durch Außen werden in Klammer beschrieben.
8. Sprecherwechsel wird durch eine Leerzeile verdeutlicht.

Die Notierungen im Einzelnen:

I: Interviewer/in

B: Befragte/r

[Absätze]: Jeder Sprecherwechsel wird durch zweimaliges Drücken der Enter-Taste, also einer Leerzeile zwischen den Sprechern deutlich gemacht, um die Lesbarkeit zu erhöhen.

[Pausen]:

(.) Markiert eine kurze Pause

(n) Markiert eine Pause von n Sekunden Dauer

(lacht) in Klammern werden auffallende Lautäußerungen notiert, z.B. Räuspern

[gleichzeitiges Sprechen]:

B: yyy+

I: +xxx gleichzeitiges Sprechen, u.U. mit genauer Kennzeichnung des Einsetzens

[etwas war unverständlich]: drei Mal x: „xxx“

7.7 Kodierleitfaden

Tabelle 39: Kodierleitfaden

| <u>Nr.</u> | <u>Ober-kategorien</u> | <u>Unterkategorien</u> | <u>Definition</u> | <u>Anker-beispiel</u> | <u>Kodier-Regel</u> |
|------------|----------------------------------|---|---|---|--|
| 1 | Attribute des Interviews | <ul style="list-style-type: none"> • Rekrutierung • Datum • Ort • Dauer • Interviewer • Transkription und Anonymisierung • Überprüfende Person | <ul style="list-style-type: none"> • Transkribierende Person | <ul style="list-style-type: none"> • Selbsthilfegruppe • 01.07.2013 • DHBW • 30 min • NW • NW • NW | |
| 2 | Attribute des Teilnehmers | <ul style="list-style-type: none"> • Alter • Geschlecht • Diagnose • Psychiatrieaufenthalte • Zeitraum | <ul style="list-style-type: none"> • Anzahl stationär psychiatrischer Aufenthalte • Zeitspanne seit letztem stationär-psychiatrischen Aufenthalt (zum Zeitpunkt des Interviews) | <ul style="list-style-type: none"> • 50 Jahre • Weiblich • Psychose • 3 • 3 Jahre | <p>Wenn unterschiedliche Diagnosen im FB, Dokument oder Interview genannt werden, alle Diagnosen auflisten. Wenn von Phasen der Depression im Rahmen einer Bipolaren Erkrankung gesprochen wird, wird die Bipolare Störung als Diagnose kodiert.</p> |

| | | | | | |
|---|-------------------|--|--|---|--|
| 3 | Initiative | | <p>Unter dieser Kategorie wird alles kodiert, was den Prozess der Planung und des Verfassens des Dokumentes betrifft:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Wie der Teilnehmer von Möglichkeiten der psychiatrischen Vorausplanung erfahren hat • Wie es dazu kam, dass der Teilnehmer sein Dokument erstellt hat • von wem der erste tätige Anstoß zu einer Handlung ausging • wer warum den Entschluss gefasst hat eine Vorausplanung zu erstellen • ob der Teilnehmer seine Vorausverfügung aus eigenem Antrieb zu handeln erstellt hat • welche Schritte der Teilnehmer in der Planungs- und Entstehungsphase unternommen hat (z. B. Recherche, Rat einholen) | <ul style="list-style-type: none"> • Eigeninitiative | |
| 4 | Dokumente | | <ul style="list-style-type: none"> • Papiere, die der Teilnehmer nutzt um psychiatrische Vorausplanung zu betreiben, Formulare, Vorlagen, welche der Teilnehmer zum Interview mitbringt oder von denen er berichtet, das, was der Teilnehmer subjektiv als sein Dokument zur Vorausplanung betrachtet | <ul style="list-style-type: none"> • Krisenpass, PV | |

| | | | | | |
|--|---|---|--|---|---|
| | Dokumententyp | <ul style="list-style-type: none"> • Dokumente zur Übermittlung von Behandlungswünschen • Dokumente zur Bestimmung eines Stellvertreters • Dokumente zur Übermittlung von Behandlungswünschen UND Bestimmung eines Stellvertreters | <ul style="list-style-type: none"> • Art des Dokumentes • Dokumente mit Handlungsanweisungen, mit psychiatrischem oder nicht-psychiatrischem Schwerpunkt • Das Dokument hält Entscheidungen über die Bestimmung eines oder mehrerer Stellvertreter fest | <ul style="list-style-type: none"> • PV • Vorsorgevollmacht • Vorausverfüg. im Rahmen des <i>Recovery</i> | |
| | Status des Dokumentes | <ul style="list-style-type: none"> • Vorliegend/ Nicht vorliegend • Fertiggestellt/ Nicht fertiggestellt | <p>Aussagen darüber:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ob das Dokument zum Interviewzeitpunkt zur Kopie vorgelegt wurde • Ob der Erstellungsprozess bereits abgeschlossen ist | <p>Fertiggestellt und als Kopie vorliegend</p> <p>Fertiggestellt, aber nicht als Kopie vorliegend, nicht auffindbar</p> <p>noch nicht fertiggestellt, gerade in der Planungs- Vorbereitungs- oder Entstehungsphase.</p> | <p>Auch wenn der Teilnehmer im Interview erwähnt, dass er das Dokument überarbeiten will, gilt es als fertiggestellt.</p> |
| | Maßnahmen zur Absicherung der Vorausplanung/ Umgang mit Dokument | | <ul style="list-style-type: none"> • Welche Maßnahmen der Teilnehmer getroffen hat, um seinem Dokument, aus seiner Sicht, mehr Gewicht zu verleihen, was er gemacht hat, um das Beachten des Dokumentes aus seiner Sicht wahrscheinlicher zu machen. | <p>Regelmäßige Aktualisierung der Dokumente, Bestätigung durch Unterschriften oder Stempel, Querverweise, Beglaubigung</p> | |
| | Diskrepanzen | | <p>Unterschiedliche Äußerungen im Dokument im Vergleich zu dem Gespräch darüber. Wenn das Dokument nicht das aussagt, was der Teilnehmer aussagen will oder unklare Definitionen enthält.</p> | | |

| | | | | | |
|---|-------------------------------------|---|---|---------------------------------|---|
| 5 | Vertrauenspersonen | <ul style="list-style-type: none"> • Naher Angehöriger • Freund • Bekannter • Keine benannt | <p>Vertrauenspersonen sind selbst gewählte Personen, die in Krisensituationen Aufgaben für den Nutzer übernehmen.</p> <p>Hier wird kodiert, welche Aufgaben mit Rechten und Pflichten sie übernehmen, welche Rolle sie für den Verfasser spielen und warum gerade sie als Vertrauensperson gewählt wurden</p> | | <p>Vertrauenspersonen sind nur als solche zu bezeichnen, wenn sie in einer Krisensituation hinzugezogen werden sollen und Aufgaben für den Teilnehmer übernehmen.</p> <p>Eine reine Auflistung, als zu benachrichtigende Person, die nur dazu dient, um die Person In-Kennntnis-zusetzen wird nicht als Vertrauensperson kodiert.</p> |
| | Auswahl der Vertrauensperson | <ul style="list-style-type: none"> • Charaktermerkmale der Person oder Art der Beziehung | Nach welchen Kriterien die Person gewählt wurde. | Auswahl nach Durchsetzungskraft | |
| | Rolle der Vertrauensperson | <ul style="list-style-type: none"> • Stellvertreter • Emotionaler Beistand | <p>Vertretung psychiatrischer Behandlungswünsche gegenüber Behandlern, wenn der Verfasser einwilligungsunfähig ist.</p> <p><u>Aufgaben:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • befehligen, aktiv Anordnungen erteilen • Gesetzliche Betreuung • Regelung finanzieller, juristischer, bürokratischer Angelegenheiten, sonstige organisatorische Aufgaben <p><u>Aufgaben:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • <u>Beschützer:</u> Behandler beobachten, bei Missständen einschreiten • <u>Unterstützer:</u> anwesend sein, Support, Ermutigung • <u>Berater:</u> Ratschläge erteilen • <u>Deeskalation:</u> Durch Vermittlung und Beruhigung den Einsatz von Zwangsmaßnahmen vermeiden, Krisen und Konflikte entschärfen | Bevollmächtigter | <p>Es wird die Rolle kodiert, die überwiegt. Wenn keine Rolle klar erkennbar ist, wird „keine erkennbar“ kodiert.</p> |

| | | | | | |
|---|--|--|---|---|--|
| 6 | Behandlungswünsche | <ul style="list-style-type: none"> • Konkrete Wünsche an die Therapie • Umgangswünsche an die zwischenmenschliche Behandlung | <p>Hier werden Wünsche kodiert, die Maßnahmen im stationären Kontext betreffen, wenn der Teilnehmer sich in der psychischen Krise befindet.</p> <p>Behandlungswünsche haben zwei Dimensionen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • medizinische Behandlungsentscheidungen • menschlicher Umgang mit der Person, zwischenmenschliche Interaktion | <ul style="list-style-type: none"> • Kein Haldol • Respektvoller Umgang | <p>Der Begriff „Behandlungswünsche“ bezeichnet alle Wünsche, die eine Person bezüglich ihrer zukünftigen Behandlung in der Klinik hat, unabhängig davon, in welcher Form diese geäußert werden.</p> <p>Die Wünsche an den zwischenmenschlichen Umgang werden mit „Umgangswünschen“ kodiert, später unter „sonstige Wünsche“ dargestellt.</p> |
| | Psychiatrisch/medizin. Maßnahmen: Behandlung mit Medikamenten | <ul style="list-style-type: none"> • Ablehnung bestimmter Medikamente • Zustimmung zu bestimmten Medikamenten • Umgang mit Zwangsmedikation • Festlegung der Darreichungsform • Dosierungsangaben | <ul style="list-style-type: none"> • Wünsche bezüglich Maßnahmen die von einem Arzt angeordnet werden zur Behandlung der Erkrankung/mit medizinischem Hintergrund • Alle Wünsche, die geäußert werden, die die Behandlung mit Medikamenten betreffen | <ul style="list-style-type: none"> • Risperdal Consta fortsetzen • Kein Haloperidol • Atosil 10 mg • Keine Zwangsmedikation • Keine i.v. Gabe • Maximal 5 g | |
| | EKT | | <ul style="list-style-type: none"> • Wünsche in Bezug auf die Anwendung oder Ablehnung von Elektrokonvulsiver Therapie | <ul style="list-style-type: none"> • Kein EKT | |

| | | | | | |
|--|--|--|--|---|--|
| | Freiheits-entziehende Maßnahmen | | Alle Wünsche, die geäußert werden, die freiheitsentziehende Maßnahmen betreffen: (mechanische) Fixierung, Isolation, Aufnahme auf eine geschlossene Station. | Keine mechanische Fixierung | |
| | Umgang mit Zwangsmaßnahmen | | Der Teilnehmer legt fest wie zu verfahren ist, falls Zwangsmaßnahmen nötig erscheinen. | Festlegung einer Rangfolge, Bevorzugung einer Zwangsmaßnahme vor einer anderen. | |
| | Sonstige Wünsche | | <p>Alle Wünsche die geäußert werden, die sich nicht unter den oben genannten Kategorien einordnen lassen.</p> <p>Umgangswünsche/Wünsche die geäußert werden, die beschreiben, wie der Teilnehmer als Mensch behandelt werden will, in einem nicht-medizinischen Sinn</p> | <p>Präferenz für Klinik Setting, Organisatorische Maßnahmen</p> <p>Gesprächswünsche</p> | <p>Einige Teilnehmer unserer Studie hielten Entscheidungen/Wünsche fest, die Aspekte der Behandlung betreffen, die über die medizinische Behandlung im klassischen Sinne hinausgehen. Diese Wünsche wurden unter der Kategorie „sonstige Wünsche“ erfasst (Deeskalationsmaßnahmen, Wünsche wie mit ihnen umgegangen werden soll, Setting und weitere nicht im klassischen Sinne als medizinisch zu verstehende Maßnahmen).</p> |

| | | | | | |
|-----------|--|--|---|--|--|
| 7 | Bisherige Erfahrungen | | | | |
| | | Erfahrungen in Zusammenhang mit psychiatrischen Aufenthalten | Erfahrungen betreffend <ul style="list-style-type: none"> • Nebenwirkungen, Wirksamkeit von Medikamenten • Fixierung • Krisensituationen • Gegebenheiten in der Psychiatrie | | |
| | | Erfahrungen in Zusammenhang mit Dokumenten zur Vorausplanung | Alle Erfahrungen, die der Teilnehmer in der Vergangenheit in Zusammenhang mit seinem bestehenden Dokument gemacht hat, bezogen auf die Anwendung in der Klinik. | Beachtung oder Nicht-Beachtung der Behandlungswünsche | |
| 8 | Zukunftsvorstellungen | | Wie der Teilnehmer sich eine zukünftige Behandlung in der Psychiatrie vorstellt mit seinem Dokument. Hoffnungen und Erwartungen, Gedanken über mögliche Probleme bei der Umsetzung. | | |
| 9 | Einstellung gegenüber Psychiatrie | | Haltung die der Teilnehmer der Psychiatrie gegenüber einnimmt. (gegenüber Behandlern, Psychiatrie als Institution, Klinik, etc.) | <ul style="list-style-type: none"> • Misstrauen • Ambivalenz | |
| 10 | Übergeordnete Ziele der schriftlichen Vorausplanung | | | | |
| | | Adäquate Behandlung | <ul style="list-style-type: none"> • Was für den Teilnehmer subjektiv eine adäquate Behandlung darstellt | <ul style="list-style-type: none"> • Aufnahme auf eine offene Station • Gespräche • Medikamentöse Sedierung | |
| | | Inadäquate Behandlung/ Leid vermeiden | <ul style="list-style-type: none"> • Was für den Teilnehmer subjektiv eine inadäquate Behandlung darstellt | <ul style="list-style-type: none"> • Mechanische Fixierung | |

| | | | | | |
|----|------------------------|---|--|--|--|
| 11 | Funktion des Dokuments | <ul style="list-style-type: none"> • „Handlungsanweisung“ • „Verhandlungsgrundlage“ • „Gesprächsgrundlage“ • „Organisationshilfe“ | <p>Die Aufgabe des Dokuments, die es bei Vorlage erfüllen soll. Sinn und Zweck, wofür das Dokument in den Augen des Verfassers „steht“.</p> <p>Ein Dokument dient als Handlungsanweisung, wenn die darin festgehaltenen Behandlungswünsche in der Krise genauso umgesetzt werden sollen, wie sie aufgeschrieben sind. Eine Abweichung ist dabei von den Verfassern nicht vorgesehen und wird von diesen nicht toleriert.</p> <p>Dokument dient als Ausgangspunkt für Verhandlungen über Behandlungsmaßnahmen. Die darin festgehaltenen Behandlungswünsche sind dabei Anlass für weitere Gespräche in der Krisensituation. Eine Abweichung wird von den Verfassern toleriert, wenn sie erklärt, diskutiert und ein Konsens gefunden wird.</p> <p>Anstoß zu einem ausführlicheren Gespräch. Als Gesprächsgrundlage dient das Dokument, wenn es dafür eingesetzt werden soll, Aufmerksamkeit zu generieren und ein Gespräch herbeizuführen.</p> <p>Organisationshilfe: es werden verschiedene Informationen zur Behandlung festgehalten, die dazu dienen, Behandler in der Krise über organisatorische Maßnahmen, Art der Erkrankung und bisherige Behandlung in Kenntnis zu setzen. Das Dokument stellt eine Sammlung wichtiger Informationen dar und kann verbale Angaben bestätigen.</p> | | |
|----|------------------------|---|--|--|--|

| | | | | |
|----|-----------|--|--|--|
| 10 | Framework | <ul style="list-style-type: none"> <li data-bbox="448 338 608 394">• <i>Irrevocable Decision</i> <li data-bbox="448 1245 663 1328">• <i>Shared Decision-Making During Crisis</i> | <p data-bbox="710 192 991 275">Welchem Konzept die Behandlung mit dem Dokument entsprechen soll.</p> <p data-bbox="710 338 1007 1151"><i>unwiderrufliche Entscheidung:</i> die dokumentierten Entscheidungen sind als nicht verhandelbar zu verstehen. Ein Verfasser, der sein Dokument nach diesem Modell anwenden will, beabsichtigt, dass sein vorausverfügter Wille in der Krise genau wie festgelegt, 1:1 umgesetzt wird. Es gibt in diesem Fall keinen Verhandlungsspielraum während der Krise. In der Krise geäußerte Wünsche, die den Wünschen im Dokument widersprechen, sollen keine Berücksichtigung finden. Die Behandler sollen nicht versuchen, den Patienten in der Krise von einer Behandlung zu überzeugen, die seinen im Dokument festgelegten Wünschen widerspricht, auch wenn dies ihrem Ermessen nach sinnvoll wäre.</p> <p data-bbox="710 1245 1007 1995"><i>gemeinsame Entscheidungsfindung während der Krise:</i> der Verfasser hat die Absicht, dass auf Grundlage der festgelegten Wünsche, in der Krise mit ihm ausgelotet und verhandelt wird, inwieweit diese umsetzbar sind. Verfassern, die ihr Dokument nach diesem Anwendungsmodell einsetzen wollen, ist das Gespräch in der Krise wichtig, zu diesem Zeitpunkt mündlich geäußerte Wünsche sollen Berücksichtigung finden. Die Behandler sollen versuchen, den Patienten in der Krise im Gespräch von einer Behandlung zu überzeugen, wenn sie ihrem Ermessen nach sinnvoll ist. Der Verfasser ist er bereit von Festlegungen abzuweichen, wenn es sinnvolle Argumente dafür gibt.</p> | <p data-bbox="1225 309 1406 920">Bei Fällen, in denen es nur im Vorfeld der Krise, während des Erstellungsprozesses Verhandlungsbereitschaft gegeben hat, in der Krise jedoch gefordert wird, die gefundenen Vereinbarung wie getroffen einzuhalten, ist vom Anwendungsmodell <i>Irrevocable Decision</i> auszugehen.</p> <p data-bbox="1225 954 1406 1823">Ein <i>Misch-Typ</i> kann kodiert werden, wenn die Vorausverfügung Anteile beider Modelle enthält, es also Elemente gibt, die verhandelbar sind (in denen das Dokument Grundlage zur gemeinsamen Entscheidungsfindung ist) und Elemente, die nicht verhandelbar sind (also auf jeden Fall genauso beachtet werden sollen). Falls einer der Anteile deutlich überwiegt, ist der Fall unter dem <i>Framework</i> des überwiegenden Anteils kodiert worden.</p> |
|----|-----------|--|--|--|

| | | | | | |
|----|---------------|--|---|------------------------|---|
| 11 | Appell | | Anliegen des Nutzers an seine Behandler, der durch die Vorausplanung sichtbar wird. Was kann ich heraushören, wenn ich das Dokument betrachte und den Teilnehmer über das Dokument sprechen höre. | <<Negotiate with me!>> | Wird als ein prägnanter Satz formuliert, vorzugsweise auf Englisch. |
|----|---------------|--|---|------------------------|---|

8 Danksagungen

Mein Dank geht von ganzem Herzen an meine Familie, allen voran meinen Eltern, meinem Bruder und meinem Mann. Tausend Dank gilt auch meiner Betreuerin Katja Kühlmeyer, die mich herausragend betreut, unterstützt und stets ermutigt hat. Außerdem danke ich meinem Doktorvater Prof. Dr. Dr. Ralf Jox für seine Geduld und Freundlichkeit. Besonders danke ich auch den Teilnehmern dieser Studie, die in den Interviews von ihren persönlichen Erfahrungen berichtet und dadurch diese Studie erst ermöglicht haben.