

Impulsreferat Maia Steinert:

Rechtliche Rahmenbedingungen des Absetzens von Psychopharmaka

Ob das Absetzen von Medikamenten medizinisch geboten ist, hängt von der Definition des medizinischen Standards ab.

Nach der Rechtsprechung des BGH ist es entscheidend, ob das ärztliche Handeln objektiv dem medizinischen Standard des entsprechenden Fachgebietes entspricht. Standard besteht aus

dem jeweiligen Stand der naturwissenschaftlichen Erkenntnis

und

der ärztlichen Erfahrung, der sich in der praktischen Erprobung bewährt hat und dessen Einsatz zur Erreichung des ärztlichen Behandlungsziels erforderlich ist, Hart MedR 1998, 8; BGH NJW 1999, 1778.

Richtlinien der Bundesärztekammer und Leitlinien können den Erkenntnisstand der medizinischen Wissenschaft grundsätzlich nur deklaratorisch wiedergeben, OLG Hamm NJW 200, 1801; VersR 2002, 857; 2004, 517. Die vom Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen erstellten Richtlinien geben allerdings den ärztlichen Standard wieder und dürfen nicht unterschritten werden. Diese Richtlinien gelten als ärztlicher Standard und haben normkonkretisierende Funktion, da sie für die Leistungserbringer verbindlich sind, KG NJW 2004, 691.



Maia Steinert referiert über juristische Aspekte © Reinhard Wojke

Vorliegend geht es um den Bereich der Neurologie und/ oder Psychiatrie. Es existieren diverse Leitlinien der AWMF aus dem Jahre 2005, die heute überholt und daher nicht mehr maßgeblich sind. Es existieren aber anderweitige Fachartikel, die dem Stand der AWMF - Leitlinien z.B. bei Depression und Schizophrenie eindeutig der medikamentösen Therapie als Standard-Behandlung ansehen. Erst wenn diese nicht anspricht, dann sollte bei „Behandlungsresistenz“ / „Therapieresistenz“ die kognitive Verhaltenstherapie angewendet werden.

Der medizinische Standard bei der Verabreichung von Antidepressiva bzw.

Neuroleptika ist sehr schwammig, sodass die Subsumtion eines Sachverhaltes/ einer Krankheit unter den medizinischen Standard sehr schwer wenn nicht gar unmöglich ist.

Die Leitlinien sehen vor:

Medikamente 6 bis 8 Wochen als Akut-Therapie

1 Jahr als Langzeittherapie

Keine Höchstdosierungen wegen EPS-Gefahr, dennoch wird dies temporär nicht als Behandlungsfehler deklariert.

Konventionelle Antidepressiva 300 bis 1000 mg.

Es wird nur bei Benzodiazepane ein Abhängigkeitspotential gesehen.

Doch nicht nur bei psychischen Erkrankungen auch bei Entzug werden Neuroleptika eingesetzt.

D.h., wenn man sich in einem Rechtsstreit gegen die Verabreichung von Neuroleptika wendet, dann reicht es beispielsweise nicht aus, beweisen zu können, dass eine Schizophrenie nicht vorlag, zum Beispiel keine Stimmen gehört werden, weil keine Stimmen hören heißt nicht, keine Schizophrenie zu haben und keine Schizophrenie zu haben, heißt nicht, ein Neuroleptika nicht verabreichen zu dürfen.

Eine Behandlung mit Antidepressiva/ Neuroleptika ist kaum als fehlerhaft oder gar grob fehlerhaft einzustufen. Es gibt ganz wenige Fälle, bei denen z.B. ein posttraumatisches Belastungssyndrom fehlerhaft als Schizophrenie eingestuft wurde und Neuroleptika regelrecht kontraindiziert waren.

Es ist daher auch schwer, eine juristische Kausalkette zwischen Beschwerden und Verabreichung von Neuroleptika zu bilden, denn die Nebenwirkungen werden in das Verhältnis zu den Folgen der Grunderkrankung gesetzt und der Leidensdruck als Berechtigung zur Verabreichung gesehen, der auch durch den anderslautenden geäußerten Willen mit der mangelnden Krankheitseinsicht ausgehebelt wird.

Der vom Patienten geäußerte Wille hat infolge der psychischen Erkrankung kaum bis keine Relevanz.

In der Regel bedeutet auch für Ärzte, so wird dies kommuniziert, die Verweigerung, Medikamente zu nehmen, ein Signal, dass sich ein akuter Krankheitsschub abzeichnet. Teilweise wird den Patienten auch damit gedroht und Angst gemacht, dass, wenn sie ein Medikament absetzen, das Damoklesschwert der geschlossenen Abteilung und der amtsgerichtlichen Unterbringungsbeschlüsse droht.

Angehörige und Betreuer, die sich für das Absetzen oder Nichteinnehmen von Psychopharmaka einsetzen, werden oft durch entsprechende Gerichtsbeschlüsse, die allein auf ärztlichen Kurzattesten beruhen, ausgeschaltet. Der Patient erlebt also den Arzt als stark und mächtig und Personen, die auf seiner Seite sind, als schwach. Gerade Jugendliche tendieren dann dazu, eine devote Haltung einzunehmen und alles zu tun, was der Arzt sagt.

Sie akzeptieren auch Überdosen. Sie halten sich selbst für so krank, dass sie die „bittere Pille“ schlucken müssen..

Die Behandlung psychisch Kranker ist also geprägt durch eine hohe Machtstellung des Arztes, dessen Handeln kaum justiziabel ist.

Daher halte ich es für viel wichtiger, im Vorfeld Vorkehrungen zu treffen.

Den Arzt seines Vertrauens zu wählen

Eine Patientenverfügung zu installieren

Ein Betreuungstestament aufzusetzen

Und dort die Klinik zu benennen, die man im Falle eines akuten Schubes aufsuchen möchte und ein Helfer Team um sich herum zu installieren, so dass der gerichtliche Weg gar nicht erst von den Ärzten eingeschlagen werden kann.

Anders als teilweise in der Literatur zu lesen ist, bin ich der Meinung, dass man keinen Arzt zu einer Therapie zwingen kann, zu der er nicht steht. Man kann dies vergleichen mit der Rechtsprechung zur Abtreibung. Ärzte dürfen abtreiben unter bestimmten Voraussetzungen, wenn dies aber gegen ihren Glauben oder gegen ihren Willen ist, kann man sie nicht zwingen. Man muss dann einen anderen Arzt aufsuchen.

Daher sieht sich ein Arzt auch keiner Sanktionen ausgesetzt, der eventuell trotz Vorliegen von Symptomen der Nebenwirkung, die auf die Ausbildung von Langzeitschäden hinweisen, keine Maßnahmen zum Absetzen einleitet. Denn eine Abwägung der Folgeschäden der Chronifizierung einer Erkrankung zu den Langzeitschäden eines Medikamentes wird immer zu Gunsten des Medikamentes vorgenommen.

Es wird argumentiert, dass wenn das Medikament nicht abgesetzt wird, man die Krankheit in den Griff bekommt und den Leidensdruck senkt und die Lebensqualität erhöht. Würde man die Medikamente absetzen, wäre die Folge weitaus schlimmer. Die Nebenwirkungen der Neuroleptika werden in jedem Fall als geringer eingestuft als die Krankheit selbst, die man damit bezwingen kann.

Aus diesem Grunde ist auch die Aufklärung eines Arztes über die Einnahme von Neuroleptika sehr gering. Auch insoweit wird davon ausgegangen, dass die Nebenwirkungen von Neuroleptika in jedem Falle den Folgen des Ausbruches und der Gefahr der Chronifizierung einer psychischen Erkrankung untergeordnet sind. Es wird immer mit der Chronifizierung einer psychischen Erkrankung argumentiert, die man angeblich mit Neuroleptika in den Griff bekommen kann.

Hier wäre es sicher interessant, medizinische Studien vorzulegen, ob diese medizinisch konstruierte Kausalkette wirklich stimmt.

Schadet ein Schub ohne Neuroleptika wirklich dem Patienten und führt zu Langzeitschäden?

Vielmehr geht es wohl vorrangig darum, die Unruhe, die Angstzustände, die Depression so weit zu drosseln, dass man integriert oder zumindest unauffällig leben kann.

Zittern, Konzentrationsschwäche, Gefühllosigkeit der Hautnerven und des Gemüts, abgestumpft sein, teilweise auch Blutbildveränderungen, Sehstörungen und Übergewicht werden in Kauf genommen, wenn derjenige dadurch „gesellschaftsfähig“ wird. Die Krankheit in den Griff zu bekommen heißt, die Person gesellschaftsfähig zu machen. Man glaubt, dass der Leidensdruck des Patienten dem entspreche. Das Einverständnis eines Patienten in die lebenslange Einnahme von Neuroleptika liegt für meine Begriffe nicht im eigenen Leid wegen der Erkrankung. Vielmehr wird eine andere Hilfe, Behandlungsalternativen gar nicht angeboten und hat der Patient einfach Angst vor der Reaktion der Umwelt auf seine Erkrankung.

Diese Angst lässt ihn, da offensichtlich alternativlos, zu Neuroleptika greifen.

Da sowieso die Ärzte davon ausgehen, dass man Neuroleptika ein Leben lang nehmen muss, ist die Frage der Abhängigkeit, ob nun psychisch und körperlich definiert, völlig nachrangig und irrelevant. Dies wird auch in Entscheidungen oder im Gutachten nie thematisiert.

Die Wesensveränderung, die Persönlichkeitsveränderung, der Persönlichkeitsverlust – all das wird nicht thematisiert, weil den kranken Patienten unterstellt wird, dass sie erst einmal ruhig werden wollen und alles andere nachrangig ist.

Dabei wird „vergessen“, dass man möglicherweise auch durch andere Maßnahmen zur Ruhe kommen kann.

Sowohl ein Patient als auch ein Arzt dürfen eine Therapie abbrechen. Kein Arzt wird gezwungen, eine Behandlung durchzuführen. Ärztliche Leistung ist keine Auftragsleistung. Man muss dann einen Arzt suchen, der auf seiner Seite ist und dies sollte man im Vorfeld schon machen für den Fall eines Schubes. Das ist für meine Begriffe das Wesentliche.

Absetzen ohne ärztliche Hilfe ist nur dann zulässig, wenn der Patient selbst das Zepter in der Hand hält und der Verantwortliche und Entscheidungsträger ist.

Wird das Absetzen unterstützt, müssen flankierende Maßnahmen ergriffen werden, d.h. einen geschützten Raum für den Patienten zur Verfügung gestellt werden. Nichts wäre schlimmer, als dass durch das plötzliche oder langsame Absetzen von Psychopharmaka die Person zu Schaden kommt.

Dies wäre justiziabel.

Was die Position der Helfer anbelangt, d.h. nicht medizinische Helfer, so können diese natürlich nicht die Dosis bestimmen, sondern haben auch wiederum die Aufgabe, einen Arzt des Vertrauens hinzuzuziehen. Die langsam reduzierende Dosis muss medizinisch akzeptiert werden oder vom Patienten in Eigenregie durchgeführt werden. Teilweise muss das Blutbild untersucht werden. Deshalb würde ich in der Regel davon abraten, ein Ausschleichen ohne medizinische Rückendeckung vorzunehmen. Das Ausschleichen gilt nämlich als medizinische Behandlung, die nur den Ärzten vorbehalten ist.

Möge die Übung gelingen!