

Ethische Fragestellungen in der ambulanten Psychiatrie

Meier-Allmendinger Diana

Ambulatorium Klinik Schützen, Aarau, Switzerland

Summary

Ethical issues in outpatient psychiatry

In the course of the development of modern medical ethics and its emphasis on the principle of autonomy, orientation towards the concept of self-determination has become valid in psychiatry and psychotherapy also. Dealing with mentally ill people does, however, have specific aspects of ethical relevance. For example, fundamental questions concerning the scientific understanding of psychiatry, its conception of man and its concepts of illness are incorporated into diagnosis and therapy. Where does mental illness begin and where does mental health end? In outpatient psychiatry, situations involving questions of freedom of will, consent and the ability to give consent, as well as dealing with statements that endanger oneself or others, pose particular ethical challenges. These are discussed in the article. The tension between the normatively prescribed claim to autonomy and descriptively existing abilities becomes a question of responsibility in the course of outpatient therapy. In order to do ethical justice to the complexity of mental suffering and its treatment, the principles of autonomy and of care must be integrated into the psychiatric treatment. This approach is reflected in the approach of integrative ethics of responsibility according to Dialogue Ethics. For ethical decision-making, models developed for the inpatient sector can certainly be transferred to the outpatient sector. Their application can thus help to solve ethical questions.

Keywords: psychotherapy, medical ethics, autonomy

Einleitung

Das Fachgebiet der Psychiatrie und Psychotherapie gehört zur Medizin und ist in ihr eingebettet. Deshalb können ethische Fragestellungen in der Psychiatrie nicht losgelöst von einer Medizinethik und ihren Ansätzen angegangen werden.

Zunehmende Möglichkeiten medizinischer Eingriffe führten in den 1980er-Jahren zu einer grösseren Komplexität medizinischen Handelns und damit zu einer Verschärfung medizin-ethischer Konflikte. Sie warfen aufgrund des neuen ärztlichen Könnens moralische Fragen nach dem ärztlichen Sollen/Wollen auf. Überlieferte Wertbezüge beispielsweise der Religionen oder der Standesnormen in

Medizin und Pflege wurden als nicht mehr ausreichend erlebt. Innerhalb der Gesellschaft zeigte sich zunehmend ein Pluralismus der Wertauffassungen. Beispielhaft dafür waren Diskussionen um Schwangerschaftsabbruch, In-vitro-Fertilisation, Therapieverzicht und Sterbehilfe. Der praktizierende Arzt wurde immer wieder konfrontiert mit Problemen, in denen er Entscheidungen treffen musste, für die ihm die Schulmedizin keine eindeutigen Richtlinien zur Verfügung stellte.

Die steigende Tendenz in der Gesellschaft, das individuelle Leben selbstbestimmt gestalten zu können, wirkte sich auch in der Medizin aus. Das traditionell paternalistische Verhältnis zwischen Arzt und Patient, in dem der Arzt allein das Sagen hat, bewegte sich in Richtung Partnerschaft mit dem Ziel einer gemeinsamen Entscheidungsfindung in Bezug auf eine Behandlung. Dies setzte eine grundlegende Änderung in der medizin-ethischen Entscheidungsfindung voraus. Die Ärzteschaft musste ihre Entscheide, die klassischerweise nach bestem Wissen und Gewissen erfolgten, hinterfragen und unterschiedliche Wertesysteme berücksichtigen.

Dazu kommt, dass es in einer multikulturellen und pluralistischen Gesellschaft eine Vielfalt von Werten gibt, sodass nicht mehr selbstverständlich davon ausgegangen werden kann, dass die eigenen Werte auch Gültigkeit für andere Menschen haben.

Unter dem Einfluss der angelsächsischen Länder, vor allem der Bioethik in den USA, wurde der Fokus auf die Einzelfall-Beurteilung gelegt. Konkrete ethische Probleme sollten analysiert und im Diskurs unter Zuhilfenahme der vier bioethischen Prinzipien «Autonomie, nicht schaden, Gutes tun, Gerechtigkeit» zu einer Lösung gebracht werden. Eine getroffene Entscheidung muss begründbar und nachvollziehbar sein. Sie soll der Autonomie des Patienten im Sinne eines Rechts auf Zustimmung oder Ablehnung gegenüber einer medizinischen Behandlung gerecht werden.

Ethik in der Psychiatrie und Psychotherapie

In Zuge der Entwicklung der modernen Medizinethik und ihrer Betonung des Autonomieprinzips stellte sich die Frage, ob dieser Ansatz der Prinzipienethik auch auf die Psychiatrie und Psychotherapie übertragen werden kann.

Correspondence:

Dr. med. lic. theol. Diana Meier-Allmendinger, Ambulatorium Klinik Schützen, Aarau, Bahnhofplatz 3H / Gleis 0, CH-5000 Aarau, [diana.meier\[at\]klinikschuetzen.ch](mailto:diana.meier[at]klinikschuetzen.ch)

Wie kaum in einem anderen Bereich der Medizin drängen sich dort ethische Probleme als Teil der Behandlung selbst auf und stellen deshalb hohe Anforderungen an die behandelnden Fachpersonen. Braucht die Psychiatrie eine «Sonderethik», um diesen Anforderungen gerecht zu werden? In Übereinstimmung mit diesbezüglichen Aussagen und Definitionen [vgl. 1, 2] darf Ethik in der Psychiatrie keine Sonderethik sein, sondern ist einer allgemeinen ärztlichen Ethik verpflichtet. Die Forderung nach Orientierung am Konzept der Selbstbestimmung ist im Umgang mit psychisch kranken Menschen ebenso gültig wie in anderen Bereichen der Medizin.

Psychiatrie und Psychotherapie sehen sich jedoch mehr als andere Gebiete der Medizin vor die Aufgabe gestellt, dass Diagnostik und Therapie beeinflusst werden durch grundlegende Fragen nach dem Wissenschaftsverständnis der Psychiatrie, ihrem Menschenbild und ihren Krankheitskonzepten. Im Prinzip sollten diese Fragen und Zusammenhänge in allen Disziplinen der Medizin eine Rolle spielen. Es wird bemängelt, dass in der modernen Medizin nur die nach objektiven naturwissenschaftlichen Evidenzkriterien zu behandelnde Erkrankung im Vordergrund stehen [3, S.15]. Insbesondere für den Arbeitsbereich der Psychiatrie und Psychotherapie führt die Wahrnehmung dieser Zusammenhänge zu spezifischen ethischen Herausforderungen. So nimmt dieses Fachgebiet eine Zwischenstellung zwischen Natur- und Geisteswissenschaft ein. In ihrer Diagnostik zeigt sich dies darin, dass sich Psychiatrie und Psychotherapie nicht auf ein einfaches Ursache-Wirkungsprinzip berufen können, sondern die Komplexität körperlich-seelischer Wechselwirkungen integrieren müssen. Entsprechend können in die Diagnostik unterschiedliche Menschenbilder und Patientenbilder [4, S.191] einfließen. Wo beginnt psychisches Kranksein und wo endet psychische Gesundheit? Welches Verhalten entspricht einer psychischen Störung und ab wann werden Varianten von Verhalten pathologisiert? Psychiatrische Diagnosen unterliegen einer ungleich grösseren Ungenauigkeit und Verlässlichkeit als im somatischen Bereich [5, S.24]. «Die Grenze zwischen dem gesunden und dem kranken Seelenleben ist durchlässig, nicht nur im Erleben psychisch krank werdender Menschen, sondern auch im wissenschaftlich-theoretischen wie im professionellen Bereich» [6, S.114].

Trotz deskriptiv-operationalisierter Befunderhebung und standardisierter Dokumentationssysteme verbleibt ein Interpretationsspielraum, in dem persönliche Einschätzungen und Bewertungen der befunderhebenden Person in die Diagnostik einfließen. Wie zurecht hingewiesen wird, besteht die Gefahr, dass bei den vorwiegend quantitativ erfassten Symptomen deren qualitatives Verständnis bezogen auf Sinn und Bedeutung im individuellen Kontext verfehlt werden könnte [6, S.167].

Auch das Krankheitskonzept lässt sich nicht ohne Bezug auf die in einer Gesellschaft vorliegenden Menschenbilder erstellen. Diese sind geprägt durch Vorstellungen darüber, was «normalem» Verhalten und Tun in einer Gesellschaft entspricht, und sind bezogen auf einen bestimmten sozialen und kulturellen Kontext. So können sich Diagnosen verändern, verschwinden, z.B. die Diagnose der Homosexualität, oder neu entstehen z.B. die Diagnose der Trauerreaktion [7, S.59f.].

Es ist Aufgabe einer psychiatrischen und psychotherapeutischen Ethik, für die ethischen Herausforderungen, die sich aus dem psychiatrietypischen Wissenschaftsverständnis, Menschenbild und Krankheitskonzept ergeben, zu sensibilisieren und diese im psychiatrisch-psychotherapeutischen Tun bewusst zu machen.

Aus der Perspektive der ambulanten Tätigkeit sind besondere Konstellationen bezeichnend für die ambulante Psychiatrie und Psychotherapie, die sich in der Alltagspraxis ergeben und eine ethische und therapeutische Herausforderung für die Behandelnden darstellen. Die psychiatrisch-psychotherapeutische Ethik muss demnach solche Konstellationen erkennen, benennen und in der psychotherapeutischen Behandlung entsprechend berücksichtigen. Im Folgenden wird dies beschrieben. Das Prinzip der Autonomie wird aus der Alltagspraxis beleuchtet und ist betroffen, wenn es um Willensfreiheit, Zustimmung und Einwilligungsfähigkeit, um selbst- und fremdgefährdende Äusserungen geht. Beabsichtigt ist ein Plädoyer für den normativen Anspruch der Autonomie, der auch bei psychischer Beeinträchtigung bestehen bleibt. Hierin zeigt sich in der therapeutischen Beziehung die Veränderung vom paternalistischen zum partnerschaftlichen Verhältnis. Dieser Anspruch der Autonomie und der Umgang damit entsprechen in der ambulanten Psychiatrie einer ethischen und auch therapeutischen Herausforderung.

Patientenautonomie und psychische Krankheit

«Was will die Patientin / der Patient?» Diese Frage steht oft am Anfang einer Psychotherapie, um dann daraus den sog. Behandlungsauftrag abzuleiten. Es zeigt sich aber häufig, dass Patientinnen und Patienten aufgrund ihres psychischen Zustandes nicht in der Lage sind, konkrete Behandlungswünsche zu formulieren. Ihre Äusserungen sind vage, oftmals überlagert von grundsätzlichen Widerständen oder Skepsis gegenüber Psychotherapie und psychotherapeutischen Verfahren. In Bezug auf das Prinzip der Autonomie und dessen philosophischem Hintergrund stellt sich dabei die Frage, wie frei eine solche Willensbildung erfolgen, und ob überhaupt von einer Willensfreiheit ausgegangen werden kann.

Willensfreiheit

Die ethische Idee der Willensfreiheit geht auf den Philosophen Immanuel Kant zurück. Danach hat ein Mensch grundsätzlich Anspruch auf Autonomie, was auf Deutsch mit «Selbstbestimmung» übersetzt wird. Danach hat der Mensch das Recht, alles abzulehnen, was er nicht will. Einfordern kann der Mensch nur das, was auch anderen Menschen zusteht. Darin begründen die Menschenrechte und das Völkerrecht ihre Vorstellung des Menschen als einem Freiheitswesen. Sie gelten unabhängig von tatsächlichen Eigenschaften und Fähigkeiten, selbst dann, wenn Menschen ihre konkreten Autonomiefähigkeiten völlig verloren haben, wenn sie zum Beispiel völlig dement oder komatös sind [8]. Grundsätzlich stellt sich nun die Frage, inwiefern ein Mensch diese ethische Leitidee der Willensfreiheit konkret in der Psychotherapie umsetzen kann und tatsächlich über einen freien Willen verfügt. Real stehen die Menschen in mannigfaltigen Abhängigkeiten, welche die Entscheidungs- und Handlungs-

freiheit beschränken. Gerhard Roth und Wolf Singer gehen soweit, den freien Willen anzuzweifeln. Auch wichtige biographische Entscheide, wie z.B. eine Heirat, würden nicht frei entschieden, sondern folgten unbewussten, durch Gene geprägte Vorentscheidungen, frühkindlichen Einflüssen und Erfahrungen, die im Gehirn gespeichert sind und Entscheidungen beeinflussen. Entwickelt wird dieses Argument auf dem Hintergrund biologischer und neuronaler Prozesse. Das Denken und das Selbsterleben einer Person seien an diese Hirnfunktionen gebunden und somit nicht wirklich frei, sondern begrenzt [9].

Im Unterschied zu dieser Auffassung hält der Philosoph Peter Bieri am freien Willen fest, der sich jeweils in einer (freien) Handlung niederschlägt. Nach Bieri entsteht der Wille aus einem Wunsch, der handlungswirksam wird, wenn die Umstände es erlauben, und nichts dazwischen kommt. D.h. der Wille mündet in eine Entscheidung oder Handlung, die in der Realität sichtbar wird und einer bestimmten Person und ihrer Individualität zugeschrieben werden kann. Peter Bieri geht von einer Handlungsfreiheit aus, die sich innerhalb eines Spielraums von möglichen Handlungen befindet. Dieser Handlungsspielraum sei abhängig von Gelegenheiten, äusseren Umständen, Mitteln, von individuellen Fähigkeiten, körperlichen Bedürfnissen, und dem Charakter einer Person. Diese Abhängigkeit begrenze jedoch den freien Willen nicht, sondern sei seine Voraussetzung. «Die Grenzen, die dem Willen durch die Welt gezogen werden, sind kein Hindernis für die Freiheit, sondern deren Voraussetzung» [10, S.51]. Die durch psychisches Leiden beeinträchtigte Willensbildung und deren Auswirkungen auf die Handlungsfreiheit sollen durch Psychotherapie wiedererlangt werden.

Psychische Krisen und Erkrankungen können sich auf die Handlungsfreiheit auswirken, diese beeinträchtigen und den Handlungsspielraum verkleinern. Dies zeigt sich z.B. in einer Depression, wenn bei fehlendem Antrieb Handlungen und Gepflogenheiten des Alltags wie Aufstehen, Körperpflege, Strukturierung des Tagesablaufs, sozialer Kontakt deutlich eingeschränkt sind. Trotz vorhandener Vorstellungen und Wünsche, den gewohnten Alltag zu leben, gelingt es nicht oder nur eingeschränkt. Der Wille wäre zwar als Wunsch vorhanden, aber nicht die Fähigkeiten, diesen umzusetzen. Die Depression beeinträchtigt oder verhindert die Handlungswirksamkeit von Wünschen. Bei einer Persönlichkeitsstörung mit Impulsivität kann impulsives Verhalten trotz bestehendem Wunsch, nicht impulsiv zu reagieren, im privaten oder beruflichen Umfeld immer wieder durchbrechen. D.h. das pathologische Symptom des Impulskontrollverlustes entspricht somit nicht einer freien Handlung, sondern ist Ausdruck einer Beeinträchtigung.

Es wäre nun falsch, in den genannten Beispielen das Vorhandensein von Autonomie anzuzweifeln. Vielmehr weisen sie auf das Spannungsfeld von deskriptiv vorhandenen Abhängigkeiten und Fähigkeiten und dem normativ vorgegebenen Autonomieanspruch hin [11, S.155]. Dieses Spannungsfeld zwischen normativem Anspruch und empirischer Tatsache ist der «Verantwortungsgegenstand» des Psychotherapeuten / der Psychotherapeutin und seiner/ihrer Therapie [11]. Der Psychotherapeut ist verantwortlich dafür, in der Therapie Umgangsformen mit diesem Spannungsverhältnis zu finden, sodass Behandlungsentscheide

getroffen werden, die dem Patienten bzw. der Patientin angemessen sind. Deshalb ergibt sich ein Behandlungsauftrag oftmals erst im Verlauf des therapeutischen Prozesses, in dem es gelingen sollte, den Patienten zur Willensbildung zu befähigen.

Für die/den Behandelnde(n) besteht die ethische Herausforderung einerseits darin, den Patienten nicht zu überfordern, indem man ihm fälschlicherweise einen völlig freien Willen zuschreibt ohne seine Beeinträchtigung zu beachten (voluntaristischer Fehlschluss). Andererseits sollte der Therapeut nicht vorschnell im Alleingang intransparente Therapieentscheide treffen, die zwar aus seiner Sicht richtig und angemessen erscheinen, jedoch die Autonomie bzw. den Willen des Patienten gar nicht berücksichtigen (paternalistischer Fehlschluss). Der voluntaristische Fehlschluss würde einer Idealisierung des Willens entsprechen und könnte sich negativ auf Therapiebedürfnisse des Patienten / der Patientin auswirken oder diese gar übersehen. Besonders zu Beginn einer Psychotherapie, wenn von Patientenseite aus Zweifel, Unsicherheit oder Abwehr gegenüber Psychotherapie bestehen, wäre es fatal, mit dem Argument «der Patient will nicht oder ist (noch) nicht bereit zur Psychotherapie» einen Therapieabbruch zu begründen und dies als freien Willensentscheid zu betrachten. Der paternalistische Fehlschluss ginge zwar von einer Therapiebedürftigkeit aus, die zum Wohl des Patienten führen soll, liesse aber den Willen ausser Acht. Dies wäre nachteilig für einen Patienten beispielsweise mit Abhängigkeitszügen, da er in seiner Abhängigkeit belassen und bestärkt werden würde.

Unter dem Aspekt der ethischen Prinzipien «Autonomie, Gutes tun, nicht schaden, Gerechtigkeit» besteht hier ein Spannungsverhältnis zwischen dem Prinzip der Autonomie und den Fürsorgeprinzipien «Gutes tun» bzw. «nicht schaden», welche der/die Psychotherapeut(in) wahrzunehmen hat und entsprechend damit umgehen muss. Eine einfache Lösung zugunsten der Autonomie oder der Fürsorge würde der Komplexität psychischen Leidens und seiner Behandlung nicht gerecht, vielmehr geht es darum, beide Prinzipien in die psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung zu integrieren. Diese Vorgehensweise entspricht dem Ansatz der *Integrativen Verantwortungsethik*, in der die Sorge für die Patientin / den Patienten als Grundeinstellung ein zentrales Element darstellt. Es wird darunter die Sorge des Psychotherapeuten verstanden, einerseits den Autonomieanspruch der Patient(inn)en zu wahren und andererseits ihre eingeschränkten Autonomiefähigkeiten und Abhängigkeiten ernst zu nehmen [11]. Dieser Ansatz der Integrativen Verantwortungsethik nach *Dialog Ethik* berücksichtigt inhaltlich sowohl Aspekte der Charakterethik (Tugend und Gesinnung) als auch der Prinzipienethik.

Im therapeutischen Prozess geht es dann darum, vorliegende Einschränkungen wahrzunehmen, sie durch geeignete therapeutische Methoden anzugehen und dadurch so weit wie möglich zu verbessern oder zu überwinden. Der Erfolg einer psychiatrischen Behandlung bzw. Psychotherapie wird sich dann darin zeigen, ob die Patientinnen und Patienten den Zustand des «wollen Könnens» wiedererlangen und die Freiheitsgrade ihrer Handlungen gegenüber den sie beeinträchtigenden Symptomen zunehmen [12].

Zustimmung und Einwilligungsfähigkeit

Jede therapeutische Massnahme bedarf der Zustimmung des Patienten. Diese Zustimmung erfolgt im klinischen Alltag durch Einholen des sogenannten «informed consent». Damit soll garantiert werden, dass die Zustimmung unter bestimmten Voraussetzungen erfolgt: Der Patient muss einwilligungsfähig sein, die für die Zustimmung nötige Information sollte vermittelt werden, der Patient sollte die Information verstanden haben, die Entscheidung sollte frei erfolgen in Bezug auf eine konkrete medizinische Massnahme [13].

Die Forderung nach Zustimmung gilt für alle Patientinnen und Patienten und ist unabhängig davon, unter welcher Krankheit Personen leiden und weswegen eine Behandlung erfolgen soll. Auch in einer ambulanten Psychiatrie müssen die behandelnden Personen über das vorliegende Krankheitsbild, ihren Verlauf ohne und mit Behandlung, über Nutzen und Risiken aufklären [6, S.151]. In der Psychotherapie heisst dies, über den psychotherapeutischen Ansatz, die angewandten Techniken, mögliche Nebenwirkungen, die Evidenzbasis und Wirkmechanismen der Psychotherapie zu informieren [14, S.9].

Zustimmung und Einwilligung sind an bestimmte Voraussetzungen und Bedingungen gebunden, die sich aus juristischen und medizinisch-psychiatrischen Komponenten zusammensetzen. Die Voraussetzung wird unter rechtlicher Perspektive mit dem juristischen Terminus der Urteilsfähigkeit umschrieben. Patientinnen und Patienten sollten urteilsfähig sein, um einen Behandlungsentscheid treffen und in eine Therapie einwilligen zu können.

Dabei muss jeweils abgeklärt werden, ob sich eine psychische Beeinträchtigung auf eine bestimmte Handlung auswirkt, z.B. auf die Einwilligung in eine Psychotherapieform oder auf die Einnahme eines Medikamentes. Urteilsfähigkeit ist immer bezogen auf eine bestimmte Situation und eine bestimmte Handlung (Relativität der Urteilsfähigkeit) und es muss geprüft werden, ob die Urteilsfähigkeit hinsichtlich dieser Situation gegeben ist oder nicht.

Wird einer Person die Urteilsfähigkeit abgesprochen, ist aus ethischer Sicht von Bedeutung, dass die Urteilsunfähigkeit einer Zuschreibung entspricht, die auf ethisch-normativen Überlegungen beruht. Dies machen die Richtlinien der SAMW zur Urteilsfähigkeit deutlich. Es geht hier um ein Abwägen wichtiger Informationen unter Einbezug der Prinzipien «Selbstbestimmung und Fürsorge», welches beeinflusst wird durch gesellschaftliche und persönliche Werte der beurteilenden Person [15].

Im psychiatrischen und psychotherapeutischen Alltag wird Urteilsfähigkeit auch als «Einwilligungsfähigkeit» bezeichnet und meint Urteilsfähigkeit in Bezug auf eine psychiatrische oder psychotherapeutische Behandlung, welche in die physische oder psychische Integrität einer Person eingreift und diese auch verletzen kann. Psychisch Kranke sind nicht grundsätzlich einwilligungsunfähig, sondern weisen häufig Defizite in der Entscheidungsfindung auf [16, S.9]. Es ist Teil der psychiatrisch-psychotherapeutischen Tätigkeit zu überprüfen, ob Patientinnen und Patienten imstande sind, eine therapeutische Massnahme zu beurteilen, in sie einzuwilligen oder nach Abwägen möglicher Konsequenzen abzulehnen.

Bei dieser Überprüfung wird jedoch deutlich, dass die juristische Sichtweise der Dichotomie der Urteilsfähigkeit [17] – d.h. zu einem bestimmten Zeitpunkt ist Urteilsfähigkeit entweder vollständig gegeben oder fehlt vollständig – im ambulanten psychiatrisch-psychotherapeutischen Alltag zu kurz greift.

Die Einschätzung, ob ein Patient einwilligungsfähig ist oder nicht, ist mit Schwierigkeiten behaftet, die sich aus der oder den zugrundeliegenden Krankheiten und deren Auswirkungen auf den psychischen Zustand ergeben. Je nach Intensität und Dauer der Auswirkung wird das damit verbundene Vermögen zur Einwilligung mehr oder weniger beeinträchtigt und kann im Zeitverlauf variieren. Daraus entsteht ein Spannungsfeld zwischen den rechtlichen Vorgaben der Urteilsfähigkeit bzw. Einwilligungsfähigkeit als Ausdruck der Selbstbestimmung und den tatsächlich vorhandenen Fähigkeiten der Patientin, auch frei entscheiden und einwilligen zu können [18]. Nicht allein psychische Erkrankungen können Fähigkeiten beeinträchtigen, sondern auch körperliche Leiden können hier Einfluss nehmen. Es ist z.B. zu fragen, ob Patienten trotz klarem Bewusstsein und vorhandener Orientierung unter starken Schmerzen in der Lage sind, Informationen zu verstehen, ihre Situation und Konsequenzen abzuwägen, Informationen rational zu gewichten, und eine eigene Wahl zu äussern. Nicht nur Krankheiten mit deutlicher Beeinträchtigung des Realitätsbezuges wie manische, psychotische oder schwer depressiv-suizidale Zustände wirken sich auf die Einwilligungsfähigkeit aus. In vielen Krankheitsbildern ist diese betroffen: Der depressive Patient, der aufgrund seiner krankheitsbedingten Ambivalenz einer Therapie nicht zustimmen kann oder unsicher ist. Die Borderlinepatientin, deren Einwilligung zur Behandlung aufgrund ihrer emotionalen Instabilität von Tag zu Tag schwankt; der Suchtkranke, dessen Zustimmung zur Abstinenz und zur Behandlung immer wieder überlagert ist durch den unkontrollierbaren Drang zum Alkoholkonsum; Patienten, die aufgrund einer Störung ihrer Persönlichkeit ihre Impulse situativ nicht mehr kontrollieren können, dadurch andere verbal oder körperlich verletzen und damit das therapeutische Bündnis gefährden.

Es wäre aber auch hier falsch, diesen Personen aufgrund ihrer Diagnose grundsätzlich ihre Urteilsfähigkeit oder ihre Autonomie abzusprechen, dies entspricht häufig einer gängigen Meinung in der Allgemeinbevölkerung und auch in Fachkreisen, tatsächlich gilt es nur für einen sehr kleinen Teil der psychiatrischen Patienten [19]. Die genannten Beispiele weisen vielmehr darauf hin, dass die juristische Sichtweise der Momenterhebung für die Einschätzung der Einwilligungsfähigkeit nicht ausreicht und um eine klinisch-therapeutische Sichtweise erweitert werden muss.

Solange sich Patientinnen und Patienten mit einer ambulanten Behandlung und mit der Einnahme eines Medikamentes einverstanden erklären, wird eine Einwilligungsfähigkeit kaum angezweifelt in der Annahme, man handle ja im Interesse des Patienten.

Erst wenn die behandelnde Person und der Patient sich nicht einig sind, oder wenn Schwankungen der Einwilligungsfähigkeit im Zeitverlauf deutlich werden, entstehen Fragen und Probleme. Diese Situationen stellen keine juristische, sondern eine therapeutische Herausforderung dar und verlangen von Seite der behandelnden Personen ein

spezifisches sich-Einlassen auf den Patienten unter Respektierung seiner Autonomie, die durch Krankheit überdeckt oder verzerrt sein kann. Dies erfordert eine situativ und kontextbezogene Anpassungsleistung, welche von den ambulanten Behandlern gegenüber den Patienten zu erbringen ist und nicht umgekehrt. Die klinisch-therapeutische Herausforderung besteht darin, mit der «bedingungslosen Grundhaltung der Offenheit, Neugierde, Zuwendung» auf Patienten einzugehen und sich interaktiv auf einen Prozess der Verständigung einzulassen [19]. Gerade unter beschränkt vorhandenen Fähigkeiten ist es die therapeutische Aufgabe, Informationen patientenbezogen und sprachlich so zu vermitteln, dass sie im Kontext der Erkrankung verstanden werden können [20]. Um diese Informationen abwägen zu können, braucht es auch genügend Zeit. Diese muss Patienten gewährt werden. Es ist therapeutische Aufgabe und zugleich ethische Pflicht, zusammen mit dem Patienten im Verlauf der ambulanten Therapie sein Wertesystem herauszufinden und trotz Erkrankung eine Kohärenz herauszuarbeiten. Es entspricht dem therapeutischen Auftrag, Patienten mit dem Ziel der Befähigung zur Einwilligung zu begleiten. Dies kann nur gelingen, wenn ein Patient nicht nur in Einzelsituationen wahrgenommen und beurteilt wird, sondern die Wahrnehmung im Zeitverlauf erfolgt – wie in einem Film, dessen Ablauf sich aus vielen Momentaufnahmen zusammensetzt und in deren Gesamtschau das Bild einer Person und ihrer Individualität entsteht. Diese zeitliche Dimension muss als Instrument der Willensbestimmung und Einschätzung der Einwilligungsfähigkeit akzeptiert und eingesetzt werden. Unterschiedliche Äußerungen von Patientinnen und Patienten oder zeitlich variierende Fähigkeiten können in ihrer Summe betrachtet durchaus den Willen eines Patienten, seine Werte und Präferenzen und Kompetenzen abzeichnen [21]. Einwilligungsfähigkeit entspricht keiner Momentaufnahme sondern ist das Ergebnis des therapeutischen Prozesses.

Umgang mit selbst- oder fremdgefährdenden Äusserungen

Im Zuge einer ambulanten Behandlung können Situationen eintreten, in denen sich Massnahmen aufdrängen, die allenfalls gegen den Willen erfolgen müssen. Für die Psychiatrie und Psychotherapie von Bedeutung sind die Zwangseinweisung bzw. Fürsorgerische Unterbringung in einer Institution. Dabei bewegen sich Psychiatrie und Psychotherapie innerhalb eines Dreiecks von therapeutischem Auftrag, öffentlichem Sicherheitsinteresse und der Sicherung der Rechte des Patienten/der Patientin.

Die Beurteilung einer Zwangseinweisung betrifft in der Regel die Selbst- und Fremdgefährdung und ist als Zwangsmassnahme grundsätzlich an bestimmte Voraussetzungen gebunden. Zwangsmassnahmen müssen den Prinzipien der Legalität (Gesetzmässigkeit), der Legitimität (Vertretbarkeit) und der Verhältnismässigkeit (Öffentliches Interesse gegenüber Individuellem Interesse) genügen [7, S.127 ff.]. Gemäss den medizin-ethischen Richtlinien der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften sollen Zwangsmassnahmen notwendig und geeignet sein, die Gefährdung abzuwenden, und bedürfen der individuellen Prüfung [22].

Dies stellt den Psychotherapeuten / die Psychotherapeutin vor eine schwierige und konflikthafte Entscheidung. Das Abwägen, ob z.B. eine verbale Drohung gegenüber Personen aus dem Munde einer Patientin / eines Patienten mit einer schweren Persönlichkeitsstörung Ausdruck einer voraussagbaren Drohung ist, oder das Aussprechen dieser Drohung einer psychischen Entlastungsfunktion im Rahmen der Psychotherapie und des therapeutischen Bündnisses gleichkommt, liegt innerhalb eines Ermessensspielraums und muss nach therapeutischen und ethischen Kriterien erfolgen. Für den Therapeuten spielen dabei die Anwendung von Wissen bezogen auf das vorliegende Krankheitsbild und seiner Symptome und von erlernten Fertigkeiten zur Verringerung der Symptome sowie die zugrundeliegende Haltung gleichermaßen eine Rolle. Welche Symptomatik liegt vor und was ist darüber bekannt? Welcher therapeutische Ansatz und welche therapeutischen Vorgehensweisen führen zur Verbesserung? Welche ethische Grundhaltung soll ausschlaggebend sein? In welchem Verhältnis steht eine Zwangseinweisung zu den medizin-ethischen Prinzipien, Autonomie, Gutes tun, nicht schaden und Gerechtigkeit? Ist es verhältnismässig, die Selbstbestimmung des Patienten – auch wenn sie nur auf den Aufenthaltsort bezogen ist – durch eine Zwangseinweisung als Form von Fürsorgehandeln vorübergehend aufzuheben? Diesen Fragen muss sich der Psychotherapeut stellen.

Bei suizidalen Äusserungen und Suizidwünschen ist zu fragen, inwiefern diese Äusserungen als Ausdruck eines seelischen Befindens zu bewerten sind, welches aufgrund der psychischen Erkrankung nur sehr schwer auszuhalten ist, oder einem autonomen Entscheid entsprechen. Die Suche nach einer Antwort kann nur gelingen, wenn sie innerhalb der therapeutischen Beziehung zwischen Behandler und Patient auf der Basis des Vertrauens abläuft. Patientinnen und Patienten müssen darauf vertrauen können, dass sie in einer Atmosphäre der Offenheit und des Respekts ihre Gedanken und das, was sie belastet, äussern können. Respekt gegenüber Patientenautonomie setzt eine Beziehung voraus, die gerade dann zum Tragen kommen sollte, wenn Situationen kritisch und die Selbstbestimmung fraglich sind. Innerhalb einer tragenden Arzt-Patient-Beziehung können und müssen die Grenzen der Selbstbestimmung ausgelotet werden und aufzeigen, wo Fürsorgehandeln nötig wird, wenn es um die Sicherheit von Leib und Leben geht. Fürsorgehandeln bei Selbstgefährdung bedeutet aber nicht automatisch die Einleitung einer Fürsorgerischen Unterbringung, sondern meint das Aufspüren von Möglichkeiten und Alternativen, die zur Verhinderung von selbstgefährdendem Verhalten beitragen (z.B. Erhöhen der Behandlungsfrequenz, Überprüfen der Absprachefähigkeit und der Erreichbarkeit, Einbezug von Vertrauenspersonen oder Angehörigen, freiwilliger Eintritt in eine Triagestation oder ein Kriseninterventionszentrum etc.). Aus ethischer Sicht ist dabei diejenige Möglichkeit zu wählen, die am wenigsten in die Autonomie des Patienten eingreift und darum verantwortet werden kann.

Bei psychischen Erkrankungen mit rezidivierendem oder chronischem Verlauf ist zur Förderung der Selbstbestimmung eine Behandlungsvereinbarung hilfreich, die zwischen Patient und Institution unter Einbezug des ambulanten Behandlers getroffen wird. So soll z.B. die

Vereinbarung zur Rückfallprophylaxe und Krisenintervention (VRK), wie sie in den Psychiatrischen Diensten Schaffhausen bereits seit längerer Zeit vorliegt, mit betroffenen Personen vereinbaren, wie in Zukunft mit kritischen Situationen umzugehen ist [23, S. 176]. Sie wurde im Rahmen eines Projekts «Erarbeitung und Implementierung einer Behandlungsvereinbarung als Instrument des informed consent» entwickelt. Ausgangslage des Projekts bildeten ungenutztes Lernen aus Erfahrungen im Umgang mit Krisen, ein unreflektierter Umgang mit Rückfällen und die Eskalation des Aggressionspotenziales bei Klinikeintritt. Ziele des Projekts waren die Förderung des Selbstbestimmungsrechts und des Empowerments, eine gegenseitige Vertrauensbildung und Angstreduktion sowie die Verminderung bzw. Vermeidung von Bevormundung und Zwang und dadurch die Reduktion von Eskalation und Gewalt.

In der Luzerner Psychiatrie (lups) dient seit Januar 2014 die Behandlungsvereinbarung als internes Instrument des Shared decision making. Es wurde im internen Ethik-Forum der lups in Zusammenarbeit mit der Stiftung *Dialog Ethik* ausgearbeitet zum Zweck des Erhalts oder der Erhöhung der Selbstbestimmung und der Selbständigkeit des Patienten und zur Stärkung des Vertrauens des Patienten in die Organisation. Durch expliziten Einbezug der Erfahrungen des Patienten sollen die Behandlungs- und Betreuungsqualität erhöht werden und somit den Behandlungsplan mitbestimmen.

Im Schlussbericht der Evaluationsstudie 2017 [24] konnte der Nutzen für Patienten und Personal bestätigt werden: Aus Sicht der Patienten und des Personals ergab sich daraus eine verbesserte Behandlungskontinuität, ein erleichterter Eintritt mit Ermöglichung zu Kurzaufenthalt, ein verbesserter Umgang mit Krisen und eine erhöhte Selbstbestimmung.

Ethische Fragestellungen in der ambulanten Psychiatrie und Psychotherapie betreffen mehrere Dimensionen der ethischen Verantwortung. Verantwortung tragen wir für uns selbst als Psychiater und Psychotherapeuten (Persönlichkeitsethik), in unseren unmittelbaren Beziehungen zu unseren Patientinnen und Patienten (Beziehungsethik), als Mitarbeitende und/oder Mitglieder von ambulanten Institutionen, Kliniken und Organisationen (Organisationsethik) und als Teile der Gesellschaft (Sozialethik). Auf die Dimensionen ethischer Verantwortung in der ambulanten Psychiatrie und Psychotherapie kann an dieser Stelle nicht näher eingegangen werden. Der Hinweis darauf soll aufzeigen, dass ethische Fragestellungen und Verantwortung nicht in der therapeutischen Beziehung aufgehen sondern sich auch im stationären Bereich (Institution bzw. Organisation) niederschlagen und Auswirkungen auf die Gesellschaft zeigen.

Zur ethischen Entscheidungsfindung stehen keine Antworten als Checklisten zur Verfügung, sondern es bedarf eines Entscheidungsfindungsprozesses. Dabei gilt es, die mögliche Vielfalt der in einer Entscheidungssituation involvierten Werte und die unterschiedliche Wahrnehmung einer gegebenen Patientensituation in den ethischen Entscheidungsprozess zu integrieren. Dazu können Verfahren zur ethischen Entscheidungsfindung den Umgang mit schwierigen Problemen erleichtern. Sie tragen dazu bei, eine möglichst umfassende Sicht einer Entscheidungssituation zu gewinnen. In den letzten Jahren wurden

mehrere Modelle entwickelt mit dem Ziel, im konkreten Fall zugrundeliegende Werthaltungen deutlich zu machen und anhand von Schritten zu einer Entscheidung zu gelangen [vgl. 25-27]. Diese zunächst für den stationären Bereich entwickelten Modelle lassen sich m.E. ebenso auf den ambulanten Bereich übertragen und anwenden, um so ethischen Fragestellungen zu einer Lösung zu verhelfen.

Disclosure statement

No financial support and no other potential conflict of interest relevant to this article was reported.

Referenzen

- Schöne-Seifert B. Medizinethik. In: Nida-Rümelin, J. (Hg.): *Angewandte Ethik*. Stuttgart: Alfred Kröner; 1996. 552-684.
- Reiter-Theil St. *Versorgung und Therapie psychisch kranker und gestörter Menschen*. In: Kahlke, W.; Reiter-Theil (Hg.): *Ethik in der Medizin*. Stuttgart: Ferdinand Enke; 1995.68-77.
- Vollmann J. *Die Galle auf Zimmer 7. Welche Medizin wollen wir?* Berlin: Klaus Wagenbach; 2019
- Borbé R. Patientenautonomie in der Psychiatrie. In: Wiesemann C, Simon A, Editors. *Patientenautonomie*, Münster: Mentis; 2013. 190-203.
- Lammers C-H. Das Dilemma der psychiatrischen Diagnose der Persönlichkeitsstörung. In: *Ethik in der Psyche*. Frankfurt am Main: Campus; 2015. 23-41.
- Helmchen H. *Das Janusgesicht der Psychiatrie*. Stuttgart: W.Kohlhammer; 2017.
- Hoff P. Was darf die Psychiatrie. Oberhofen am Thunersee: Zytglogge, 2014.
- Baumann-Hölzle, R. (). *Autonomie und Freiheit in der Medizin-Ethik*, Freiburg i. Br.: Alber Verlag; 1999
- Roth R, Singer W. *Das Manifest. Gehirn & Geist* 2004(6): 30-37
- Bieri P. *Das Handwerk der Freiheit; Über die Entdeckung des eigenen Willens*. München: Carl Hanser; 2001
- Baumann-Hölzle R. Wertorientierung – Integrative Verantwortungsethik in Medizin und Pflege. In: Arn Ch, Weidmann-Hügler T, Editors. *Ethikwissen für Fachpersonen*. Basel: Schwabe; 2001. Basel, 151-162
- Fuchs T, Broschmann D. Willensstörungen in der Psychopathologie. *Nervenarzt*. 2017;88(11):1252-8. doi: <http://dx.doi.org/10.1007/s00115-017-0323-1>. PubMed.
- U.S. Department of Health and Human Services. *The Belmont Report* [Internet]. Washington: 1979 [cited 2021 Jan. 13.]. Available from: <https://www.hhs.gov/ohrp/regulations-and-policy/belmont-report/read-the-belmont-report/index.html>.
- Trachsel M, Gaab J, Biller-Andorno N. *Psychotherapie-Ethik*. Göttingen: Hogrefe; 2018
- Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften. *Richtlinien Urteilsfähigkeit in der medizinischen Praxis* [Internet]. 1919 [cited 2020 Nov 8]. Available from: www.samw.ch.
- Feuerstein G, Schramme Th. *Ethik der Psyche*, Frankfurt am Main: Campus; 2015
- Hürlimann D, Trachsel M. Urteilsfähigkeit, Zurechnungsfähigkeit und Schuldfähigkeit. *Swiss Medical Forum* 2015; 15(25): 604-606
- Meier-Allmendinger D, Kurmann J, Baumann-Hölzle R. *Ethische Entscheidungsfindung in der Psychiatrie*. Schweizerische Ärztezeitung 2015; 96(33): 1151-1154
- Kurmann J. *Patientenaufklärung – therapeutisch interpretiert*. *Swiss Arch Neurol Psychiatry*. 2015;166(05):151–7. doi: <http://dx.doi.org/10.4414/sanp.2015.00338>.
- Helmchen H. *Informed Consent in Psychiatric Practice*. In: Helmchen, Sartorius N, Editors. *Ethics in Psychiatry*. Dordrecht Heidelberg London New York: Springer, 2010. 139-146
- Meier-Allmendinger D. *Psychiatrie – Dilemmas im Umgang mit einer fragilen Psyche*. Arn Ch, Weidmann-Hügler T. *Ethikwissen für Fachpersonen*. Basel: Schwabe; 2009. 195-210.
- Schweizer Akademie der Medizinischen Wissenschaften. *Medizin-ethische Richtlinien. Zwangsmassnahmen in der Medizin* [Internet]. Bern: Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften; 2015 [cited 2021 Jan 13]. Available from: <https://www.samw.ch/de/Publikationen/Richtlinien.html>
- Ebner G. *Psychiatrie – Implementierung ethischer Standards beim Umgang mit fragiler Autonomie*. In: Baumann-Hölzle R, Arn, Ch, Editors. *Ethiktransfer in Organisationen*. Handbuch Ethik in der Medizin, Basel: Schwabe; 2009. 171-178
- Mezger M, Abraham A, Baumann-Hölzle R, Kurmann J. *Behandlungsvereinbarungen in der Luzerner Psychiatrie (lups): Eine Evaluation*

- tionsstudie mit Mixed-Methods-Ansatz. Schlussbericht. Zürich und Luzern: Stiftung Dialog Ethik und Luzerner Psychiatrie; 2017.
- 25 Sass HM, Viefhues H. Bochumer Arbeitsbogen zur medizinethischen Praxis [Internet]. Gera: Institut für Ethik in der Praxis e.V.; 1988 [cited 2021 Jan 13]. Available from: <https://ethik-in-der-praxis.de/arbeitsbogen/index.htm>
- 26 Stiftung Dialog Ethik. 7-Schritte Dialog [Internet]. Zürich: Stiftung Dialog Ethik. Available from: www.dialog-ethik.ch.
- 27 Sponholz G, Allert G, Keller F, Meier-Allmendinger D, Baitsch H. Das Ulmer Modell medizinethischer Lehre. In: Materialien des Zentrums Medizinische Ethik (Heft 121). Bochum: Zentrum für Medizinische Ethik; 1999. 1-33