

Margret Osterfeld
Psychiaterin, Psychotherapeutin
Mitglied im UN-SPT
Mitglied im Unterausschuss zur Prävention
von Folter und anderen grausamen, unwürdigen
oder erniedrigenden Behandlungen oder Strafen
(UN SPT)

Huckarder Allee 36
44369 Dortmund

9. Fachtagung Psychiatrie Forum für Gesundheitswirtschaft

Input-Thesen von Margret Osterfeld zum Workshop

Shared Decision Making - partizipative Behandlung: Welche Voraussetzungen haben patientenzentrierte Behandlungsmethoden?

Die geteilte Entscheidung, die assistierte Entscheidung und die ärztliche Behandlungsfreiheit

Wenn schon der erste Hauptvortrag des heutigen Tages das Gemeinwohl dem Wettbewerb gegenüberstellt, dann liegt in dieser Pointierung eine Erklärung dafür, dass in meinem Titel die ärztliche Behandlungsfreiheit den Begriffen der assistierten bzw. unterstützten Entscheidung gegenübergestellt werden.

Zunächst möchte ich mich für meine Abwesenheit entschuldigen. Ich bedaure sehr, dass ich nicht persönlich an dieser Tagung des Forums für Gesundheitswirtschaft teilnehmen kann. Es ist Krankheit in ihrer bösartigsten Form, es ist die palliativ Versorgungsbedürftigkeit eines Menschen, die im Augenblick das Leben in meiner Familie überschattet. Da müssen Berlin-Reisen schon mal in den Hintergrund treten.

Tröstlich ist es für mich in dieser Situation, dass im Herbst ein längst überfälliges Buch „Ethik in der Psychiatrie“¹ erscheinen wird. Die Psychiatrie, die in NRW mehr als 20% ihrer stationären Patienten um den Preis eines Freiheitsentzugs – vornehm Unterbringung genannt – stationär behandelt, verliert ihre Glaubwürdigkeit, wenn sie nicht mitwirkt an der Änderung dieser Verhältnisse. In dem Buch wird es auch ein Kapitel „Krankheitsverleugnung bei Krebsdiagnose - eine selbstbestimmte Patientenentscheidung?“ geben. Offensichtlich kann die Psychiatrie sich nicht auf ein Alleinstellungsmerkmal zurückziehen, wenn sie öffentlichkeitswirksam ihre Dilemmata beklagt, aber alljährlich mehr Menschen ohne deren Zustimmung stationär behandelt.

Einig sind wir uns sicher, dass Patienten, auch Psychiatrie-Patienten, zunächst einmal Menschen sind. Ihre Zustimmung zu einer Behandlung ist die rechtliche Grundlage, die Rechtfertigung jeder medizinischen Maßnahme. Den hauptsächlich von den Arbeitnehmern finanzierten Krankenkassenbeiträgen verdanken wir, dass mehr Geld denn je in die psychiatrische Krankenhausbehandlung fließt. Ob dadurch ein Mehr an seelischer Gesundheit entsteht oder nur immer mehr „Behandlungsfälle“ ist durchaus noch strittig.

¹ Vollmann, J. et al., Ethik in der Psychiatrie, im Druck.

Statt eines Input-Vortrags versuche ich ein paar Thesen aufzustellen:

1. Voraussetzung einer patientenzentrierten Behandlungsmethode ist, Patienten als Menschen anzuerkennen, als Menschen und Rechtsträger, egal wie krank oder verwirrt sie sind.
2. Voraussetzung ist eine Haltungsänderung der krankenhauszentrierten Psychiatrie. Nicht paternalistische Fürsorge, sondern bedachtsame professionelle Kommunikation ist unsere Stärke.
3. Diese unsere professionelle Fähigkeit zur Kommunikation gerade auch mit schwierigen Menschen muss wieder mehr in den Vordergrund rücken. Nicht die Frage, wie welcher Paragraph im BGB oder im Psych-KG formuliert ist, sondern unsere Haltung unser Respekt vor Menschen, die wir Patienten nennen und ihren Rechten bestimmen unsere Praxis.
4. Voraussetzung ist, Verantwortung zu übernehmen sowohl für unser eigenes Handeln als auch für die Grenzen unseres Handelns. Jedem medizinischen Handeln sind Grenzen gesetzt. Je häufiger die stationäre Psychiatrie auf ihre Sonderrechte zur Gefährdungs- und Gefahrenabwehr zurückgreift, desto schwerer wird es das Vertrauen der Patienten und der Öffentlichkeit zurückzugewinnen und zu behalten.²
5. Voraussetzung ist zu vermeiden, „dass sich der Behandelnde über den Willen des Behandelten hinwegsetzt und eigenmächtig darüber entscheidet, welche Behandlung in dessen besten Interesse ist.“³ Verstehen wir die ärztliche Behandlungsfreiheit in diesem Sinne, unterwerfen wir uns dem ökonomischen Wettbewerb und verraten das Ziel einer menschenwürdigen Psychiatrie.

Berichten wollte ich über die noch kein Jahr alte Stellungnahme „Entscheidungsfähigkeit und Entscheidungsassistenz in der Medizin“ der Zentralen Ethikkommission, aus der ich unter 5. zitiert habe. Durch ihre Umsetzung in der psychiatrischen Praxis kann die „beste Interpretation des Willens und der Präferenzen“ wie sie die UN-BRK nun schon lang von uns fordert, in der täglichen Praxis erreicht werden. Für eine solche Interpretation ist die Perspektive der Angehörigen unerlässlich, wie Cordula Holle wahrscheinlich bestätigen wird.

Sehr gern hätte ich auch mit Kerstin Riemenschneider, Lieselotte Mahler und allen Teilnehmern des Workshops diskutiert. Ich möchte allen eine erfolgreiche Tagung wünschen und verspreche, die Tagungsdokumentation sorgfältig zu studieren.

² Vgl: BÄK 2013, Stellungnahme der Zentralen Kommission zur Wahrung ethischer Grundsätze in der Medizin und ihrer Grenzgebiete (Zentrale Ethikkommission) bei der Bundesärztekammer Zwangsbehandlung bei psychischen Erkrankungen Dtsch Ärztebl 110(26): A-1334.

³ Zentrale Ethikkommission 2016, „Entscheidungsfähigkeit und Entscheidungsassistenz in der Medizin“.