psychopraxis. neuropraxis 2023 · 26:108–115
https://doi.org/10.1007/s00739-023-00894-0
Angenommen: 30. Januar 2023
Online publiziert: 3. März 2023
© Der/die Autor(en) 2023

Florian Dunkel[1,2,3]

[1] VertretungsNetz Patientenanwaltschaft, Universitätsklinikum Tulln, Tulln, Österreich
[2] Institut für Europarecht, Internationales Recht und Rechtsvergleichung, Universität Wien, Wien, Österreich
[3] Psychotherapeut (Psychodrama) und Mediator in freier Praxis, Wien, Österreich

Patientenanwaltschaft und Psychiatrie

Therapeutisches Potenzial der Rollengestaltung

Einleitung

In einer Studie des Instituts für Rechts- und Kriminalsoziologie (IRKS) aus dem Jahr 2019 [1] werden unter anderem Kommunikation und Kooperation zwischen den relevanten Akteur:innen des Unterbringungsrechts untersucht. Es wird festgestellt, dass die Zusammenarbeit zwischen Psychiatrie und Patientenanwaltschaft zwar mittlerweile von „pragmatischer Akzeptanz" geprägt, aber nach wie vor nicht ganz „friktionsfrei" sei. Etwa ein Fünftel der befragten Ärzt:innen gibt in der Untersuchung an, dass aus ihrer Sicht das Verhältnis zu Patientenanwält:innen „gar nicht gut" oder „weniger gut" sei. Diese „atmosphärische Schieflage" wird in der Studie unter anderem darauf zurückgeführt, dass primärer Adressat der gesetzlich vorgesehenen, hinterfragenden Haltung der Patientenanwaltschaft zwar nicht der behandelnde, sondern der zwangsausübende Rollenanteil der Psychiatrie ist. Da aber die Trennung zwischen diesen beiden den Doppelcharakter der Psychiatrie ausmachenden Anteilen nicht immer einfach vollziehbar ist, bleibt die interprofessionelle Begegnung herausfordernd.

Die wesentlichen Ergebnisse und Empfehlungen der Untersuchung wurden maßgeblich bei der Unterbringungsgesetz(UbG)-Novelle 2022 berücksichtigt und haben auch Erwähnung in den erläuternden Gesetzesbemerkungen gefunden, die für die Auslegung der am 01.07.2023 in Kraft tretenden UbG-Fassung relevant sind. Eine dieser Empfehlungen lautet, dass die Berufsgruppen über den „eigenen Tellerrand" blicken und sich um ein Verständnis für die Rolle(n) der anderen Professionen bemühen sollen. Ein solches Bemühen erscheint angesichts des in der IRKS-Studie verdeutlichten Spielraumes bei der Rollengestaltung mit den daraus resultierenden wechselseitigen Dynamiken sowie aufgrund der damit verbundenen Erfahrungen von Patient:innen im Unterbringungsverfahren von entscheidender Bedeutung für das von beiden Berufsgruppen – wenn auch aus unterschiedlichen Perspektiven – verfolgte Patientenwohl.

Seit den Anfängen der Geschichte der interprofessionellen Begegnung bezog sich eine wesentliche Sorge der Psychiatrie darauf, dass sich die Involvierung einer Patientenvertretung schädlich auf die psychiatrisch-therapeutische Beziehung zwischen Ärzt:innen und Patient:innen auswirken könnte [2]. Dieses Argument zeigte sich sowohl bei der maßgeblich von psychiatrischer Seite verhinderten Einführung eines als „querulantisch" befürchteten „Vertrauensmannes" in der Anhalteordnung von 1916 [3] als auch bei den massiven Vorbehalten der Psychiatrie gegenüber der Etablierung einer Patientenanwaltschaft durch das 1990 erlassene UbG [4]. Die Gefährdung der therapeutischen Beziehung durch die Interferenz der Patientenanwaltschaft wurde unter anderem damit begründet, dass Psychiater:innen – nicht zuletzt aufgrund der durch die Beiziehung eines Rechtsbeistandes entstehenden Dynamik bei Gerichtsverhandlungen – quasi in die Rolle von „Ankläger:innen" gedrängt würden [5]. In der Folge wird daher besonders die Situation vor Gericht als zentralem Begegnungsort der beiden Professionen näher betrachtet.

Procedural Justice (PJ) und Therapeutic Jurisprudence (TJ)

Für eine nähere Betrachtung der Dynamiken zwischen Patientenanwaltschaft und Psychiatrie aus therapeutischer Sicht bietet sich – der Empfehlung der IRKS-Studie folgend – eine interdisziplinäre Perspektive an. Dieser Blick über den „Tellerrand einzelner Fachrichtungen" erscheint angemessen, um einerseits der Komplexität der Interaktion zwischen den Professionen mit ihren jeweiligen inneren Rollenkonflikten und ihren zueinander großteils oder zumindest teilweise im Widerspruch stehenden Aufträgen [6] und andererseits der in diesem Bereich immanent erforderlichen Verschränkung eines medizinischen und eines juristischen Paradigmas [7] gerecht zu werden. Die therapeutischen Aspekte des Unterbringungsverfahrens wurden bisher in der deutschsprachigen Literatur bis auf spärliche Ausnahmen [8] weitgehend ignoriert. Ungeachtet der in verschiedenen Rechtsordnungen sehr divergierenden gesetzlichen Ausgestaltung des Unterbringungsrechts ist daher

auch ein Blick über den „nationalen Tellerrand“ hinsichtlich von Best-Practice-Beispielen und Grundannahmen zur Interaktionsdynamik zwischen den involvierten Professionen lohnenswert [9, 10], um sie auf ihre Übertragbarkeit auf den österreichischen Kontext zu überprüfen.

Die von Patient:innen empfundene Verfahrensgerechtigkeit hat therapeutisches Potenzial

Erste Publikationen in den USA beschäftigten sich seit den 1970er-Jahren mit der therapeutischen Bedeutung des Gerichtsverfahrens des *civil commitment* (Unterbringung) [11]. Ab den 1990er-Jahren nahm das interdisziplinäre Konzept der *Procedural Justice* (PJ) die Verfahrensrealitäten von Unterbringungsverhandlungen in den Fokus. Nach dem Ansatz der PJ ist die in einem Verfahren subjektiv erlebte Gerechtigkeit und Fairness – ungeachtet eines allenfalls objektiv nachteiligen Verfahrensergebnisses – wesentlich für die Verfahrenszufriedenheit und damit die Bereitschaft, sich mit dem Ausgang des Verfahrens abzufinden (Procedural-Justice-Effekt). Daraus konnte für Unterbringungsverfahren abgeleitet werden, dass sich die Perzeption von Verfahrensgerechtigkeit nicht nur positiv auf die Akzeptanz der Unterbringung bzw. die Reduzierung des Ausmaßes an empfundenem Zwang, sondern insgesamt vorteilhaft auf die therapeutische Allianz sowie auf Behandlungscompliance, -adhärenz, -zufriedenheit und -erfolg auswirkt [12–17]. Dafür ist es nicht ausreichend, dass das Verfahren im Sinne der Einhaltung prozeduraler Vorschriften gerecht und fair *ist*. Es muss darüber hinaus für Patient:innen auch gerecht und fair *wirken* [18], womit in keiner Weise angedeutet werden soll, dass die zugestandene Verfahrensgerechtigkeit bloß vorzutäuschen ist [19].

Parallel dazu etablierte sich speziell für den Bereich des *mental health law* die *Therapeutic Jurisprudence* (TJ), deren interdisziplinäre Ansätze zum Teil auf jenen der PJ aufbauen und diese zum Teil ergänzen. Aus der Erfahrung, dass sich Gerichtsverhandlungen gerade in diesem Rechtsbereich therapieschädlich auswirken können, leitete die TJ ab, dass die involvierten Akteur:innen durch die Anpassung ihres Verhaltens solche Wirkungen einerseits bestmöglich verhindern und darüber hinaus dem Verfahren sogar einen therapeutischen Nutzen verleihen können [20]. Für das in verschiedenen nationalen Kontexten angewandte Konzept der TJ, welches bisher in der deutschsprachigen Literatur beinahe gar nicht rezipiert wurde, finden sich mittlerweile zahlreiche Publikationen zur gerichtlichen Kontrolle psychiatrischen Zwangs [21].

Das Verhalten der Akteur:innen im Unterbringungsverfahren beeinflusst den Therapieerfolg

Beide Konzepte, PJ und TJ, setzen bei der Erkenntnis an, dass sich perzipierter Zwang ungünstig auf die therapeutische Allianz und den Behandlungserfolg auswirken kann [22, 23]. Da das Gefühl von Selbstwirksamkeit und Kontrolle den empfundenen Zwang entscheidend reduziert [24, 25], sehen es beide Konzepte als wesentlich an, dass die Beteiligten ihren jeweils möglichen Beitrag leisten, damit sich Patient:innen – soweit es ihr psychischer Zustand zulässt – im Unterbringungsverfahren als selbstwirksam und handlungsmächtig erleben. Gerade aufgrund der Einschränkung ihrer Entscheidungsfreiheit ist es dafür aus therapeutischer Sicht unter anderem wichtig, dass Patient:innen mögliche (verbleibende) Entscheidungsoptionen im Verfahren sichtbar gemacht werden, und sie dadurch ein höchstmögliches Maß an „Entscheidungskontrolle“ behalten [26]. Von zentraler Bedeutung wird außerdem die empfundene Partizipationsmöglichkeit angesehen. Patient:innen muss durch das ihnen zugestandene rechtliche und tatsächliche Gehör verdeutlicht werden, dass sie durch ihre Teilhabe Einfluss auf das Verfahren nehmen können. Es muss ihnen vermittelt werden, dass sie in ihren Einwänden, Wünschen und Sorgen ernst genommen werden und dass auf diese eingegangen wird [12, 13, 19]. Nicht nur Richter:innen in ihrer verfahrensleitenden Rolle, sondern auch die übrigen Beteiligten können dazu beitragen, dass sich Patient:innen gehört fühlen und partizipierend wahrnehmen. Patientenvertreter:innen können wesentlich bei der Verschaffung von Gehör unterstützen, indem sie entsprechend stark für den Patientenwunsch eintreten, die dafür allenfalls erforderliche Übersetzungsarbeit leisten und nötigenfalls in Widerspruch zur ärztlichen Erzählung gehen. Ärzt:innen können ihrerseits vermitteln, dass sie das Patientennarrativ in seiner Existenz akzeptieren und sich weitmöglichst bemühen, es zu verstehen, etwa schon dadurch, dass sie Patient:innen ausreden lassen [27].

Für die perzipierte Gerechtigkeit und das therapeutische Potenzial des Unterbringungsverfahrens wird es außerdem als entscheidend angesehen, dass die Beteiligten in besonderem Maß darauf achten, dass sich Patient:innen respektvoll und wertschätzend behandelt fühlen [12, 13]. Hier haben die Akteur:innen wesentliche Gestaltungsmöglichkeiten, etwa indem wie sie Patient:innen ansprechen, welchen Blickkontakt sie zu ihnen herstellen, ob sie eher „mit“ ihnen oder „über“ sie sprechen, aber etwa auch indem sie in ihrer verbalen und nonverbalen Kommunikation darauf achten, keine Enerviertheit oder Belustigung zum Ausdruck zu bringen [28, 33].

Partizipation, Respekt und Wertschätzung sind für Patient:innen maßgeblich

Sowohl PJ als auch TJ erachten es als entscheidend, dass Patient:innen im Sinne der sozialen Kognition Informationen zu der durch die Unterbringung oft ausgelösten bedrohlichen und belastenden Situation und damit „Informationskontrolle“ erhalten [19]. Für das subjektive Erleben von Zwang und die damit verbundenen Auswirkungen auf therapeutische Beziehung und Behandlungserfolg ist es maßgeblich, die Entscheidung zur Ausübung von Zwang zu rechtfertigen und begreiflich zu machen sowie über die in diesem Zusammenhang zustehenden

Rechte zu informieren [29, 31]. Ein Verständnis über die Voraussetzungen der Unterbringung und die nötigen Schritte zu ihrer Aufhebung kann letztlich die Akzeptanz für die Unterbringung erhöhen [13]. Bereits im Vorfeld der Gerichtstermine können Ärzt:innen und Patientenvertreter:innen dazu beitragen, dass Patient:innen Informationskontrolle erhalten. Auch wenn es nicht Aufgabe eines Rechtsbeistandes ist, psychiatrisch ausgeübten Zwang gegenüber Patient:innen zu „rechtfertigen", so kann doch die Aufklärung über die Voraussetzungen und Rahmenbedingungen einen Beitrag dazu leisten, die psychiatrische Entscheidung erklärlich zu machen und damit entlastend für die therapeutische Beziehung wirken. Wichtig ist auch dafür zu sorgen, dass Patient:innen über das Verfahren und die Aufgaben der beteiligten Akteur:innen mit ihren jeweiligen Entscheidungsverantwortlichkeiten Bescheid wissen. Gleichzeitig darf im Hinblick auf die Erwartungshaltung kein unrealistisches Bild über den Verfahrensausgang vermittelt werden [7, 33].

Weitere Informationskontrolle erhalten Patient:innen bei den Gerichtsverhandlungen. Die Erörterung der Unterbringungsvoraussetzungen kann hier auch die Chance bieten, an einem allenfalls nicht vorhandenen Problembewusstsein hinsichtlich psychischer Krankheit, Selbst- bzw. Fremdgefährdung sowie erforderlicher stationärer oder auch ambulanter Betreuung als Alternative zur Unterbringung zu arbeiten. Indem Ärzt:innen vor Gericht darlegen, aus welchen Gründen sie eine Unterbringung für notwendig halten, präsentieren sie ein Narrativ, das von Patient:innen mit ihrem eigenen Narrativ abgeglichen werden kann, wodurch ein neues, von Patient:innen potenziell eher akzeptiertes Narrativ entstehen kann [27]. Dafür ist es im Sinne der erlebten Verfahrensgerechtigkeit wesentlich, dass ein Rechtsbeistand erforderlichenfalls zur psychiatrischen Erzählung in Widerspruch geht und diese kritisch hinterfragt, ohne dass ärztlicherseits vermittelt wird, dass es sich dabei um eine lästige Interferenz handelt. Dadurch wird die ärztliche Bereitschaft zum Ausdruck gebracht, sich darum zu bemühen, die Entscheidung des zwangsausübenden Rollenanteils für Patient:innen nachvollziehbar zu machen. Dies schafft Vertrauen für die Bemühungen des behandelnden Rollenanteils und hat daher beträchtliches therapeutisches Potenzial [19, 27, 33].

» Eine kritische Auseinandersetzung mit der zwangsausübenden Rolle schafft Vertrauen

Für die Aufrechterhaltung der therapeutischen Beziehung ist es gleichzeitig maßgeblich, *wie* Psychiater:innen ihr Narrativ vor Gericht präsentieren [27, 30]. Im Normalfall sprechen sie sich bei Gerichtsverhandlungen *gegen* eine Aufhebung der Unterbringung und damit auch zumeist *gegen* einen widersprechenden Wunsch der Patient:innen aus. Damit ist ein gewisses *gegnerisches* Element für ihre Rolle charakteristisch, das in der Dynamik durch die Präsenz einer Patientenvertretung unter Umständen noch stärker zum Tragen kommt [19, 33]. Dennoch bleibt Ärzt:innen bei ihrer Rollengestaltung ein beträchtlicher Spielraum, um von Patient:innen nicht als „anklagend" [5, 32] wahrgenommen zu werden, etwa indem sie darauf achten, nicht vorwurfsvoll zu wirken [28]. Hier ist wieder auf die Bedeutung eines respektvollen und wertschätzenden Umgangs zu verweisen

Zusammenfassung · Abstract

psychopraxis. neuropraxis 2023 · 26:108–115 https://doi.org/10.1007/s00739-023-00894-0
© Der/die Autor(en) 2023

F. Dunkel

Patientenanwaltschaft und Psychiatrie. Therapeutisches Potenzial der Rollengestaltung

Zusammenfassung

Patientenanwaltschaft und Psychiatrie müssen sich weiterhin um ein gegenseitiges Rollenverständnis bemühen. Beide Berufsgruppen haben bei ihrer Rolleninterpretation einen beträchtlichen Gestaltungsspielraum. *Procedural Justice* (PJ) und *Therapeutic Jurisprudence* (TJ) enthalten dafür wertvolle Grundüberlegungen, die ein entsprechendes Bewusstsein erzeugen und eine darauf bezogene selbstreflexive Haltung fördern. Nach der TJ haben sich die Professionen stets die Frage zu stellen, welche Folgen ihre Rollengestaltung im Unterbringungsverfahren aus therapeutischer Sicht für Patient:innen hat. Im Sinne der PJ können beide Berufsgruppen einen wesentlichen Beitrag dazu leisten, dass Patient:innen im Verfahren Gerechtigkeit und Fairness erleben, was entscheidend für den Therapieerfolg sein kann. Dadurch haben beide Professionen maßgeblichen Einfluss darauf, ob das Unterbringungsverfahren therapieschädlich wirkt oder therapeutisches Potenzial entfaltet.

Schlüsselwörter

Unterbringung · Zwang · Therapeutische Jurisprudenz · Verfahrensgerechtigkeit · Rechtsschutz

Patient Representation and Psychiatry. Therapeutic Potential of Role Design

Abstract

Patient representatives and psychiatrists must continue to strive for a mutual understanding of their roles. Both professions have considerable design latitude in interpreting their roles. For this purpose, *Procedural Justice* (PJ) and *Therapeutic Jurisprudence* (TJ) contain valuable considerations, which generate a corresponding awareness and promote a related self-reflective attitude. According to TJ, the professionals must always ask themselves what consequences their role design in the civil commitment process has for patients from a therapeutic perspective. As proposed by PJ, both professions can make a significant contribution to patients experiencing justice and fairness in the proceedings, which can be decisive for the success of therapy. In this way, both professions have a significant influence on whether the civil commitment process is detrimental to therapy or whether it unfolds its therapeutic potential.

Keywords

Civil commitment · Coercion · Therapeutic Jurisprudence · Procedural Justice · Legal protection

Hier steht eine Anzeige.

Springer

[12, 33], wie etwa nicht über die anwesende Person versachlichend als „der/die Patient:in“ zu sprechen, sondern sie bei ihrem Namen zu nennen [19].

Für das Erleben von Zwang und die damit verbundenen Auswirkungen auf den Therapieerfolg ist das Gefühl von Patient:innen entscheidend, dass sie ein wirksames externes Kontrollsystem nicht widerspruchslos dem ausgeübten Zwang überlässt [31]. Daher wird die Rolle einer engagierten, parteilichen Patientenvertretung von zentraler Bedeutung für die empfundene Verfahrensgerechtigkeit und das therapeutische Potenzial von Unterbringungsverfahren gesehen. Dadurch kann bei Patient:innen dem unterbringungstypischen Gefühl von Ohnmacht und Hilflosigkeit ein Gefühl von Selbstwirksamkeit und Handlungsmächtigkeit entgegengesetzt werden. Hierfür darf es der Rechtsbeistand nicht aus paternalistischen Beweggründen unterlassen, seine kontradiktorische Rolle wahrzunehmen und in einen allenfalls erforderlichen Widerspruch zum zwangsausübenden psychiatrischen Rollenanteil zu gehen. Patient:innen muss verdeutlicht werden, dass sich jemand im Verfahren parteilich für ihre Persönlichkeitsrechte starkmacht, wofür ein gewisses Maß an antagonistischer Rollengestaltung notwendig sein kann. Da ein kritisches Hinterfragen der ärztlichen Sichtweise eine gewisse konfrontative Wirkung hat, ist dabei besonders auf eine konstruktive Kommunikation zu achten und primär der zwangsausübende Rollenanteil zu adressieren [7, 19, 33].

Aus Sicht von PJ und TJ gilt insgesamt für alle Professionen, dass eine wertschätzende Begegnung unter Einhaltung allgemeiner Regeln respektvollen Umgangs wesentliche Auswirkungen auf das Erleben von Patient:innen vor Gericht hat [27]. Dass diese dort unumgänglich einer für den Therapieerfolg schädlichen, feindselig-konfrontativen Atmosphäre ausgesetzt sind, die sich aus den vermeintlich unvermeidbaren Animositäten zwischen den Professionen ergeben soll [32], darf bestritten werden. Denn den Rahmen hierfür bestimmen die beteiligten Personen wesentlich durch ihre Rollengestaltung und ihr Zusammenspiel im Kommunikationsprozess [19, 33].

Fallvignette

Der 19-jährige Herr X zeigt sich im Erstgespräch mit der Patientenanwältin sehr verzweifelt wegen der Unterbringung, da er nicht nachvollziehen kann, was ihm die Ärzt:innen vorwerfen. Dass er jetzt auch noch vor Gericht angeklagt werden soll, beunruhigt ihn sehr. Die im fachärztlichen Zeugnis genannte Diagnose lehnt er ab („Glauben Sie etwa auch, dass ich psychisch krank bin?“), da er in letzter Zeit einfach nur wegen der Trennung von seiner Partnerin belastet war. Deswegen hatte er auch drei Tage vor seiner Aufnahme mit der Einnahme eines hausärztlich verschriebenen Antidepressivums begonnen, das aber nicht geholfen hat, weswegen er sich nicht sicher ist, ob er es weiter einnehmen möchte („Oder würden Sie ein Medikament nehmen, das nichts bringt?“). Grundsätzlich fühlt er sich aber sehr gut von seinem Hausarzt betreut, weswegen er nicht versteht, wozu er das Krankenhaus braucht. Es stimmt zwar, dass er seiner Expartnerin eine Nachricht mit der Formulierung „Dann bringe ich mich um“ geschickt hat, das war aber nur so dahingesagt, damit sie ihm zuhört. Er hatte zwar schon einen Suizidversuch, den er nur knapp überlebt hat, das liegt aber schon ein halbes Jahr zurück. Er ersucht die Patientenanwältin, sich dafür einzusetzen, dass er das Krankenhaus verlassen kann und fragt sie nach einer Prognose, wie das Gericht wohl entscheiden wird.

Die Patientenanwältin klärt Herrn X über die Unterbringungsvoraussetzungen, den Verfahrensablauf und die Rollen der Beteiligten auf. Sie erklärt ihm, dass das Gericht nicht involviert wird, um ihn „anzuklagen“, sondern vielmehr, um die Entscheidung des Krankenhauses zu überprüfen, ihn gegen seinen Willen hierzubehalten. Es geht um den Schutz seiner Persönlichkeitsrechte, weswegen ihm das Gesetz kostenlos eine Patientenanwältin zur Seite stellt. Es geht aber auch um den Schutz seiner Gesundheit und seines Lebens, weswegen die ärztliche Entscheidung nicht als Vorwurf, sondern als Ausdruck der durch seine Nachricht verursachten Sorge zu verstehen ist. Auch wenn seine Aussage in dem Moment vielleicht nicht so gemeint war, wird das Thema Suizid sehr ernst genommen, gerade wenn es bereits einen konkreten Versuch gegeben hat. Unter dem Hinweis, dass es ihr in ihrer Rolle nicht zusteht, das Vorliegen einer psychischen Krankheit oder die verordnete Medikation zu beurteilen, ermutigt sie ihn, in der Visite zu fragen, wie lange das Einsetzen der Wirkung des Antidepressivums dauern kann. Sie wägt mit ihm sorgfältig ab, ob vielleicht doch ein freiwilliger Aufenthalt als Alternative zur Unterbringung infrage kommt. Außerdem gibt sie der Frage besonders viel Raum, welche Rollenerwartung er an sie beim Gerichtstermin hat und ob er sich von ihr wünscht, einen Antrag auf Unzulässigerklärung der Unterbringung zu stellen. Eine Prognose über die Entscheidung des Gerichts abzugeben, ist nicht einfach, da diese wesentlich davon abhängt, was bei der Erstanhörung alles zur Sprache kommt. Gleichzeitig betont sie aber nochmals, dass das Thema Suizid sehr ernst genommen wird.

Bei der gerichtlichen Erstanhörung erhält Herr X den für seine Partizipation erforderlichen Raum. Er wird von den Beteiligten respektvoll und wertschätzend behandelt und auch immer wieder direkt angesprochen.

Die Patientenanwältin sagt zu der von der Ärztin vorgebrachten fehlenden Krankheitseinsicht, dass sich Herr X wohl mit dem Label einer psychischen Krankheit schwertut, dass er aber durchaus bereit war, sich medikamentöse Unterstützung wegen seiner psychischen Belastung zu holen. Hier fühlt er sich von seinem Hausarzt sehr gut betreut, weswegen sie fragt, ob es sich dabei um eine Alternative zur Unterbringung handeln könnte. Sie sagt, dass die von Herrn X an seine Expartnerin geschickte Nachricht aus seiner Sicht nicht als Suizidankündigung gemeint war, sondern als Ausdruck seiner Verzweiflung, um sich Gehör zu verschaffen. Sie betont, dass ihr bewusst ist, dass das Thema von ärztlicher Seite sehr ernst genommen werden muss, fragt die Vertreterin der Abteilung aber auch, welche konkreten Anhaltspunkte es dafür gibt, dass ein weiterer Suizidversuch wahrscheinlich ist. Sie bezieht sich dabei auf die Krankengeschichte, in der für die vier Tage

seit seiner Aufnahme dokumentiert ist, dass er Suizidgedanken verneint.

Die Ärztin betont, dass es sehr positiv ist, dass Herr X derzeit bereit ist, die Medikamente zu nehmen. Gleichzeitig ist es für Herrn X wichtig zu verstehen, dass sein Zustand aufgrund der Symptome sehr ernst zu nehmen und aus ärztlicher Sicht als „Depression" zu verstehen ist, damit er die Behandlung auch wirklich weiter fortsetzt. Es ist zu begrüßen, dass Herr X einen guten Draht zu seinem Hausarzt hat, aus psychiatrischer Sicht reicht aber eine ambulante, nicht-fachärztliche Betreuung derzeit nicht aus, um als Alternative zur Unterbringung gesehen werden zu können. Insbesondere ist abzuwarten, bis die antidepressive Medikation anschlägt. Es ist zwar richtig, dass Herr X während seines Aufenthaltes Suizidgedanken stets verneint hat. Ein Telefonat mit dem Vater hat aber ergeben, dass Herr X in den letzten zwei Wochen auch diesem gegenüber über Suizidabsichten gesprochen hat. Daher besteht die Sorge, dass er hier nicht alles mit den Ärzt:innen teilt und sein Problembewusstsein fehlt. Auch aufgrund des bereits erfolgten Suizidversuches, der erst ein halbes Jahr zurückliegt, ist aus ärztlicher Sicht mit einer gewissen Wahrscheinlichkeit davon auszugehen, dass Herr X in der aktuellen Situation einen weiteren Suizidversuch unternimmt, wenn er das Krankenhaus jetzt schon verlässt.

Wie es dem Wunsch von Herrn X entsprochen hat, beantragt die Patientenanwältin in dessen Namen, dass die Unterbringung für unzulässig erklärt wird. Die Richterin erklärt die Unterbringung für zulässig und begründet Herrn X gegenüber ausführlich, warum sie nach dem UbG so entscheiden musste.

Herr X bedankt sich in der Nachbesprechung bei der Patientenanwältin dafür, dass sie sich für die Aufhebung der Unterbringung eingesetzt hat. Auch wenn er nicht ganz glücklich darüber ist, dass er weiterhin gegen seinen Willen im Krankenhaus bleiben muss, kann er sich schon ein wenig besser damit anfreunden. Er kann sich auch leichter damit arrangieren, dass ärztlicherseits davon ausgegangen wird, dass er eine psychische Krankheit hat. Jedenfalls kann er nach-

Hier steht eine Anzeige.
Springer

vollziehen, dass die Ärzt:innen bei seiner Vorgeschichte besorgt sind und ihn mit der Unterbringung schützen wollen. Er versteht auch, dass sich sein Zustand gebessert haben muss, bevor er das Krankenhaus verlassen kann, weswegen er sich mittlerweile vorstellen kann, freiwillig zu bleiben. Die Medikamente will er jedenfalls weiter nehmen, da er vorsichtig zuversichtlich ist, dass diese noch wirken werden.

Diskussion und Ausblick

Dass die Grundüberlegungen von PJ und TJ auch auf den österreichischen Kontext übertragbar sind, wird durch die Ergebnisse der Studie des IRKS verdeutlicht. In dieser wird gezeigt, dass die Beteiligten ihre Rollen standortabhängig sehr unterschiedlich gestalten und dass sich daraus in der Triade Ärzt:innen, Richter:innen und Patientenanwält:innen entsprechende wechselseitige Dynamiken ergeben. Die Untersuchung betont, wie entscheidend für Patient:innen Transparenz und Information im Hinblick auf das Unterbringungsverfahren sind. Auch wird hervorgehoben, wie wichtig es ist, dass die Patientenanwaltschaft ihre advokatorische Rolle ungeachtet aller Bedachtnahme auf die anderen Akteur:innen in einer Art und Weise wahrnimmt, dass nicht nur das Wohl, sondern auch der Wille der Patient:innen ausreichend vertreten ist. Die im Rahmen der Untersuchung durchgeführte teilnehmende Beobachtung an Unterbringungsverhandlungen ergibt, dass sich die Möglichkeit von Patient:innen zur Partizipation sehr unterschiedlich darstellt und nicht immer ausreichend Gehör gewährt wird. Auch wird festgestellt, dass mit den Betroffenen teilweise „unachtsam bzw. von oben herab“ umgegangen wird und die Kommunikation mit ihnen bzw. über sie bisweilen an „gedankenlose Respektlosigkeit“ grenzt.

» Bewusstsein und selbstreflexive Haltung sind bei der Rollengestaltung entscheidend

Im Hinblick auf die für einen erfolgreichen Behandlungsverlauf unabdingbare Kommunikation mit Patient:innen „auf Augenhöhe“ ist die jüngste UbG-Novelle vom Gedanken getragen, weniger „über“ Patient:innen und mehr „mit“ ihnen zu sprechen. Zu diesem Zweck enthält das Gesetz verschiedene Neuerungen, wie etwa die Beiziehung einer Vertrauensperson oder den Behandlungsplan. Schließlich wird es jedoch wesentlich von den Akteur:innen – nicht zuletzt auch von den im vorliegenden Beitrag nicht näher behandelten Richter:innen – und der von ihnen gewählten Rollengestaltung in der gelebten Rechtspraxis abhängen, wie erfolgreich dieses Ziel umgesetzt werden kann [34]. Auch wenn manche Krankheitsbilder die Anwendung der hier dargestellten Ansätze erschweren [19], kann die Berücksichtigung der Grundüberlegungen von PJ und TJ jedenfalls ein entsprechendes Bewusstsein erzeugen, eine damit verbundene selbstreflexive Haltung fördern und damit handlungsleitend wirken. Obgleich dafür in den beteiligten Systemen unter Umständen mehr Ressourcen erforderlich sind, ist aus langfristiger und nachhaltiger Perspektive das gleichzeitig ressourcenreduzierende Potenzial evident.

Fazit für die Praxis

- **Patientenanwaltschaft und Psychiatrie müssen sich weiterhin um ein gegenseitiges Rollenverständnis bemühen.**
- **Beide Professionen haben durch ihre Rollengestaltung wesentlichen Einfluss darauf, welches therapeutische Potenzial das Unterbringungsverfahren entfaltet. Procedural Justice (PJ) und Therapeutic Jurisprudence (TJ) fördern dabei ein entsprechendes Bewusstsein und eine darauf bezogene selbstreflexive Haltung.**
- **Die Beteiligten müssen Patient:innen eine entsprechende Partizipation ermöglichen und ihnen mit Respekt und Wertschätzung begegnen. Die dadurch perzipierte Verfahrensgerechtigkeit wirkt sich positiv auf den Therapieerfolg aus.**
- **Das Verfahren bietet die Chance, dass sich Patient:innen eher auf die Bemühungen des behandelnden ärztlichen Rollenanteils einlassen, da sie die Entscheidung des zwangsausübenden Rollenanteils besser nachvollziehen. Dafür kann es notwendig sein, dass entsprechend stark auftretende Patientenanwält:innen in Widerspruch zu letzterem Rollenanteil gehen und dass sich Ärzt:innen auf die damit verbundenen kritischen Fragen einlassen.**

Korrespondenzadresse

© privat

MMag. Dr. Florian Dunkel, MSc
Institut für Europarecht, Internationales Recht und Rechtsvergleichung, Universität Wien
Schottenbastei 10–16, 1010 Wien, Österreich
florian.dunkel@univie.ac.at

Funding. Open access funding provided by University of Vienna.

Einhaltung ethischer Richtlinien

Interessenkonflikt. F. Dunkel gibt an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Für diesen Beitrag wurden vom Autor keine Studien an Menschen oder Tieren durchgeführt. Für die aufgeführten Studien gelten die jeweils dort angegebenen ethischen Richtlinien.

Open Access. Dieser Artikel wird unter der Creative Commons Namensnennung 4.0 International Lizenz veröffentlicht, welche die Nutzung, Vervielfältigung, Bearbeitung, Verbreitung und Wiedergabe in jeglichem Medium und Format erlaubt, sofern Sie den/die ursprünglichen Autor(en) und die Quelle ordnungsgemäß nennen, einen Link zur Creative Commons Lizenz beifügen und angeben, ob Änderungen vorgenommen wurden.

Die in diesem Artikel enthaltenen Bilder und sonstiges Drittmaterial unterliegen ebenfalls der genannten Creative Commons Lizenz, sofern sich aus der Abbildungslegende nichts anderes ergibt. Sofern das betreffende Material nicht unter der genannten Creative Commons Lizenz steht und die betreffende Handlung nicht nach gesetzlichen Vorschriften erlaubt ist, ist für die oben aufgeführten Weiterverwendungen des Materials die Einwilligung des jeweiligen Rechteinhabers einzuholen.

Weitere Details zur Lizenz entnehmen Sie bitte der Lizenzinformation auf http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.de.

Literatur

1. Hammerschick W, Mayrhofer H, Fritsche A (2019) Zur Unterbringung psychisch kranker Menschen:

Rechtsanwendung und Kooperationszusammenhänge. Institut für Rechts- und Kriminalsoziologie, Wien
2. Pelikan JM (1984) Besonderer Rechts- und Persönlichkeitsschutz für psychiatrische Patienten – Eine Konsequenz des Doppelcharakters der Psychiatrie. In: Eisenbach-Stangl I, Stangl W (Hrsg) Grenzen der Behandlung. Soziale Kontrolle und Psychiatrie. Westdeutscher Verlag, Opladen, S 43–50
3. Lehner O (1983) Entstehung, Absicht und Wirkung der Entmündigungsordnung 1916. In: Weinzierl E, Stadler KR (Hrsg) Schutz der Persönlichkeitsrechte am Beispiel der Behandlung von Geisteskranken 1780–1982. BMJ, Wien, S 149–196
4. Danzinger R (1985) Kritische Anmerkungen zur Rechtsreform und zur Berufsrolle des (Patienten-)Sachwalters. Kriminalsoz Bibliogr 47/48(12):150–155
5. Windhager E (2007) 15 Jahre UbG aus der Sicht eines klinischen Psychiaters. Realität und Wünsche. iFamZ 2(2):83–83
6. Perlin ML, Sadoff RL (1982) Ethical issues in the representation of individuals in the commitment process. Law Contemp Probl 45(3):161–192. https://doi.org/10.2307/1191247
7. Winick BJ (2017) A therapeutic jurisprudence model for civil commitment. In: Diesfeld K, Freckelton I (Hrsg) Involuntary detention and therapeutic jurisprudence. Routledge, Milton Park, S 23–54
8. Jelem H (2015) Psychotherapeutische Aspekte der Behandlung in Zeiten der Unterbringung. ÖZPR 1:18–20
9. Salize HJ, Dressing H (2004) Epidemiology of involuntary placement of mentally ill people across the European Union. Br J Psychiatry 184(2):163–168. https://doi.org/10.1192/bjp.184.2.163
10. Fiorillo A et al (2011) How to improve clinical practice on involuntary hospital admissions of psychiatric patients: suggestions from the EUNOMIA study. Eur Psychiatry 26(4):201–207. https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2010.01.013
11. Ensminger JJ, Ligouri TD (1978) The therapeutic significance of the civil commitment hearing: an unexplored potential. J Psychiatry L 6(1):5–44. https://doi.org/10.1177/0093185378006001
12. Tyler TR (1992) The psychological consequences of judicial procedures: implications for civil commitment hearings. SMU Law Rev 46:433–445
13. Cascardi M, Poythress NG, Hall A (2000) Procedural justice in the context of civil commitment: An analogue study. Behav Sci Law 18:731–740. https://doi.org/10.1002/bsl.421
14. Swartz M (2004) Consumers' perceptions of the fairness and effectiveness of mandated community treatment and related pressures. Psychiatr Serv 55(7):780–785. https://doi.org/10.1176/appi.ps.55.7.780
15. McKenna BG, Simpson AI, Coverdale J (2000) What is the role of procedural justice in civil commitment? Aust N Z J Psychiatr 34:671–676. https://doi.org/10.1080/j.1440-1614.2000.00744.x
16. Silva B et al (2022) Perceived fairness as main determinant of patients' satisfaction with care during psychiatric hospitalisation: an observational study. Int J Law Psychiatry 82:1–5. https://doi.org/10.1016/j.ijlp.2022.101793
17. Wales H, Hiday V, Ray B (2010) Procedural justice and the mental health court judge's role in reducing recidivism. Int J Law Psychiatry 33(4):265–271. https://doi.org/10.1016/j.ijlp.2010.06.009
18. Goode S (1975) The role of counsel in the civil commitment process: a theoretical framework. Yale Law J 84(7):1540–1563. https://doi.org/10.2307/795493
19. Sydeman SJ et al (1997) Procedural justice in the context of civil commitment: a critique of Tyler's analysis. Psychol Public Pol Law 3(1):207–221. https://doi.org/10.1037/1076-8971.3.1.207
20. Wexler DB (1990) Therapeutic jurisprudence: the law as a therapeutic agent. Carolina Academic Press, Durham
21. Diesfeld K, Freckelton I (2017) Bibliography. In: Diesfeld K, Freckelton I (Hrsg) Involuntary detention and therapeutic jurisprudence. Routledge, Milton Park, S 578–621
22. Theodoridou A et al (2012) Therapeutic relationship in the context of perceived coercion in a psychiatric population. Psychiatry Res 200:939–944. https://doi.org/10.1016/j.psychres.2012.04.012
23. Kaltiala-Heino R, Laippala P, Salokangas RK (1997) Impact of coercion on treatment outcome. Int J Law Psychiatry 20(3):311–322. https://doi.org/10.1016/s0160-2527(97)00013-7
24. Lidz CW et al (1995) Perceived coercion in mental hospital admission: pressures and process. Arch Gen Psychiatry 52(12):1034–1039. https://doi.org/10.1001/archpsyc.1995.03950240052010
25. Wyder M, Bland R, Crompton D (2016) The importance of safety, agency and control during involuntary mental health admissions. J Ment Health 25(4):338–342. https://doi.org/10.3109/09638237.2015.1124388
26. Monahan J et al (1995) Coercion and commitment: understanding involuntary mental hospital admission. Int J Law Psychiatry 18(3):249–263. https://doi.org/10.1016/0160-2527(95)00010-f
27. du Fresne S (2017) Therapeutic potential in review of involuntary detention. In: Diesfeld K, Freckelton I (Hrsg) Involuntary detention and therapeutic jurisprudence. Routledge, Milton Park, S 202–220
28. Greer A, O'Regan M, Traverso A (1996) Therapeutic jurisprudence and patients' perceptions of procedural due process of civil commitment hearings. In: Wexler D, Winnick B (Hrsg) Law in a therapeutic key: developments in therapeutic jurisprudence. Carolina Academic Press, Durham, S 923–934
29. Katsakou C et al (2010) Coercion and treatment satisfaction among involuntary patients. Psychiatr Serv 61:286–292. https://doi.org/10.1176/ps.2010.61.3.286
30. du Fresne S (1996) Preparation and presentation of medical evidence for civil commitment hearings. J Law Med 3(3):256–261
31. Wyder M et al (2015) The experiences of the legal processes of involuntary treatment orders: tension between the legal and medical frameworks. Int J Law Psychiatry 38:44–50. https://doi.org/10.1016/j.ijlp.2015.01.006
32. Manovel W (2001) Mental illness is not a crime: the impact of the adversarial judicial system William Manovel. Australas Psychiatry 9(3):219–223. https://doi.org/10.1046/j.1440-1665.2001.00331.x
33. Freckelton I (2017) Involuntary detention decision-making, criteria and hearing procedures: an opportunity for therapeutic jurisprudence in action. In: Diesfeld K, Freckelton I (Hrsg) Involuntary detention and therapeutic jurisprudence. Routledge, Milton Park, S 293–338
34. Rappert B (2022) Zeit und Raum als Schlüssel zu Lebensqualität und Reduktion institutioneller Gewalt. In: Helige B (Hrsg) Befund 2022. Österreichische Liga für Menschenrechte, Wien, S 20–21

Hinweis des Verlags. Der Verlag bleibt in Hinblick auf geografische Zuordnungen und Gebietsbezeichnungen in veröffentlichten Karten und Institutsadressen neutral.