

1. Einleitung

Als Behandlungsvereinbarungen werden schriftliche Vereinbarungen zwischen einer psychiatrischen Klinik und ihren Patientinnen und Patienten bezeichnet, die sich auf die Modalitäten eventuell erfolgender künftiger Behandlungen beziehen (Dietz et al. 1998). Behandlungsvereinbarungen werden von beiden Seiten als verbindlich anerkannt. Im Gegensatz zu Patientenverfügungen werden sie von Patientinnen und Patienten und Mitarbeitenden gemeinsam ausgehandelt (Kühlmeyer & Borbé 2015). Wenn sie entsprechende formale Voraussetzungen erfüllen, insbesondere schriftlich niedergelegt und im einwilligungsfähigen Zustand verfasst wurden, können sie den Rang einer Patientenverfügung haben, welche seit September 2009 rechtlich verbindlich ist. Die Zusammenfassung der wichtigsten Inhalte in einem „Krisenpass“ für Notfälle, den der Patient immer bei sich trägt, ist möglich (Borbé 2016). Aus der Sicht der Betroffenen kommt der Aussicht, bei künftigen Kontakten mit dem psychiatrischen Versorgungssystem als verantwortlicher Partner ernst genommen zu werden, die höchste Bedeutung zu.

Behandlungsvereinbarungen zielen ab auf die Mitbestimmung der Patienten bei therapeutischen Maßnahmen, besonders in Krisenzeiten, in denen der Patient seinen Willen nicht immer adäquat äußern kann. In Erfahrungsberichten wird die Überzeugung geäußert, dass psychisch erkrankte Menschen nach Abschluss einer Behandlungsvereinbarung früher in die Klinik kommen, dass auf Zwangsmaßnahmen häufiger verzichtet werden kann und dass eine Entlassung früher möglich ist (Khazaal et al. 2014). In der Praxis sind in Deutschland verschiedene relativ ähnliche Standardversionen in Verwendung.

2. Zielsetzung und Nutzen

Ein wesentliches Ziel von Behandlungsvereinbarungen ist es, die Umstände eventueller künftiger psychiatrischer Behandlungen aus Sicht der Patientinnen und Patienten transparent und berechenbar zu machen. Weitere Ziele sind:

- Behandlungsvereinbarungen im Zentrum für Seelische Gesundheit etablieren
- Qualitätssteigerung und Imageverbesserung durch im Vorfeld vereinbarte Akutbehandlung
- Reduktion von Zwangsmaßnahmen
- Individuelle, mit dem Patienten vereinbarte therapeutische Maßnahmen

In einer randomisierten kontrollierten Studie konnte gezeigt werden, dass sowohl die Zahl der Zwangseinweisungen als auch die der Zwangsbehandlungen sich bei der Experimentalgruppe, die eine Behandlungsvereinbarung abgeschlossen hatte, gegenüber der Kontrollgruppe halbierte (Henderson et al. 2004). In einer weiteren prospektiven Studie zeigte sich eine Reduktion der Zwangsmaßnahmen in der Gruppe mit Behandlungsvereinbarungen (Swanson et al. 2008).

In einer retrospektiven Studie konnten die Aufnahmen, die Zwangseinweisungen und die Dauer der Krankenhausaufenthalte durch Behandlungsvereinbarungen reduziert werden (Khazaal et al. 2009). Dies wurde aber von einem neueren großen multizentrischen RCT nicht bestätigt, bei welchem sich die Gruppe mit Behandlungsvereinbarung von der Kontrollgruppe lediglich dadurch unterschied, dass die therapeutische Beziehung als besser eingeschätzt wurde. Die Anzahl der Notaufnahmen und der Aufnahmen insgesamt blieb unverändert, ebenso wie die Dauer der Krankenhausbehandlungen und das Ausmaß des wahrgenommenen Zwangs (Thornicroft et al. 2013). Allerdings räumen die Autorinnen und Autoren ein, dass die Intervention in etlichen Zentren mangelhaft umgesetzt worden war.

Im deutschen Sprachraum wurde in Österreich eine Studie mit Prä-Post-Vergleich mit kleiner Fallzahl publiziert (Rittmannsberger et al. 2006), die eine statistische signifikante Reduktion sowohl der freiwilligen als auch der unfreiwilligen Aufnahmen nach Abschluss einer Behandlungsvereinbarung zeigte. Im Kanton Zürich ist die Verwendung von Krisenkarten Teil eines Präventionsprogramms zur Verhinderung von Zwangseinweisungen. Die Krisenkarten werden in mehrstündigen Sitzungen mit ausführlicher Beratung von den psychisch erkrankten Menschen selbst verfasst. Es zeigte sich, dass Menschen mit einer Vorgeschichte von Zwangseinweisungen eine hohe Bereitschaft hatten, derartige Krisenkarten zu verfassen (Drack-Schönenberger et al. 2016). Eine Evaluation bezüglich der Reduktion von Zwangseinweisungen steht noch aus. Aus Deutschland liegt bisher leider keine empirische Forschung zur Wirksamkeit von Behandlungsvereinbarungen oder vergleichbaren Instrumenten auf die Verhinderung von Zwangseinweisungen oder anderen Zwangsmaßnahmen vor.

S3-Leitlinie „Verhinderung von Zwang: Prävention und Therapie aggressiven Verhaltens bei Erwachsenen“

Empfehlungsgrad A, Evidenzgrad 2 (inkonsistente Ergebnisse)

Behandlungsvereinbarungen oder deren Varianten wie Krisenkarten sind geeignet, die vertrauensvolle Zusammenarbeit zwischen Behandelnden und psychisch erkrankten Menschen zu verbessern. Zwangsmaßnahmen im Kontext von Wiederaufnahmen können dadurch möglicherweise verhindert, verkürzt oder erträglicher gestaltet werden. Der Abschluss einer Behandlungsvereinbarung soll psychisch erkrankten Menschen mit Zwangsmaßnahmen in der Vorgeschichte aktiv angeboten werden. Begründung für Empfehlungsstärke trotz inkonsistenter Evidenz und fehlender Wirksamkeitsnachweise in Deutschland: hoher Expertenkonsens starke Präferenz der Patientinnen und Patienten. (Henderson et al. 2004, Swanson et al. 2008, Papageorgiou et al. 2002, Khazaal et al. 2009, Thornicroft et al. 2013, Ruchlewska et al. 2014)

Konsens 94 % Zustimmung in der Onlineabstimmung

Expertenkonsens

Behandlungsvereinbarungen sollten eine Verpflichtungserklärung seitens der Klinik enthalten und beinhalten typischerweise Absprachen zu folgenden Gesichtspunkten: Einschaltung einer externen Vertrauensperson, Informationsweitergabe, zuständige Station und dort bekannte Vertrauenspersonen, hilfreiche/nicht gewünschte Medikamente, Deeskalationsmaßnahmen vor Zwangsmaßnahmen, ggf. Festlegung der subjektiv am wenigsten belastenden Form von Zwangsmaßnahmen, Regelung familiärer und sozialer Angelegenheiten.

Konsens 89 % Zustimmung in der Onlineabstimmung

3. Anwendungshinweise

Auswahl der Patienten

Grundsätzlich kann jedem Patienten mit einer psychischen Erkrankung eine Behandlungsvereinbarung angeboten werden. Allerdings besteht kein Konsens darüber, ob man dies aktiv oder passiv tun, d. h. wie viel Eigeninitiative der Patient aufbringen sollte. Es bietet sich an, infrage kommende Patienten während des stationären Aufenthaltes über die Möglichkeit einer Behandlungsvereinbarung aufzuklären.

Aufklärung und Verhandlung

Es ist wichtig, den Patienten genau über die Möglichkeiten, aber auch die Grenzen, einer Behandlungsvereinbarung zu informieren. Angesichts der anstehenden Verhandlung sollte deutlich darauf hingewiesen werden, dass sich die Verhandlungsmöglichkeiten der Klinik in einem gewissen Rahmen bewegen. Im Detail unterscheiden sich diese in verschiedene Kliniken u. a. durch bauliche und personelle Gegebenheiten oder den jeweils eigenen Stil im Umgang mit Patienten, der sich z. B. in Stationsregeln niederschlägt. Jede Klinik sollte dementsprechend eine eigene Behandlungsvereinbarung konzipieren. Zum Zeitpunkt der Verhandlung sollte der Patient in einer stabilen Phase sein und seinen Willen frei formulieren können.

Bei dem Verhandlungsgespräch sollten mindestens der Patient und der behandelnde Arzt sowie möglichst der für die Station zuständige Oberarzt und eine Pflegekraft anwesend sein. Auch die Anwesenheit einer außenstehenden Vertrauensperson des Patienten, z. B. aus einer Selbsthilfegruppe, ist möglich und vielfach sogar erwünscht. Um Abstand und innere Distanz zu dem stationären Aufenthalt zu bekommen, wird in vielen Kliniken das Verhandlungsgespräch einige Wochen nach dem Ende der Krankenhausbehandlung durchgeführt. In anderen Häusern erfolgt es während des Aufenthaltes, nahe an der Entlassung, und wird durch ein nachstationäres Treffen nochmals bestätigt. Auch nach Abschluss muss es dem Patienten jederzeit möglich sein, getroffene Vereinbarungen ändern zu können oder zu widerrufen. Seitens der Klinik kommt dies seltener vor, ist aber ebenfalls möglich.

Inhalte der Behandlungsvereinbarung

In den meisten vorliegenden Behandlungsvereinbarungen können Bezugspersonen benannt werden sowie Aufnahmemodalitäten, Medikation, Krisensituationen und eventuell erforderlich werdende Zwangsmaßnahmen geregelt werden. Konkret festgelegt werden zum Beispiel Präferenzen des Patienten bezüglich Hospitalisierung, Elektrokrampftherapie, Psychopharmakotherapie und Zwangsmaßnahmen, was letztlich zu einer Einschränkung der therapeutischen Möglichkeiten führt. Daher sollten auch Alternativen zu abgelehnten Verfahren oder Medikamenten niedergelegt werden, z. B. hinsichtlich Deeskalation.

Abschluss und Geltungsbereich

Der Abschluss erfolgt meist durch Unterschrift aller bei der Verhandlung Anwesenden. In einigen Kliniken unterzeichnet auch der Ärztliche Direktor bzw. leitende Arzt sowie auf Wunsch auch eine

außenstehende Vertrauensperson des Patienten. Der Geltungsbereich ist immer die Klinik, die die Vereinbarung abschließt. In Ballungsräumen ist es sinnvoll, mehrere Kliniken zusammenzufassen, die im Falle einer akuten Krise als aufnehmende Kliniken infrage kommen. Dies erfordert natürlich einen größeren Aufwand, sowohl hinsichtlich des Verhandlungsgespräches als auch der Hinterlegung der Behandlungsvereinbarung. Essenziell ist, dass die Behandlungsvereinbarung jederzeit, z. B. für den Arzt vom Dienst, zur Verfügung steht. Das heißt, es sollte eine elektronische Lösung geben, aus der hervorgeht, welcher Patient eine Behandlungsvereinbarung abgeschlossen hat und wo diese hinterlegt ist. Die Vereinbarung ist für beide Seiten bindend, wenngleich sie rechtlich nicht einklagbar ist. Um die Verbindlichkeit zu erhöhen, darf in vielen Kliniken nur nach fachärztlicher Entscheidung entgegen dieser Behandlungsvereinbarung gehandelt werden, aber auch dann sollte dies die Ausnahme sein.

4. Notwendige institutionelle Rahmenbedingungen und Ressourcen

- Unterstützung bei der Einführung durch die Zentrumsleitung
- Akzeptanz der Behandlungsvereinbarung → Infos an alle Chef- und Oberärzte → Vorstellung in der Zentrumssitzung
- Implementierung in den Fachkliniken
- Mitwirkung bei der Analyse von unerwünschten Ereignissen und Initiierung von Verbesserungen
- Mitwirkung bei Erstellung und Überarbeitung/Aktualisierung nach aktuellen Erkenntnissen

5. Behandlungsvereinbarung im Zentrum für Seelische Gesundheit

Für das Zentrum für Seelische Gesundheit wurde eine Dokumentenvorlage für die Behandlungsvereinbarung erarbeitet. Diese ist elektronisch im Handbuch abgelegt und befindet sich auch in der Anlage dieses Konzeptpapiers.

6. Implementierung und Umsetzung

Ausweitung der Behandlungsvereinbarung auf alle Fachkliniken im ZSG:

- Info an alle Chef- und Oberärzte
- Info in der Stationsleitungsbesprechung
- Schulungen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in den Teamsitzungen
- Information für Patienten und Angehörige über die Möglichkeit von Behandlungsvereinbarungen im Klinikum Stuttgart, Zentrum für Seelische Gesundheit (Flyer)
- Fortlaufende Evaluation und ggfs. Überarbeitung

7. Literatur

Borbé R (2016): Behandlungsvereinbarungen, Vorsorgevollmachten und Patientenverfügungen. In: Zinkler M, Laupichler K, Osterfeld M (Hg.): Prävention von Zwangsmaßnahmen. Köln: Psychiatrie Verlag, S. 198 – 208.

Borbé, R.; Jaeger, S.; Borbé, S.; Steinert, T. (2012): Anwendung psychiatrischer Behandlungsvereinbarungen in Deutschland. In: *Der Nervenarzt* 83 (5), S. 638 – 643.

Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e. V. (DGPPN): S3-Leitlinie „Verhinderung von Zwang: Prävention und Therapie aggressiven Verhaltens bei Erwachsenen“ verfügbar unter: https://www.dgppn.de/_Resources/Persistent/154528053e2d1464d9788c0b2d298ee4a9d1cca3/S3%20LL%20Verhinderung%20von%20Zwang%20LANG%20BLITERATUR%20FINAL%2010.9.2018.pdf zuletzt geprüft am: 07.11.2018.

Dietz, Angelika (1998): Behandlungsvereinbarungen: vertrauensbildende Maßnahmen in der Akutpsychiatrie: Psychiatrie - Verlag.

Drack-Schönenberger, Thekla; Bleiker, Marco; Lengler, Silke; Blank, Christina; Rössler, Wulf; Lay, Barbara (2016): Krisenkarten zur Prävention von Zwangseinweisungen. In: *Psychiatrische Praxis* 43 (05), S. 253 – 259.

Henderson, Claire; Flood, Chris; Leese, Morven; Thornicroft, Graham; Sutherby, Kim; Szmukler, George (2004): Effect of joint crisis plans on use of compulsory treatment in psychiatry: single blind randomised controlled trial. In: *BMJ (Clinical research ed.)* 329 (7458), S. 136. DOI: 10.1136/bmj.38155.585046.63.

Khazaal, Yasser; Chatton, Anne; Pasandin, Natalia; Zullino, Daniele; Preisig, Martin (2009): Advance directives based on cognitive therapy: a way to overcome coercion related problems. In: *Patient education and counseling* 74 (1), S. 35 – 38. DOI: 10.1016/j.pec.2008.08.006.

Khazaal, Yasser; Manghi, Rita; Delahaye, Marie; Machado, Ariella; Penzenstadler, Louise; Molodynski, Andrew (2014): Psychiatric advance directives, a possible way to overcome coercion and promote empowerment. In: *Frontiers in public health* 2, S. 37.

Rittmannsberger, Hans; Lindner, H. (2006): Erste Erfahrungen mit dem Angebot einer Behandlungsvereinbarung. In: *Psychiatrische Praxis* 33, S. 95 – 98.

Ruchlewska, Asia; Wierdsma, Andre I.; Kamperman, Astrid M.; van der Gaag, Mark; Smulders, Renee; Roosenschoon, Bert-Jan; Mulder, Cornelis L. (2014): Effect of crisis plans on admissions and emergency visits: a randomized controlled trial. In: *PloS one* 9 (3), e91882. DOI: 10.1371/journal.pone.0091882.

Swanson, Jeffrey W.; Swartz, Marvin S.; Elbogen, Eric B.; van Dorn, Richard A.; Wagner, H. Ryan; Moser, Lorna A. et al. (2008): Psychiatric advance directives and reduction of coercive crisis interventions. In: *Journal of mental health (Abingdon, England)* 17 (3), S. 255 – 267. DOI: 10.1080/09638230802052195.

Thornicroft, Graham; Farrelly, Simone; Szmukler, George; Birchwood, Max; Waheed, Waquas; Flach, Clare et al. (2013): Clinical outcomes of Joint Crisis Plans to reduce compulsory treatment for people with psychosis: a randomised controlled trial. In: *Lancet (London, England)* 381 (9878), S. 1634 – 1641. DOI: 10.1016/S0140-6736(13)60105-1.

8. Anhang



Behandlungsvereinbarung ZSG.pdf