

Anwalt des Patienten?

Professionell Pflegende im Spannungsfeld zwischen wohlwollender Pflege und wohlütigem Zwang



Als Krankenpfleger in der Psychiatrie vertrete ich die Interessen meiner Patientinnen und Patienten und sehe mich in meiner Funktion im übertragenen Sinn auch als „Anwalt des Patienten“. In diesem Zusammenhang gerate ich jedoch häufig in das Spannungsfeld, dass ich einerseits Unterstützer, andererseits Begrenzer der Selbstbestimmung des Patienten bin. Ein Dilemma.

Eine Frage der Haltung

„Loren, du darfst niemals vergessen, dass du der Angestellte des Patienten bist.“ Diesen Satz äußerte Manfred Bleuler, Schweizer Psychiater, einst in einem Gespräch mit Loren Mosher, seinem amerikanischen Kollegen. In meiner psychiatrischen Pflegepraxis begleitet mich dieser Leitgedanke bereits viele Jahre. Mit „Anwalt des Patienten“ verwende ich eine etwas überspitzt formulierte Begrifflichkeit, die noch stärker zum Ausdruck bringen soll, dass ich mich als Dienstleister meines Klienten sehe und mir dies während des gesamten Behandlungsprozesses bewusst machen muss. Dies beinhaltet vor allem auch die Unterstützung seiner Selbstbestimmung („wohlwollende“ Pflege). Doch kann dies in der Akutpsychiatrie, wo auch Zwangsmaßnahmen ausgeübt werden, überhaupt realisiert werden?

Selbstbestimmung

In einer ethischen Stellungnahme aus dem Jahr 2014 spricht die DGPPN (Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde) im Zusammenhang mit der Achtung der Selbstbestimmung von einem Menschenrecht (Nervenarzt 2014). Das Recht

auf Selbstbestimmung steht somit der Ausübung „wohlütigen Zwangs“ gegenüber. Welches Spannungsfeld an dieser Stelle entsteht, lässt sich am medizinethischen Modell zur Entscheidungsfindung „Principles of Biomedical Ethics“ von Beauchamp und Childress (1978) verdeutlichen.

Spannungsfelder

Das „Vier-Prinzipien-Modell“, wie es auch bezeichnet wird, ist in folgende Bereiche unterteilt:

- *Respekt der Selbstbestimmung (Respect for Autonomy)*
- *Fürsorge (Beneficence)*
- *Nicht-Schaden (Non-Maleficence)*
- *Gerechtigkeit (Justice)*

Aus diesen Bereichen ergeben sich verschiedene Dilemmata. Prof. Schulz aus Bielefeld bezeichnet psychiatrisch Pflegende auf Akutstationen in der „Psychiatrischen Pflege Heute“ (04/2014) als „Frontworkers“, d. h. eine Berufsgruppe, die bei der Ausübung von Zwang sozusagen an vorderster Stelle anzutreffen ist. Das Dilemma beginnt häufig bereits an der Stationstür, wenn Menschen gegen ihren persönlichen Willen in die *Fürsorge* Professioneller gegeben werden. Als Vertreter der Institution „Psychiatrie“ erhalte ich freiheitsentziehende Maßnahmen möglicherweise zunächst aufrecht. Von der viel zitierten und zu Recht geforderten „Augenhöhe“ oder gar dem „Respekt der Selbstbestimmung“ kann zunächst kaum die Rede sein. Möglicherweise füge ich dem Menschen, der (unfreiwillig) in meine Obhut gegeben wird, sogar *Schaden* zu. Sein Auftrag an



mich lautet in solchen Akutsituationen eigentlich, dass er umgehend wieder gehen möchte, ich hindere ihn daran. Die „stillen“ Patienten auf der Station erhalten meines Erachtens nicht immer die gleiche Aufmerksamkeit und Pflege wie ihre „präsenten“ Mitpatienten. *Gerecht* ist dies nicht, weshalb die DGPPN auch empfiehlt, „Gesundheitsleistungen unter Beachtung der Ressourcen“ gerecht zu verteilen. Aus meiner „Anwaltschaft“ ergeben sich noch weitere Spannungsfelder. Teils verzweifelte direkte Bezugspersonen des Patienten haben den Anspruch an uns, dass wir als Psychiatrie rasch „Genesung“ herbeiführen. Nun stellen wir uns an die Seite des Patienten und fördern seine selbstbestimmte Lebensführung, die mitunter völlig konträr zu deren Vorstellungen aussieht. Unterschiedliche Ansichten, auch unter Kolleginnen und Kollegen, zur Unterstützung der Selbstbestimmung können darüber hinaus zu Spannungen im Behandlungsteam führen.

Mögliche Lösungsansätze

Wir werden aus vielen Dilemmasituationen keinen Ausweg finden. Diese etwas düstere Prognose sollte uns jedoch nicht daran hindern, uns immer wieder mutig für unseren Patienten einzusetzen und etwas mehr Vertrauen in sein für uns häufig nur schwer nachvollziehbares selbstbestimmtes Handeln zu haben, ohne natürlich rechtliche Aspekte außer Acht zu lassen. Wir sollten unser Gegenüber aufrichtig verstehen und von ihm lernen wollen, um ein Milieu zu kreieren, das von „Augenhöhe“, gegenseitiger Wertschätzung und dem Versuch der Entwicklung einer „gemeinsamen Sprache“ geprägt ist. Die direkten Bezugspersonen sollten, wenn es der Patient wünscht, so früh wie möglich in den Behandlungsprozess einbezogen werden, um gemeinschaftlich an Lösungsansätzen zu arbeiten. Wie dies funktionieren kann, zeigt das Praxisbeispiel „Weddinger Modell“ des St.-Hedwig-Krankenhauses in Berlin, das den trialogischen Gedanken - Betroffene, Angehörige und Professionelle gleichberechtigt zusammenzubringen - aufnimmt und konsequent in die psychiatrische Praxis umsetzt. Welche positiven Auswirkungen eine „offene Psychiatrie“ auf das Stationsmilieu haben kann, stellt Prof.

Dr. Undine Lang in zahlreichen Veröffentlichungen (z. B. Nervenarzt 2013) eindrucksvoll dar. Zwang sollte niemals unkommentiert bleiben; zum frühestmöglichen Zeitpunkt sollte die Situation als Chance für alle Beteiligten gesehen werden, „wohlütigen Zwang“ nachzubesprechen, um daraus zu lernen. Professionelle sollten sich fortlaufend die Zeit nehmen, eigenes Handeln miteinander zu reflektieren. Trialogisch erstellte Behandlungsvereinbarungen wie die sog. Bielefelder Behandlungsvereinbarung für eine mögliche Wiedereinweisung des Patienten nach Entlassung können in Akutsituationen für etwas mehr Klarheit im Umgang miteinander sorgen. Traditierte Strukturen, veraltete Stationsregeln müssen neuen, trialogisch erstellten Konzepten weichen. Wir sollten unsere Patienten und deren direkte Bezugspersonen fragen, was für sie als Betroffene, bzw. Experten in eigener Sache, hilfreich wäre. Während des gesamten Behandlungsprozesses ist es letztlich unabdingbar, fortlaufend eine Zielabgleichung mit dem Patienten durchzuführen, um festzustellen, ob ich durch meine „psychiatrische Verbildung“ Vorannahmen für mein Gegenüber treffe, oder ob ich tatsächlich noch „Anwalt meines Patienten“ bin.

Quellenverzeichnis auf S. 112



Markus Laaser

+
Fachkrankenschwester für Psychiatrie und Case-Manager
Universitätsklinikum Ulm, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie III
+
www.uniklinik-ulm.de/psychiatrie-und-psychotherapie-iii