

## Der Patientenwille muss die Richtschnur sein

**Cornelia Schäfer** wollte von **Jochen Vollmann** wissen, was eine ethisch kompetente Psychiatrie ausmacht.

► Der Direktor des Instituts für Medizinische Ethik und Geschichte der Medizin an der Ruhr-Universität Bochum hat eines der ersten Klinischen Ethikkomitees mit Ethikberatung an einem deutschen Universitätsklinikum aufgebaut, sich mit Fragen wie Hirntod und Transplantationsmedizin befasst. Insbesondere forscht der Psychiater und Medizinethiker Prof. Dr. Dr. Jochen Vollmann aber zum Arzt-Patient-Verhältnis in der Psychiatrie, zur Patientenselbstbestimmung und zur Selbstbestimmungsfähigkeit von psychisch Kranken.

*Herr Prof. Vollmann, Sie haben ja Medizin und Philosophie studiert, aber wie sind Sie eigentlich dazu gekommen, sich beruflich mit Ethik in der Medizin und im Besonderen auch der Psychiatrie zu befassen?*

**Jochen Vollmann:** Das Doppelstudium der Medizin und Philosophie war schon ein frühes theoretisches Interesse. Aber ich entsinne mich noch sehr genau an meinen ersten Nachtdienst in der Psychiatrie, den ich alleine machte. Ich hatte gelernt: Im Zweifel bleibt der Patient hier. Und das war dann ein fast gleichaltriger junger Mann, der offensichtlich mit einer schizophrenen Psychose als Notfall in die Klinik gebracht wurde. Er wollte nicht freiwillig im Krankenhaus bleiben. Und dann sagte ich: Sie bleiben jetzt aber hier.

Und diese Macht, die ich da als junger Arzt hatte, das hat mich neben meinem theoretischen Interesse auch praktisch als Assistenzarzt in der Psychiatrie sehr beschäftigt.

*Man hat den Eindruck, dass Ethikthemen in der Psychiatrie erst in den letzten Jahren so richtig breit und öffentlich diskutiert werden. Woran liegt das wohl?*

**Jochen Vollmann:** Die Psychiatrie zeichnet sich im Vergleich zu anderen medizinischen Fachgebieten ja durch eine hohe Interprofessionalität aus. Im Alltag arbeiten Teams mit Ärzten, Psychologen, Pflegenden, Sozialarbeitern, Kreativtherapeuten, Sporttherapeuten, Musiktherapeuten usw., die in interdisziplinären Teamgesprächen z.B. über einen Patienten beraten. Und implizit hat man wohl lange gedacht, durch diese Interdisziplinarität werden Wertfragen automatisch mit abgebildet. Diese Einschätzung hat sich aber in den letzten fünf bis zehn Jahren deutlich geändert.

Foto: BZgA, Reinhard Rosendahl



Prof. Dr. Dr. Jochen Vollmann in seinem Bochumer Büro

*Bedingt u.a. durch die Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts und die daraus abgeleiteten Gesetzesneufassungen stand das Thema Zwangsbehandlung in den vergangenen Jahren sehr im Vordergrund. Können Sie mal Situationen skizzieren, wo Ärzte und andere Fachkräfte vor so einer Entscheidung für oder gegen eine Zwangsbehandlung oder Fixierung stehen?*

**Jochen Vollmann:** Zunächst wird zwischen Zwangsmaßnahmen und Zwangsbehandlung rechtlich unterschieden. Da ist ja schon eine Wertung durch den Gesetzgeber gegeben. Zwangsmaßnahmen sind Maßnahmen gegen den Willen des Patienten wie z.B. eine Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus. Zwangsmaßnahmen sind z.B. Isolierungen oder Fixierungen. Dagegen überschreiten Zwangsbehandlungen die Grenze der körperlichen Integrität des Patienten, z.B. wenn ein Medikament gegen den Willen des Patienten gegeben wird.

Greifen wir nochmal mein eingangs erwähntes Beispiel auf: Junger Mann, akute Schizophrenie mit Verfolgungswahn und Stimmenhören, die ihn bedrohen, die ihn bedrängen, die ihn auffordern, von einem Dach zu springen. Dieser Patient wird normalerweise in die psychiatrische Klinik aufgenommen und möchte offensichtlich nicht in der Klinik bleiben. Aufgrund der gerade geschilderten Symptome ist er akut eigengefährdet, das heißt, durch die imperativen Stimmen: Spring dort runter, kann er sich – und natürlich auch andere, die zufällig dort unten hergehen – gefährden. Zweitens ist er aber aufgrund der gesundheitlichen Situation, seiner Wahngedanken, gar nicht in der Lage, einen selbstbestimmten Willen zu bilden, die Konsequenzen abschätzen, die es haben könnte, wenn er die Klinik ohne Behandlung verlassen würde. Und das wäre eine Situation, wo eine Zwangsmaßnahme gegen seinen natürlichen Willen ethisch gerechtfertigt wäre.

*Zwang spielt ja auch bei der Behandlung und Betreuung demenzkranker alter Menschen eine Rolle und einige Beispiele in Ihrem Buch stammen aus diesem Bereich.*

**Jochen Vollmann:** Hier haben wir eine Situation einer verwirrten Patientin. Sie ist gebrechlich, sie ist hochbetagt, von ihr geht keine direkte Gewalt oder Gefährdung aus. Aber sie ist örtlich nicht orientiert und hat zugleich einen großen Bewegungsdrang, der nicht durch die Möglichkeiten des begleiteten Spaziergangs befriedigt werden kann. Die Patientin ist schon mehrmals von Bürgern aus der Nachbarschaft zurückgebracht worden, weil sie ihr Heim nicht mehr gefunden hat. In anderen Fällen hat sie den Weg allein zurückgefunden. Wie entscheiden Sie dann? Tragen Sie dem offensichtlich geäußerten Willen Rechnung und nehmen eine gewisse Gefahr in Kauf? Oder möchten Sie mit größter Wahrscheinlichkeit alle Gefahren ausschließen? Solche Fragen stellen sich in der Praxis ständig. Und da merken Sie, dass es sich um eine ethische Güterabwägung handelt: Wie viel Wert hat die Bewegungsfreiheit der Patientin, welchen Preis ist man bereit, für Sicherheit zu zahlen?

*Welche Fragen helfen, in solchen Dilemmasituationen eine Lösung zu finden?*

**Jochen Vollmann:** Zunächst muss ehrlich gefragt werden: Um welche Interessen handelt es sich hier wirklich? Geht es dabei primär um die Perspektive der Patientin, oder spielen in der Praxis ganz andere Bedürfnisse eine Rolle? Das Absicherungsbedürfnis der Institution, das schlechte Gewissen der Verwandten, die selbst ihre Angehörige selten besuchen, aber umso mehr absolute Sicherheit fordern? Das ist hilfreich auseinanderzuhalten. Denn bei diesen einflussreichen Faktoren muss bei einer ethischen Betrachtung der Wille und das Wohl der Patientin im Mittelpunkt stehen. Fehlt ein verfügter Wille, der in dieser Hinsicht unmissverständlich ist, versuchen wir den mutmaßlichen Willen zu ergründen: War die Patientin oder Heimbewohnerin als Person früher eher vorsichtig und sicherheitsorientiert: Ich bleib lieber zu Hause, damit mir nichts passiert? Oder genau umgekehrt? Ich nehme ein Risiko in Kauf, um meine Freiheit, meinen Bewegungsdrang, meine Erkundungsbedürfnisse ausleben zu können? Solchen individuellen Werthaltungen muss Rechnung getragen werden, eingedenk der möglichen Nachteile, Risiken, bis hin zu möglichen gesundheitlichen

Schäden, die auftreten können. Das ist dann im Einzelfall eine schwierige Güterabwägung.

*Jetzt waren wir schon davon ausgegangen, dass die alte Dame im Heim und der junge Mann, von dem Sie erzählt haben, gar nicht die Fähigkeit zur Selbstbestimmung haben. Die Frage, ob das so ist, ist ja eine, die vorher zu klären wäre.*

**Jochen Vollmann:** Das ist eine ganz wichtige Frage. Denn aus der Selbstbestimmungs-fähigkeit begründet sich der moralische Respekt vor der Entscheidung des Patienten, auch gegen den ärztlichen Rat. Der selbstbestimmungsfähige Patient kann genau verstehen, worum es geht – die medizinische Situation oder der Ausgang ohne Begleitung aus dem Heim –, er kann selbst zu einem Urteil kommen, indem er das Wesen der Behandlung, die Chancen und Risiken erkennt und für sich selbst abwägt und auch Alternativen erkennen kann. Nur so kann er einen selbstbestimmten Willen bilden und eigene Verantwortung übernehmen.

*Und da fand ich ganz wichtig, dass Sie in Ihrem Buch geschrieben haben, dass man eine Diagnose etwa der Schizophrenie nicht einfach gleichsetzen kann mit einer fehlenden Selbstbestimmungsfähigkeit.*

**Jochen Vollmann:** Das ist richtig. Aus einer medizinischen Diagnose kann man nicht auf Selbstbestimmungsfähigkeit oder Selbstbestimmungsunfähigkeit schließen. Früher war das gängige Praxis, z.B. aus der Diagnose Schizophrenie wurde automatisch geschlossen: selbstbestimmungsunfähig. Und ein weiterer Fehler in der Praxis ist, dass man Selbstbestimmungsunfähigkeit global auf die gesamte Person bezieht. Frau Meier ist selbstbestimmungsunfähig. Das ist aber falsch. Denn die Selbstbestimmungsunfähigkeit bezieht sich immer auf eine konkrete Entscheidungen zu einem bestimmten Zeitpunkt. Bei einer Demenz oder bei einer depressiven Erkrankung z.B. kann sie im Tagesverlauf fluktuieren. Sie ändert sich auch über den Krankheitsverlauf. Und ein Patient, der selbstbestimmungsfähig sein kann bezüglich der Auswahl des Mittagessens oder ob er heute zur Ergotherapie geht oder nicht – kann selbstbestimmungsunfähig sein, wenn es um eine Einwilligung in eine komplexe medizinische Behandlung geht.

*Wenn man jemandem die Fähigkeit zur selbstbestimmten Entscheidung abspricht, kann man aber trotzdem nicht einfach seinen Willen ignorieren, oder?*

**Jochen Vollmann:** Wenn ein Patient zu einem bestimmten Zeitpunkt in einer kon-

kreten Frage selbstbestimmungsunfähig ist, dann bedeutet das natürlich nicht, dass seine Willensäußerungen, auch wenn sie nicht autonom sind – wir sprechen dann vom sogenannten natürlichen Willen – nicht von moralischem Belang sind.

### **Selbstbestimmungsfähig durch gute Aufklärung**

Aber gehen wir noch mal einen Schritt zurück: Denn ob ein Patient in der Praxis selbstbestimmt entscheiden kann, hängt auch davon ab, wie sehr sich die Ärzte bemüht haben, ihn zu einer autonomen Entscheidung zu befähigen. Und da gibt es noch erheblichen Verbesserungsbedarf. In der Praxis beklagen sich doch nicht nur psychisch Kranke, sondern auch Patienten mit einer körpermedizinischen Diagnose über die schlechte Kommunikationskompetenz vieler Ärzte und die geringe Zeit, die für das Aufklärungsgespräch zur Verfügung steht. Ärzte können durch eine bessere Informationsvermittlung und eine bessere Unterstützung des Patienten bei der Entscheidungsfindung (supported decision making) die Realisierung des selbstbestimmten Patientenwillens fördern!

Wenn trotz aller Bemühungen keine autonome Entscheidung des Patienten möglich ist, sondern »nur« eine natürliche Willensbildung, dann ist diese auch beachtlich, wenn auch nicht normativ verbindlich. Also, zur Einwilligung in eine medizinische Behandlung bedarf es dann einer aufgeklärten Einwilligung durch einen rechtlichen Vertreter, z.B. den rechtlichen Betreuer oder Bevollmächtigten. Aber natürliche Willensäußerungen, z.B. bezüglich der Nahrungsaufnahme in konkreten Situationen: »Ich will jetzt nicht essen«, müssen als beachtlich respektiert werden. Das kommt dann sehr auf die konkrete Situation und die ethische Güterabwägung an: Welche Konsequenzen hat das jetzt?

*Wie kann man dem »natürlichen Willen« sonst noch gerecht werden?*

**Jochen Vollmann:** Man kann auf Wünsche des Kranken eingehen, Kompromisse machen, ob man die Infusion morgens oder abends anhängt, vor der Mahlzeit oder lieber danach, weil dann die Patientin – die Mahlzeit ist ein Highlight ihres Tagesablaufs – mit beiden Armen frei agieren möchte, um das Essen zu genießen. Da gibt es ja viele Möglichkeiten, auf die Patienten einzugehen.

*Das klingt gut. Aber ich kann mir vorstellen, dass manche Profis aus Scham, dass sie in der Hauptsache den natürlichen Willen der Patienten übergangen haben, womöglich gar nicht mehr kommunizieren, also auch keine Kompromisse in anderen Dingen mehr mit ihnen suchen.*

**Jochen Vollmann:** Genau das passiert. Aber aus schlechtem Gewissen so zu handeln, als wenn es dann Alles-oder-nichts-Situationen wären, ist nicht professionell. Wenn ich ethisch verstanden habe, welche Abstufungen und welche professionellen Verhaltensmöglichkeiten es gibt, bin ich doch auch viel sicherer, dem Patienten gegenüber aufzutreten, um Verständigung, Kompromisse, Mittelwege zu erreichen.

### Bauchgefühl gegen Bauchgefühl

*Wie kann denn eine klinische Ethikberatung in Konfliktsituationen helfen?*

**Jochen Vollmann:** Die Mehrzahl von auch ethisch relevanten Entscheidungen treffen Psychiater, Pflegende und andere Gesundheitsberufe aufgrund von Sachkenntnis, professionellen Regeln und aus der moralischen Intuition heraus richtig. Die ethische Analyse und Diskussion kommt dann ins Spiel, wenn sie mit Üblichkeiten und moralischem Bauchgefühl nicht weiterkommen. Und typischerweise ist das in einer Situation, wo Beteiligte sehr ausgeprägte, aber genau gegenteilige moralische Intuitionen haben. Dann gibt es einen Konflikt, geht es in der gemeinsamen Behandlung nicht weiter und es entsteht ethischer Diskussionsbedarf.

Und da kann jetzt sowohl der Inhalt als auch die Methode einer ethischen Reflexion helfen. Indem man nämlich versucht, das, was man moralisch im Bauch spürt, in Argumente zu kleiden, sodass das Gegenüber es nachvollziehen kann, beginnt eine gemeinsame ethische Erörterung einer schwierigen Entscheidungssituation.

Hierfür hat sich in vielen Krankenhäusern das Angebot einer Ethikberatung entwickelt. Das ist eine Beratung für solche schwierigen ethischen Einzelfälle in der Praxis, die von allen Beteiligten erbeten werden kann. Die Ethikberatung wird in der Regel von einem Moderator geleitet. Da geht es erst mal darum, die relevanten Fakten aus den unterschiedlichen Berufsgruppen und Betroffenenperspektiven zusammenzutragen. Das hört sich vielleicht banal an, aber Sie glauben gar nicht, wie oft ich es erlebt habe, dass der interprofessionelle Informationsaustausch so komplex war, dass erst

in der Ethikberatung alle Beteiligten auf den gleichen Informationsstand kamen. Dann ist der nächste Schritt: Was ist jetzt hier genau der Entscheidungskonflikt und welche ethischen Fragestellungen liegen ihm zugrunde? Die Herausforderung ist, wirklich die ethisch relevanten Fragen zu erarbeiten: Was ist das Behandlungsziel? Was soll durch eine medizinische Maßnahme Gutes für die Patientin erreicht werden? Entspricht das dem selbstbestimmten Willen der Patientin? Oder muss über einen Wechsel des Therapieziels diskutiert werden? Gibt es Alternativen?

*Kann auch eine Patientin, ein Patient die Ethikberatung anrufen?*

**Jochen Vollmann:** Ja. Der Trend geht eindeutig dahin, dass alle Beteiligten einschließlich des Patienten eine klinische Ethikberatung anfordern können und der Patient, wenn es sein gesundheitlicher Zustand erlaubt, auch an der Ethikberatung selber teilnimmt.

*Jetzt haben wir – quasi nebenbei – schon einiges darüber erfahren, was eine gute Psychiatrie ausmacht – Zeit für die Patientinnen und Patienten allem voran. Können Sie noch einige Bedingungen nennen, die eine gute Psychiatrie ermöglichen?*

**Jochen Vollmann:** Ausreichend Personal ist sicher ein Aspekt. Eine gute Kommunikation und wechselseitige Wertschätzung der Berufsgruppen ebenso wie eine professionelle Transparenz der Entscheidungsprozesse im Krankenhaus. Und besonders ein professioneller Fokus auf die Wünsche und Bedürfnisse des individuellen Patienten! Hier sind bessere medizinethische Kenntnisse über Patientenautonomie, Selbstbestimmungsfähigkeit, Patientenverfügungen, Behandlungsvereinbarungen und Vorsorgevollmachten erforderlich, die in der praktischen Arbeit sehr wichtig sind! (vgl. die Infografik in diesem Heft auf S. 18f.) Neben diesen zwischenmenschlichen Aspekten sollten die wirkmächtigen sozio-ökonomischen Rahmenbedingungen wie finanzielle Ausstattung, Kooperation innerhalb des Gesundheitswesens, Chancen auf dem Arbeits- und Wohnungsmarkt sowie die Einstellung der Mehrheitsgesellschaft zu psychisch Kranken nicht unterschätzt werden. Auch die bauliche Umgebung von der Krankenhausarchitektur bis zur Zimmereinrichtung ist einflussreich. Dazu gehört bei aller fachlichen Kontroverse die Selbstverständlichkeit von offenen Türen, Respekt vor Freiheitsbedürfnissen und Privatsphäre des Kranken, gerade in einer Institution. Oder auch die Akzeptanz, dass

eine psychische Erkrankung eine existenzielle menschliche Erfahrung und Belastung darstellt, die sehr unterschiedlich erlebt und verarbeitet wird. Hier können neben professioneller Hilfe Genesungshelfer, die psychische Erkrankung aus eigener Erfahrung kennen, als Teil des Behandlungsangebots sehr hilfreich sein (Experienced Involvement – Einbeziehung von Psychiatrieerfahrenen). Deshalb sollten sie in den Alltag der Krankenhausbehandlung Einzug erhalten. Die professionellen Möglichkeiten von Ethikberatung im stationären und ambulanten Bereich sollten verstärkt genutzt und besser ausgestattet werden.

Ich glaube, dass kaum jemand, der sich mit der Behandlung oder Unterstützung von psychisch kranken Menschen beschäftigt, nicht möchte, dass das auch in einer guten Art und Weise geschieht. Aber trotz dieses guten Willens und dieser positiven Grundeinstellung wird man feststellen, dass über die Jahre und Jahrzehnte andere Wirkfaktoren dazu führen können, dass letztlich der Schwächste, um den sich eigentlich alles drehen soll, der Patient, Schaden nimmt. Das sind z.B. Routine, die Macht und Regeln einer Institution, die unterschiedlichen Perspektiven von Berufsgruppen, die sich nicht optimal austauschen und keinen Perspektivenwechsel üben. Und da kann eine ethische, das heißt ja auch immer: eine unparteiische und kritische Reflexion diese – ich nenne das mal Alltagsroutine – fruchtbar irritieren und bereichern.

*Vielen Dank, Herr Vollmann!* ◀

Vollmann (Hg.)  
**Ethik in der Psychiatrie**  
Ein Praxisbuch  
Psychiatrie Verlag 2017  
240 Seiten, 30 Euro

