

---

# Das Arzt-Patient-Verhältnis aus der Sicht der Psychiatrie

Hanfried Helmchen

Psychische Krankheit zeigt sich in einer Veränderung des Verhaltens und Erlebens eines Menschen. Sie betrifft damit seine Persönlichkeit, kann seine Selbstbestimmbarkeit beeinträchtigen. Der Erkrankte reagiert auf den Einbruch der Krankheit individuell sehr unterschiedlich. Dem entspricht der Psychiater im Umgang mit dem Kranken. Dieser Umgang hat sich in den letzten Dekaden in zweierlei Richtung erheblich gewandelt: zum einen ist der zentrale Bezugspunkt nicht mehr die in der Diagnose erfasste Krankheit, sondern die sein Kranksein bestimmende Individualität des Kranken; zum anderen hat die Leitidee der Selbstbestimmung im Konzept der Einwilligung nach Aufklärung, des „informed consent“, sehr stark an Bedeutung gewonnen.

Krankheitsbedingter Freiheitsverlust konfrontiert den Psychiater mit dem Problem der Übernahme von Verantwortung für den psychisch Kranken, u. a. auch mit dem Problem des Freiheitsentzuges. Solcher „Freiheitsentzug“, d. h. Entzug der äußeren Freiheit zum selbstbestimmten Handeln, ist zu verstehen als Schutz vor den Folgen krankheitsbedingten Verlustes der „inneren“ Freiheit, der Selbstbestimmbarkeit, der Autonomie. Dieser Verlust wird in abnormem, unverständlichem, sich selbst oder andere schädigendem Verhalten deutlich und ist insofern krankheitsbedingt, als sich der Betreffende aus inneren Gründen, eben der psychischen Krankheit, *nicht* anders verhalten kann (Helmchen 2006a).

Aufgabe des Psychiaters ist es, den Krankheitscharakter innerer Gründe, etwa einen Wahn oder einen depressiven Interessenverlust, und ihren Anteil am Gesamt der – durchaus auch noch gesunden – inneren Gründe, Motivationen und Antriebe des individuellen Patienten zu erkennen. Das ist bei starker Ausprägung qualitativ neuartiger Erlebnisse, besonders in akuten Zuständen, sicherer möglich als bei nur quantitativ abnorm ausgeprägten Veränderungen von auch dem Gesunden bekannten Gefühlen oder Gedanken. Denn Letztere sind oft schwerer zu erfassen, weil ihre Grenzen zum Normalen, insbesondere bei leichter Ausprägung, unscharf sind; um dem zu begegnen, hat man Schwellenwerte festgelegt. Solche aus praktischen Gründen notwendige Grenzziehung enthält somit etwas Willkürliches. Dieses willkürliche Moment in der Definition von „schon“ Krankheit an der Grenze zum „noch“ Normalen begründet ein ethisches Problem, wenn es um die Einstellung zu den Folgen der Definition geht. Es besteht darin, dass das medizinische Modell der Krankheit dem Kranken einerseits Schutz gibt: die Krankenversicherung übernimmt die Kosten und der Arzt die Verantwortung seiner Behandlung und Versorgung, sein abnormes Verhalten wird exkulpiert. Gleichzeitig kann es dem Kranken aber auch das Gefühl der Selbstverantwortung für sein Fehlverhalten, für die Bemühung um dessen Überwindung nehmen sowie ihn als psychisch krank – oft in der Konnotation von unheilbar, störend oder versagend – stigmatisieren (Gaebel 2004). Damit aber ist die Selbstbestimmbarkeit des psychisch Kranken, auch des ehemals Kranken, nicht mehr nur durch die als Krankheit aufgefassten inneren Gründe, sondern auch durch die Folgen der Krankenrolle – der Psychiater Asmus Finzen spricht von „zweiter Krankheit“ (zit. n. Fritze et al. 2005) – eingeschränkt. Denn wenn – von eindeutiger Krankheit, vom zweifelsfreien, vollständigen oder dauerhaften inneren Verlust der

Selbstbestimmbarkeit aus – die Grenze weit ins Normale gezogen wird, dann kann eine tatsächlich vorhandene Selbstbestimmbarkeit, Selbstverantwortung und soziale Freiheit abhanden kommen. Wird die Grenze jedoch sehr eng gezogen – bis hin zur Aufgabe des Krankheitsmodells –, dann wird dem Kranken und auch seinen Nächsten eine Verantwortung angelastet, die zu tragen er nicht imstande ist. Die psychiatrische Erfahrung lehrt zudem, dass auch innerhalb eines wie eng auch immer definierten Krankheitsbegriffes die Selbstverfügbarkeit individuell unterschiedlich eingeschränkt und kaum jemals vollständig und auf Dauer aufgehoben ist. Zur Verantwortung des Psychiaters gehört es deshalb, Art und Maß der Einschränkung von Selbstbestimmbarkeit bzw. von *noch* erhaltener Autonomie bei jedem seiner Patienten zutreffend zu erkennen. Aber er bewegt sich dabei zwischen Skylla und Charybdis: zieht er die Grenze zu weit, dann verstößt er gegen das Selbstbestimmungsrecht des Patienten, zieht er sie zu eng, verstößt er gegen die ethische Maxime des Arztes, alles zum Wohle des Kranken zu tun und Schaden von ihm abzuwenden. In jedem Fall kann eine falsche Grenzziehung dem Patienten schaden: So kann sich im erstgenannten Fall eine regressive Passivierung, ein Hospitalismus, im letztgenannten Fall eine Krankheitsprogression, eine Selbst- oder Fremdbelastung oder gar -gefährdung ergeben.

Ich möchte den Wandel im Verhältnis des Psychiaters zu seinem Patienten mit einer eigenen Erfahrung illustrieren: Vor 40 Jahren habe ich zu häufigen Rückfällen neigenden schizophrenen Kranken mehr oder weniger direktiv eine rezidivprophylaktische Depotmedikation verordnet, während ich in den letzten Jahren einem solchen Kranken, wenn er denn eine Depotbehandlung oder überhaupt eine rezidivprophylaktische Medikation ablehnte, deutlich begründete, warum ich die Behandlung für notwendig hielt, aber sie nicht gegen seinen Willen durchsetzen wolle – und

übrigens auch kaum könne; bei einem zu befürchtenden Rückfall könne er aber selbstverständlich wiederkommen. In dieser Weise habe ich manchen Patienten zwei-, dreimal in Behandlung seines Rückfalles gehabt, bis er sich zur – dann meist verlässlichen – rezidivprophylaktischen Dauermedikation entschließen konnte. Manchmal allerdings habe ich mich zweifelnd gefragt, ob der Gewinn des Vertrauens und die Stärkung der Selbstverantwortung des Patienten den Verlust des Patientenwohls durch die Krankheitsrückfälle ausreichend rechtfertige.

In solcher notwendigerweise breiten Zone des individuellen Ermessens zwischen den Normen des eindeutig Richtigen und des sicher Falschen muss der Arzt handeln. Dabei können Normen unter dem Zwang der aktuellen Situation, auch unter unreflektierten Motivationen, ja auch unter dem Einfluss eines ideologisch dominierten Zeitgeistes, zur inakzeptablen Orthodoxie gesteigert oder im Gefolge eines pluralistisch-unverbindlichen Zeitgeistes undeutlich werden und ihre Verbindlichkeit verlieren.

Auch dazu sei ein Beispiel angeführt, das nicht wie das vorige Beispiel den Einfluss fraglicher Selbstbestimmbarkeit auf das therapeutische Handeln des Arztes, sondern umgekehrt den Einfluss der Behandlung auf die Autonomie des Patienten beleuchtet: Vor 30 Jahren war unter Psychotherapeuten die Auffassung verbreitet, dass eine Psychotherapie kaum ethische Fragen aufwerfe, insbesondere sogenannte humanistische Therapien implizit als ethisch einwandfrei angesehen wurden, zumal sich ja der Patient aus freien Stücken in den Behandlungsprozess begeben und sich daraus jederzeit zurückziehen könne (Hoffmann 1978). Heute hingegen weiß man, dass die Therapieziele einer Psychotherapie, beispielsweise einer dynamisch orientierten Psychotherapie, die nicht nur auf Symptombeseitigung, sondern auf das symptomproduzierende Persönlichkeitsgefüge selbst zielt, auch vom Menschenbild des

Therapeuten beeinflusst werden. „Geht es“ – um eine Formulierung von Ritschl (1989) aufzugreifen – „um Anpassung, um optimale Adaptation an das soziale Umfeld, wie wenn der Sinn menschlichen Lebens in der Einordnung und Zuordnung zu anderen bestünde? Oder ist das Ziel maximale Entfaltung des Potentials des Patienten, so als lägen die Kriterien für ein gesundes Dasein einzig im einzelnen Menschen?“ Auch sind in den letzten Jahren die Schwierigkeiten der Aufklärung des Patienten vor solcher Psychotherapie deutlicher geworden, da Aufklärung Teil des therapeutischen Prozesses selbst ist und Wirkungen der Therapie wie etwa grundlegende Veränderungen von Partnerbeziehungen vielleicht vorher als unerwünschte Nebenwirkungen, nachher aber als Behandlungserfolg erlebt werden. Vor allem aber werden hohe Anforderungen an die Integrität des Therapeuten gestellt, um den Therapeuten gegen den Missbrauch der Abhängigkeit des Patienten von ihm zu feien. Gemeint ist hier keineswegs nur der sexuelle Missbrauch, sondern vor allem der narzisstische Missbrauch, unter dem Reimer (1991) alle Interaktionen und Beziehungskonstellationen zwischen Therapeut und Patient versteht, „die primär dem Wunsch des Therapeuten nach narzisstischer Gratifikation dienen und die die Entfaltung des ‚wahren Selbst‘ des Patienten verhindern oder zumindest erschweren“.

Diesen Wandel im Verhältnis zwischen Psychiater und psychisch Kranken möchte ich in zwei weiteren Beispielen noch etwas detaillierter beleuchten:

### *1. Krankheit versus Kranksein*

Die erfolgreiche Beherrschung der meisten akuten und früher oft tödlichen Krankheitsepisoden hat den Blick für chronische Krankheiten in der gesamten Medizin geöffnet,

geweitet und vertieft. Dies gilt auch in der Psychiatrie, obwohl langanhaltende Krankheiten von jeher ein zentrales Handlungsfeld der Psychiatrie sind, z. B. Residualzustände nach schizophrenen Krankheitsepisoden oder auch Krankheiten mit Neigung zu häufigen Rückfällen wie manche Depressionen. Aber zum einen konnte diesen Krankheiten mit Langzeitperspektive, deren Träger früher oft nur in Anstalten „verwahrt“ wurden, durch die Entwicklung pharmako- und soziotherapeutischer Verfahren in den letzten Jahrzehnten eine günstigere Prognose abgerungen werden, und zum anderen haben chronische Krankheitszustände wie teilremittierte, persistierende Residualzustände, z. B. Persönlichkeitsveränderungen nach Hirnschäden, und vor allem progrediente Krankheiten wie Demenzen erheblich zugenommen. Häufung und Vielfalt psychischer Krankheitszustände mit einer Dauerbelastung des weiteren Lebens der Kranken sowie heute schon mögliche Langzeitbehandlungen haben dazu geführt, dass nicht nur die Kranken Einstellungen zu ihrer Krankheit bzw. den durch die Krankheit bedingten Behinderungen finden müssen, sondern auch die Psychiater vertiefte sozialpsychologische Einsichten in das Kranksein dieser Kranken gewinnen konnten. Während der Kranke in der akuten, vor allem der Erst-Erkrankung den Einbruch der Krankheit als apersonales, unverstehbares, von außen kommendes Schicksal erlebt, setzt er sich bei längerer Dauer – und natürlich besonders, wenn die Erkrankung nicht oder nur unzureichend abklingt – mit seinem Zustand auseinander, sucht Antworten auf quälende Fragen nach dem Woher?, dem Wohin?, dem Warum? – und nach Schuld, eigener oder fremder. Aber auch seine sozialen Beziehungen verändern sich, Selbstwertzweifel oder Ängste lassen ihn sich aus sozialen Beziehungen zurückziehen, Freunde wenden sich ab von einem Menschen, den sie anders kannten, Arbeitgeber tun sich schwer, einen zwar begrenzt arbeitsfähigen, aber psy-

chisch Kranken (oder auch nur einen ehemals psychisch Kranken) einzustellen, Enttäuschung über unzureichende Behandlungsergebnisse oder auch über psychiatrische Einrichtungen lassen den Kranken resignieren oder auch mit Verhaltensweisen dagegen angehen, die ein Außenstehender als sonderbar oder befremdlich oder gar abstoßend erlebt. So legt sich allmählich eine Schicht von Erfahrungen, die der Kranke mit seiner Krankheit und ihren Folgen macht, über die Krankheit. Diese Erfahrungsschichten kann bei langem Krankheitsverlauf manchmal auch der kundige Psychiater nicht mehr bis zum eigentlichen Krankheitskern durchdringen. Aber sie machen das individuelle Kranksein des Kranken aus und der Psychiater muss sie und damit die ganze Persönlichkeit des Kranken mit seiner individuellen Geschichte in den Blick nehmen und bei seiner Behandlung berücksichtigen.

## *2. Freiwilligkeit versus Zwang*

Die Durchsetzung des Legal-Prinzips des „informed consent“, der Einwilligung nach Aufklärung, hat in den letzten Jahrzehnten dem Willen des Patienten eine herausragende Bedeutung verschafft. Ihre Anerkennung gerät jedoch – wie bereits eingangs bemerkt – gelegentlich mit dem uralten arztethischen Prinzip des Handelns zum Wohl bzw. im besten Interesse des Patienten in Konflikt. Verdeutlichen möchte ich dies am aktuell besonders virulenten Beispiel der Selbsttötung. Ein Mensch versucht zu sterben, und der herbeigerufene Psychiater versucht, ihn daran zu hindern, unter Umständen durch eine Zwangseinweisung. Menschen kämpfen für das Recht auf den Freitod als Ausdruck ihres Grundrechtes auf Selbstbestimmung. Psychiater argumentieren dagegen, dass die Motive eines aktuellen suizidalen Verhaltens nicht sofort erkannt wer-

den können und deshalb eine Handlung mit irreversiblen Folgen verhindert, also – juristisch gesprochen – „in dubio pro vita“ entschieden werden muss. Denn der Wille des Kranken kann im Falle psychischer Krankheit beeinträchtigt sein – noch in einer BGH-Entscheidung von 1954 wurde suizidalen Menschen der freie Wille abgesprochen – und er muss deshalb gegen sich selbst geschützt werden. Überdies wünschen in vielen Fällen suizidalen Verhaltens diese Menschen nicht wirklich oder zumindest nicht eindeutig zu sterben; die meisten verlieren ihre Suizidalität, nachdem sie einen Suizidversuch überlebt haben. Vor allem die Einweisung gegen den „natürlichen“, aber eben krankhaft beeinträchtigten Willen des Patienten in eine psychiatrische Klinik dient dem Schutz vor solch krankheitsbedingter Selbsttötung. Wenn der Richter bei der vorgeschriebenen Überprüfung der Einweisung diese krankhafte Beeinträchtigung der Selbstbestimmbarkeit nicht erkennen kann, wird er die Zwangseinweisung auch gegen das Votum des Psychiaters aufheben, der aus seiner rechtlichen Stellung als Garant für das Leben seines Patienten dessen suizidale Handlungen zu verhindern verpflichtet ist und die Entlassung als nicht dienlich für das Wohl des Patienten oder gar die Erhaltung seines Lebens ansieht. Aus dieser Garantenstellung des Arztes ergibt sich aber auch umgekehrt dann ein Dilemma, wenn die strikte Kontrolle des suizidalen Patienten höchststrichterlich (BGH 1977) gefordert wird. Denn sie widerspricht, vor allem bei anhaltender Suizidalität, der auf Stärkung der Selbstverantwortlichkeit zielenden liberalen Einstellung im therapeutischen Milieu heutiger psychiatrischer Krankenhäuser.

Nebenbei bemerkt sollte sich die Gesellschaft darüber Rechenschaft ablegen, was es für das psychiatrische Handeln bedeutet, wenn vom Psychiater verlangt wird, seinem Patienten mehr und mehr Eigenverantwortlichkeit zuzubilligen, und man ihn gleichzeitig dafür verurteilt, wenn



sich dies trotz aller Sorgfalt im Einzelfall als Irrtum herausstellt.

Heute nun hat der Umgang mit Todeswünschen von Menschen im Rahmen der aktuellen Euthanasie-Debatte eine neue Dimension erhalten. Der Psychiater wird dadurch mehrfach involviert: zum einen soll er als Konsiliarium prüfen, ob die Selbstbestimmbarkeit eines somatisch Schwerstkranken, der eine Hilfe zum Tode durch aktive Euthanasie, Tötung auf Verlangen oder Suizidbeihilfe wünscht, durch psychische Krankheit, vor allem eine Depression, verzerrt ist; zum anderen wird er, insbesondere bei dementiellen Krankheitsverläufen, den noch einwilligungsfähigen Patienten zu einer Vorausverfügung beraten oder auch bei einem nicht mehr einwilligungsfähigen Demenzkranken zu dessen vorausverfügbarem Verzicht auf eine lebenserhaltende Intervention, nicht zuletzt bei einer interkurrenten Sekundärerkrankung, Stellung nehmen müssen. Die intensive Diskussion der letzten Jahre hat zu diesen Problemen eine Fülle von differenzierten Argumenten erbracht (Helmchen et al., 2006, Lauter et al., 2006), auf die einzugehen hier nicht möglich ist.

Wie Sie schon bemerkt haben werden, hat die Selbstbestimmung und ihre Einschränkung durch psychische Krankheit eine zentrale Bedeutung für das Verhältnis zwischen dem Psychiater und seinem Patienten erlangt.

Als spezielles Beispiel sei erwähnt, dass in allen Neufassungen oder Revisionen von ethischen Richtlinien oder Empfehlungen zum Behandlungsabbruch oder -verzicht am Lebensende oder bei irreversibel schwerst Hirngeschädigten „das Selbstbestimmungsrecht des Patienten stärker hervorgehoben [wird] als in den jeweils vorangegangenen Fassungen“ (Bartels et al. 2005). Auch der BGH stärkt in seiner diesbezüglich jüngsten Entscheidung vom 8.6.2005 das Selbstbestimmungsrecht weiter (Bundesgerichtshof [BGH] 2005).

Jedoch habe ich hier nur den „inneren“ Wandel der Arzt-Patienten-Beziehung skizzieren können, nicht aber den zunehmenden negativen Einfluss äußerer Rahmenbedingungen wie Ökonomisierung, Bürokratisierung, Standardisierung (Helmchen 2006 b, 2005). Ich kann aber nicht schließen, ohne wenigstens meine Bewunderung für die große Zahl der Ärzte zum Ausdruck zu bringen, die tagtäglich die unerträgliche Zumutung zu bestehen suchen, vor die die zunehmende Divergenz zwischen dem Zeitbedarf und der Finanzierung ärztlicher Leistungen sie stellt. So werden – um nur ein Beispiel zu nennen – nach der gültigen Preisliste für ärztliche Leistungen, dem Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM), nicht mehr als 13 Minuten für eine neurologische und psychiatrische Erstuntersuchung oder zwei Minuten für einen Arztbrief oder eine Minute für eine Testung bei Demenzverdacht vergütet. Stellen Sie sich bitte vor, welchen Zeitbedarf Sie für erforderlich halten, damit der Arzt Ihnen als Patient berechtigten Ansprüchen auf angemessene Information gerecht werden kann.

### *Literatur*

- Bartels, S. / Parker, M. / Hope, T. / Reiter-Theil, S. (2005):* Wie hilfreich sind „ethische Richtlinien“ am Einzelfall? *Ethik Med* 46 Bundesgerichtshof (BGH). XII ZR 177/03 v. 8.6.2005.
- Fritze, J. / Hohagen, F. / Hippus, H. (2005):* Entwurf des Antidiskriminierungsgesetzes. *Nervenarzt* 76 (5) 653.
- Gaebel, W. (2004):* Programm zur Entstigmatisierung seelischer Erkrankungen. <http://www.npin.de/npin/npinaktuell/show.php?id=12&nodeid=4>.
- Helmchen, H. (2005):* Das Arzt-Patienten-Verhältnis: Zwischen Individualisierung und Standardisierung. *DÄ* 102 (13): C 700; Langfassung: *Deutsches Ärzteblatt online*, 01.04.2005, [www.aerzteblatt.de/aufsaeetze/0503](http://www.aerzteblatt.de/aufsaeetze/0503).
- Helmchen, H. (2006a):* Zum Krankheitsbegriff in der Psychiatrie. *Nervenarzt* 3.
- Helmchen, H. (2006b):* Ökonomische Determinanten ärztlichen

- Handelns. In: Schneider, W., Sass, H. (Hrsg.): *Entwicklungen der Psychiatrie*. Springer, Berlin – Heidelberg – New York, S. 93–105.
- Helmchen, H. / Kanowski, S. / Lauter, H. / Neumann, E. M. (2006): *Ethik in der Altersmedizin*. Bd. 22. In: Tesch-Römer, C. / Wahl, H. W. / Weyerer, S. / Zank, S. (Hrsg.): „Grundriss Gerontologie“. Kohlhammer, Stuttgart.
- Hoffmann, S. O. (1978): *Probleme der wissenschaftlichen Prüfung von Psychotherapie unter besonderer Berücksichtigung ethischer Fragen*. In: Helmchen, H. / Müller-Oerlinghausen, B. (Hrsg.): *Psychiatrische Therapieforschung. Ethische und juristische Probleme*. Springer, Berlin – Heidelberg – New York, S. 41–50.
- Lauter, H. / Helmchen, H. (2006): *Vorausverfügter Behandlungsverzicht bei Verlust der Selbstbestimmbarkeit infolge persistierender Hirnerkrankung. Versuch einer psychiatrischen Stellungnahme*. Nervenarzt e-pub July.
- Reimer, C. (1991): *Ethik der Psychotherapie*. In: Pöldinger, W. / Wagner, W. (Hrsg.): *Ethik in der Psychiatrie – Wertebegründung, Wertedurchsetzung*. Springer, Berlin – Heidelberg – New York, S. 127–147.
- Ritschl, D. (1989): *Psychiatrie*. In: Eser, A. / v. Lutterotti, M., Sporken, P. (Hrsg.): *Lexikon: Medizin – Recht – Ethik*. Herder. Freiburg – Basel – Wien, S. 842–846.