

Was bedeuten Patientenrechte im Hinblick auf eine Neuroleptika-Verordnung?

Zu dieser Frage hatten am 26. Oktober 2015 DGSP-Vorstand und DGSP-Fachausschuss Psychopharmaka Vertreter aus Medizin, rechtlicher Betreuung, Anwaltschaft sowie der Angehörigen- und Psychiatrie-Erfahrenen-Bewegung nach Köln zu einem Expertengespräch eingeladen.

Von Dörte Staudt

Keine Polypharmazie, niedrige Dosierung und eine Begrenzung des Zeitraums der Verordnung – das waren Grundsätze, die die Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN) nach ihrem Hauptstadtsymposium im Frühherbst 2015 veröffentlicht hat. Christel Achberger, geschäftsführender Vorstand der DGSP, erinnerte daran in ihrer Begrüßung zu einem Expertengespräch, das genau diese Praxis der Neuroleptika-Verordnung in den Blick nehmen sollte. Achberger: „Wir alle wissen, die Praxis ist weit davon entfernt“.

Noch immer werden Patientinnen und Patienten, gemessen an vermehrt vorliegenden Studien über die Nebenwirkungen von Neuroleptika zu lange und zu hoch dosiert behandelt. Auch wenn sich seit der Erstellung des „Memorandums zur Anwendung von Neuroleptika“ der DGSP vor mehr als sechs Jahren kritische Stimmen mehren, hat sich hinsichtlich der Versorgungspraxis an vielen Kliniken wenig verändert. Häufig erhalten die Betroffenen sogar mehrere Präparate gleichzeitig (Polypharmazie). Die Verordnungspraxis steht also nicht selten im Widerspruch zu aktuellen Leitlinien aus dem internationalen Raum.

In dem nicht-öffentlichen Expertengespräch der DGSP in Köln wollte die trialogisch zusammengesetzte Fachrunde vor allem darüber diskutieren, inwiefern den Patienten juristische Möglichkeiten zur Verfügung stehen, um die gängige Praxis zu verändern. „Wir stellen das Thema Recht in den Mittelpunkt um auszuleuchten, welche Möglichkeiten ein Patient eigentlich hat, seine Ansprüche auf Behandlung im Sinne der Leitlinien, im Sinne von 'State of the Art' durchzusetzen“, so Achberger. Wie kommen Ärzte zu ihren Verordnungen? Auf welcher Grundlage bestimmen sie was, wie und wie lange genommen wird? Gibt es eine Aufklärungspflicht über Alternativen? Wie steht es mit einer Aufklärungspflicht über Nebenwirkungen, über Behandlungsdauer und Dosis?

Im Jahr 2013, erinnerte Achberger, sei das Patientenrechtegesetz fortgeschrieben worden, in dem es auch klare Aussagen über die Information und Einwilligung der Patienten gibt. In der Psychiatrie wird offenbar oft die Möglichkeit genutzt, sich von dieser Norm zu entfernen. Das Stichwort heißt: Einwilligungsfähigkeit. „Da sind wir im

Bereich der Auslegung des Gesetzes, und das ist es, was es für Patienten so schwierig macht", sagte Achberger.

Dabei ist die Diskussion über Nutzen und Schaden dieser Medikamentengruppe nicht neu, wie Moderator Dr. Sebastian Stierl erinnerte. Bereits im Jahr 2007 sei der kritische Artikel über Neuroleptika von Dr. Volkmar Aderhold sehr wohl wahrgenommen worden. „Da ging etwas los in Deutschland, da ist ein Stück Bewusstsein entstanden“, sagte der Ärztliche Direktor eines Fachkrankenhauses und wusste dennoch aus der Praxis zu berichten: „Aber die Wirklichkeit ist sehr zäh und schwerfällig.“ Dabei, so Stierl, „fordern wir gar nichts Neues, wenn man das, was in den Lehrbüchern steht, umsetzen würde, dann wären wir einen riesigen Schritt weiter.“

In Sachen Patientenrechtegesetz stellte die Fachanwältin für Medizinrecht, Maria Steinert, fest, dass die Aufklärung zwar Pflicht sei, wohl aber sehr „grob“ ausfallen könne. Zudem müsse der Arzt Fragen der Patienten nicht dokumentieren. Von anderen Teilnehmern kam deshalb die Forderung nach der Umkehr der Beweislast. Denn: Wie soll ein Patient beweisen, dass er eben nicht aufgeklärt worden ist? Darüber hinaus werde in der Psychiatrie häufig behauptet: „Der Patient war nicht in der Lage, differenzierte Fragen zu stellen.“ Eine Tatsache, die Gudrun Fricke, Mitglied des Vorstands des Bundesverbandes Psychiatrie-Erfahrener (BPE), ebenfalls als Grund für die unkritische Verordnung von Neuroleptika angab: „Viele Rechte von Psychiatriepatienten werden ausgehebelt, weil man sagt, den kann man in diesem Zustand nicht aufklären“, sagte sie. Obwohl doch der Terminus der „Einwilligungsfähigkeit“ in der UN-BRK gar nicht vorkomme. Möglicherweise wäre auch hier eine Gelegenheit, juristisch gegen die ungefragte Verordnung vorzugehen.

Genau an diesem Punkt aber zeigte sich ein Dilemma, das sich für Patienten und Ärzte auftut: „Wenn man in einer extremen Krise ist, dann will der Gesetzgeber, dass man das Notwendige tut“, erklärte Maria Steinert die Gesetzeslage. Damit aber, so sah es Ruth Fricke, „ist man an der Schwelle zur Zwangsbehandlung“. Fricke: „Ich kenne eine ganze Menge Leute, die sagen, selbst wenn sie psychotisch sind, dass sie dieses und jenes Medikament nicht wollen, das heißt nicht, dass Sie jedes Medikament ablehnen.“ Sebastian Stierl sah das aus seiner Erfahrung anders: „Es gibt eine krankheitsbedingte Nicht-Einsichtsfähigkeit“, sagte er „aber die wird letztlich oft missbraucht“. Er bemängelte, dass die Palette der Behandlungsmöglichkeiten oft auf die reine Medikation reduziert werde.

Das Thema Aufklärung nahm einen großen Raum im Expertengespräch ein. Für Volkmar Aderhold bot eine Initiative aus Rheinland-Pfalz einen Ansatz zur Veränderung: „Dort soll ein verbindlicher Aufklärungsbogen gestuft nach Phasen entwickelt werden, das wäre ein Schritt und auch für die DGSP eine Möglichkeit, in Zukunft daran zu arbeiten. Das wurde von Peter Lehmann Buchautor und Verleger, gerne aufgegriffen:

„Wenn es auch schon Aufklärungsbögen gibt, dann wollen wir gerne daran weiterarbeiten, dialogisch oder sogar quadrologisch, also zusätzlich mit einem Anwalt im Boot“. Doch in Kliniken werde oft mit dem Fehlen von Alternativen argumentiert, wusste Anwältin Steinert: Wenn eine Behandlung nicht in der fraglichen Klinik angeboten werde, müsse eine Behandlungsalternative auch gar nicht erst erwähnt werden. „Die Alternative muss laut Gesetzesformulierung gleichermaßen üblich und indiziert sein“, ergänzt dazu auch Sebastian Stierl. Und weil diese Alternative – eine Behandlung ohne Neuroleptika – nicht etabliert ist, so Lehmann, könne sie in den meisten Häusern auch nicht angeboten werden. Was umso fataler sei, so Dr. Jann Schlimme, niedergelassener Psychiater aus Berlin, weil der Behandlungsort für psychiatrisch zu Behandelnde verpflichtend nach dem Wohnort gewählt werde, es also nur eine eingeschränkte Behandlungswahl gebe. Jürgen Thar, rechtlicher Betreuer und Mitglied des Betreuungsgerichtstages (BGT) e.V.: „Warum werden Alternativen nicht umgesetzt, woran hakt es da?“ Und könne nicht, so die Frage in der Runde, als Alternative die Psychotherapie gesehen werden, die ja nun neu in den Richtlinien für Psychosen als Behandlungsempfehlung aufgenommen worden ist. Volkmar Aderhold indes sieht mehr Chancen darin, nicht über die Medikation an sich, sondern über die Dosierung eine Veränderung zu suchen. „Dann hat man die Kliniken und Ärzte auf seiner Seite“, erklärte er, und dass mit einer solchen Forderung kleinere Stationen, erforderliches Personal, eine andere Empfangskultur notwendig seien. Denn, so zog er den Vergleich zur somatischen Versorgung: „Man macht ja auch nicht im septischen OP eine Herzoperation.“ Kann die Neuroleptika-Behandlung von Patienten einfach abgelehnt werden? „Wir haben nur die in gemeinsamer Abstimmung erfolgte Behandlung oder eine Zwangsbehandlung,“ formulierte Sebastian Stierl. Obwohl es laut der Anwältin Steinert immer „Zwischenzonen“ gebe, Zustände, die weder Eigen- noch Fremdgefährdung vermuten ließen. Doch stellten Ärzte Patienten in solchen Fällen häufig vor die Wahl: „Entweder du nimmst die Medikamente oder Du gehst.“ Peter Lehmann dagegen kannte auch den anderen Fall: Ein Patient weigerte sich, die Psychose klang spontan ab, es folgte die Entlassung. „Man muss Patienten empoweren“, schloss er daraus, „weil, es geht nicht nur theoretisch, sondern auch praktisch.“ Praktiker Sebastian Stierl führte an: Wer den Selbstheilungskräften Zeit geben wolle, brauche dazu das notwendige Setting: „Wenn ich mir die geschlossene Akutstation in meiner Klinik anschau, dann weiß ich nicht, was das mit dem notwendig entspannten und förderlichen Milieu zu tun hat.“ Die zur Medikation alternativen Methoden setzten auch die Umsetzung der Psych-PV voraus, also, so Stierl, „normative Vorgaben exakt als Gegenteil von dem, was mit dem PEPP gerade auf uns zurollt.“ An dieser Stelle erinnerte Christel Achberger an das Thema Patientenverfügung: „Wenn ich Alternativen nenne und das Recht

auf Behandlung habe, könnte das ja auch dazu führen, dass die Klinik sich ändern muss.“ Zudem Patienten das Recht auf eine Beistandschaft haben, die in der „Aufgeregtheit“ der Situation, so Steinert, Sicherheit vermitteln. Noch wichtiger erschien an dieser Stelle Ruth Fricke die Behandlungsvereinbarung, denn die sei schließlich auch vom Personal der Klinik unterschrieben. „Da steht dann drin, was man tun kann, um Zwangsmaßnahmen zu vermeiden, da stehen Bezugspersonen drin, auch Medikamente und so weiter. Ich denke über die Behandlungsvereinbarung und über die Gespräche, die dann stattfinden, verändert sich auch das Klima zwischen Patienten und Mitarbeitenden in den Kliniken.“

Beide Vorgehensweisen seien lediglich einer relativ „elitären“ Patientengruppe zugänglich, kritisierte Betreuer Jürgen Thar. „Die Gruppe, die ich vertrete und die ich in der psychiatrischen Behandlung erlebe, sind Menschen, die alleine stehen, mit denen will so gut wie keiner etwas zu tun haben.“ Und obwohl ihm Sebastian Stierl Recht gab, gab er doch zu bedenken: Die Behandlungsvereinbarung sei für die Arbeit einer Einrichtung insgesamt von Bedeutung. „Sie hat einen hohen Wert und das hat was zu tun mit der Atmosphäre, weil sie so etwas wie eine Haltung idealtypisch rüberbringen kann.“

Hat das Opferentschädigungsgesetz Möglichkeiten in Sachen Neuroleptika eröffnet? „Dafür muss eine Schädigung im Sinne einer Gewalttat vorliegen, und die kann ja nur vorliegen, wenn sie von den akzeptierten Methoden abweicht“, war die Einschätzung der Diskutanten. Zwar gab es in den USA eine Sammelklage von 26 000 Menschen, die in Folge einer Zyprexa-Einnahme Diabetes entwickelten. „In Deutschland gibt es solche Sammelklagen nicht, weil nur der einzelne Arzt verordnet.“ Dennoch, so überlegte Peter Lehmann laut in der Runde, könne doch vielleicht der Tatbestand der Körperverletzung vorliegen, „wenn sich ein Tremor einstellt, Fettleibigkeit abzeichnet, wenn keine Hilfe beim Absetzen stattfindet, wenn keine Unterstützung stattfindet.“ Das aber werde nach deutschem Recht nur justiziabel, führte Maria Steinert aus, wenn die Behandlung außerhalb des medizinischen Standards liege. Könnte denn dann vielleicht eher das Home-Treatment eingeklagt werden, fragte Sebastian Stierl. „Einklagen“, antwortete Steinert, „kann man nur wenn es eine Anspruchsgrundlage gibt.“ Dazu gehört zum Beispiel die flächendeckende Versorgung. Die, wie sich bereits bei der Psychotherapie in der Schizophrenie-Behandlung zeigt, eben nicht vorhanden ist. Der Patient hat theoretisch ein Anrecht auf diese Therapie, muss sich aber faktisch die Therapeutin selber suchen, was oft nicht möglich ist. Analog gilt das für Soziotherapie.

Noch einmal kam die Frage nach den Patientenverfügungen auf: Können Kostenträger Druck ausüben und eine Medikamenten-Einnahme verlangen? Jürgen Thar berichtete aus der Praxis: „Das ist eine Frage, die habe ich regelmäßig, dass Patienten sich nicht in dem anerkannten und medizinisch vorgegebene Maß behandeln lassen wollen und dadurch krank bleiben und

Sozialleistungen beziehen müssen.“ Er vertritt den Standpunkt, „der Mensch hat auch ein Recht auf Krankheit, sofern nicht hundertprozentig bewiesen werden kann, dass die Behandlung zur Heilung führen würde.“ Seines Wissens habe es noch kein Sozialleistungsträger zu einem Verfahren kommen lassen. Zum Schluss fragte Christel Achberger in die Runde: „Könnte eine Verbandsklage eine Chance sein?“ „Wenn Richtlinien als evidenz-basiert festgestellt worden sind, aber nicht umgesetzt werden“, schätzte Steinert ein, könne man das auf dem Weg der Klage versuchen. Zumindest hätte man einen „Meilenstein gesetzt, was man als Standard ansieht.“ Zum Beispiel, schlug Achberger vor, könne man einklagen, dass die Versorgungsstruktur nicht angemessen sei. Und selbst wenn es nicht gelinge, habe man eine Öffentlichkeitswirkung erzielt. Spürbar, so formulierte Moderator Stierl im Schlusswort, sei bei der regen Diskussion der Wunsch geworden, „aus der festgefahrenen Situation heraus etwas in Bewegung zu bringen.“ Zur weiteren Bearbeitung hätten die Fragen nach der Bedeutung der Patientenverfügung sowie nach einer Verbandsklage Vorrang. „Und nicht zuletzt“, so Stierl, habe das Thema Neuroleptika für ihn auch eine politische Dimension: „Was hat PEPP für Auswirkungen auf die künftige Qualität der Behandlung mit Neuroleptika?“