Zwangsbehandlung – die Sicht eines Psychiaters und die Erwartungen an den Gesetzgeber

Prof. Dr.Tilman Steinert

Betreuungsgerichtstag, Weingarten,8.3.2013

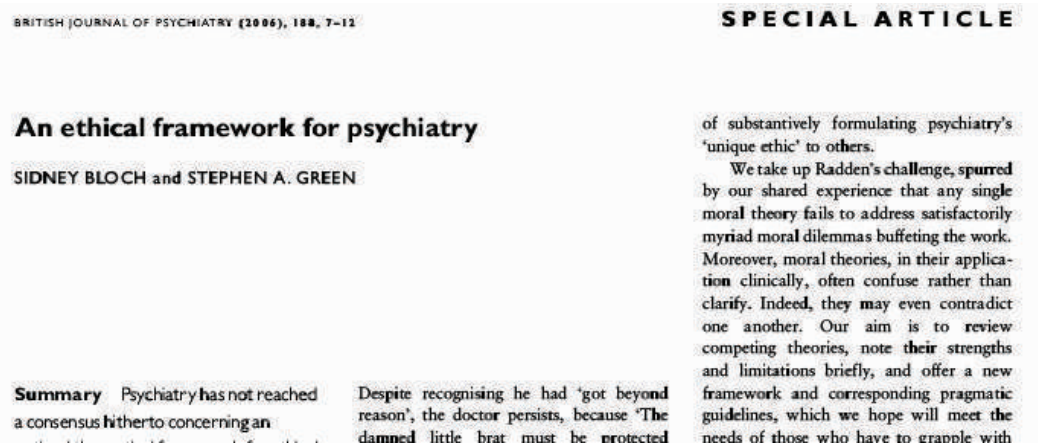
zfp Südwürttemberg

ulm university universität uulm

1. Wie ist die Verweigerung von Behandlung medizinethisch einzuordnen?
2. Evidenz
3. Klinische Probleme
4. Einschätzung der aktuellen und künftigen Gesetzeslage
5. Schlussfolgerungen

1. Wie ist die Verweigerung von Behandlung medizinethisch einzuordnen?

Ethische Grundhaltungen in der Psychiatrie



BRITISH JOURNAL OF PSYCHIATRY (2006), 188, 7–12

SPECIAL ARTICLE

An ethical framework for psychiatry

SIDNEY BLOCH and STEPHEN A. GREEN

Summary Psychiatry has not reached a consensus hitherto concerning an

Despite recognising he had 'got beyond reason', the doctor persists, because 'The damned little brat must be protected

of substantively formulating psychiatry's 'unique ethic' to others.

We take up Radden's challenge, spurred by our shared experience that any single moral theory fails to address satisfactorily myriad moral dilemmas buffeting the work. Moreover, moral theories, in their application clinically, often confuse rather than clarify. Indeed, they may even contradict one another. Our aim is to review competing theories, note their strengths and limitations briefly, and offer a new framework and corresponding pragmatic guidelines, which we hope will meet the needs of those who have to grapple with

- Kantianismus (kategorischer Imperativ)/ Deontologie
- Prinzipien-basierte Ethik (non-maleficience, beneficience, respect for autonomy)
- Utilitarismus
- Tugendtheorie (Aristoteles)
- Ethics of care

Medizinethische Prinzipien

der Arzt ist verpflichtet:

-Respekt vor der Würde und Selbstbestimmung des Kranken zu wahren (Autonomie)

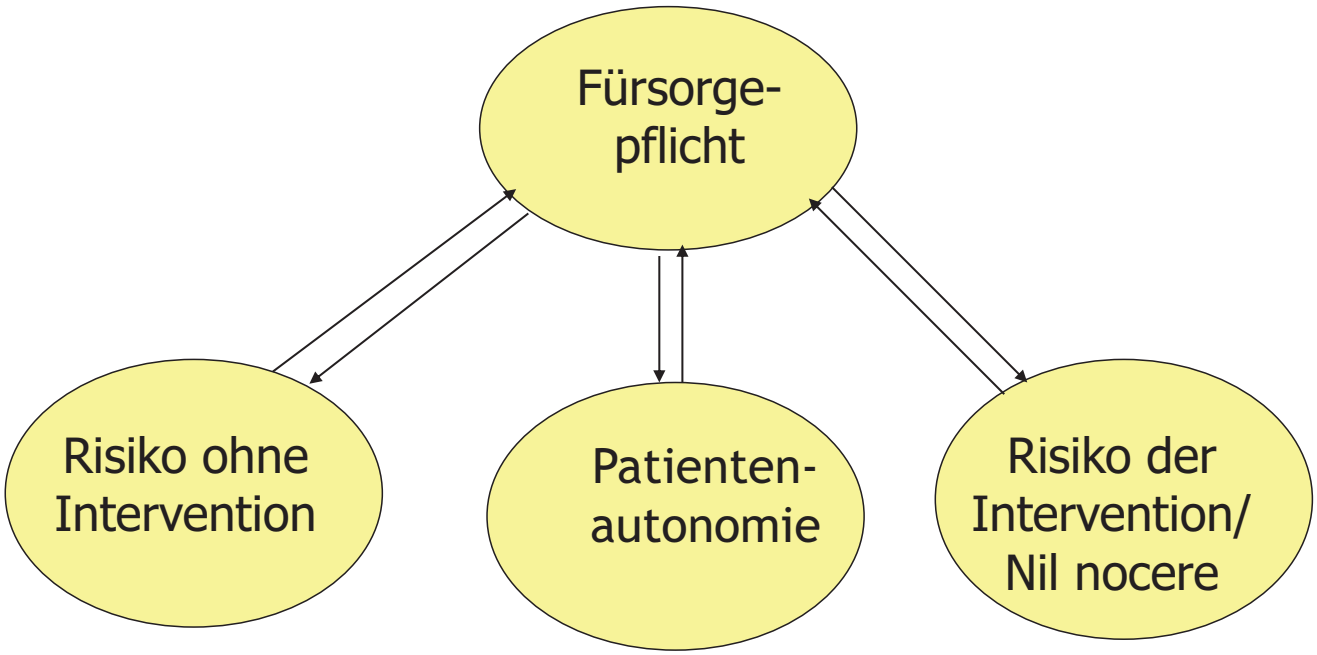
-zum Wohl des Kranken zu handeln (beneficence)

-nicht zu schaden (nonmaleficence)

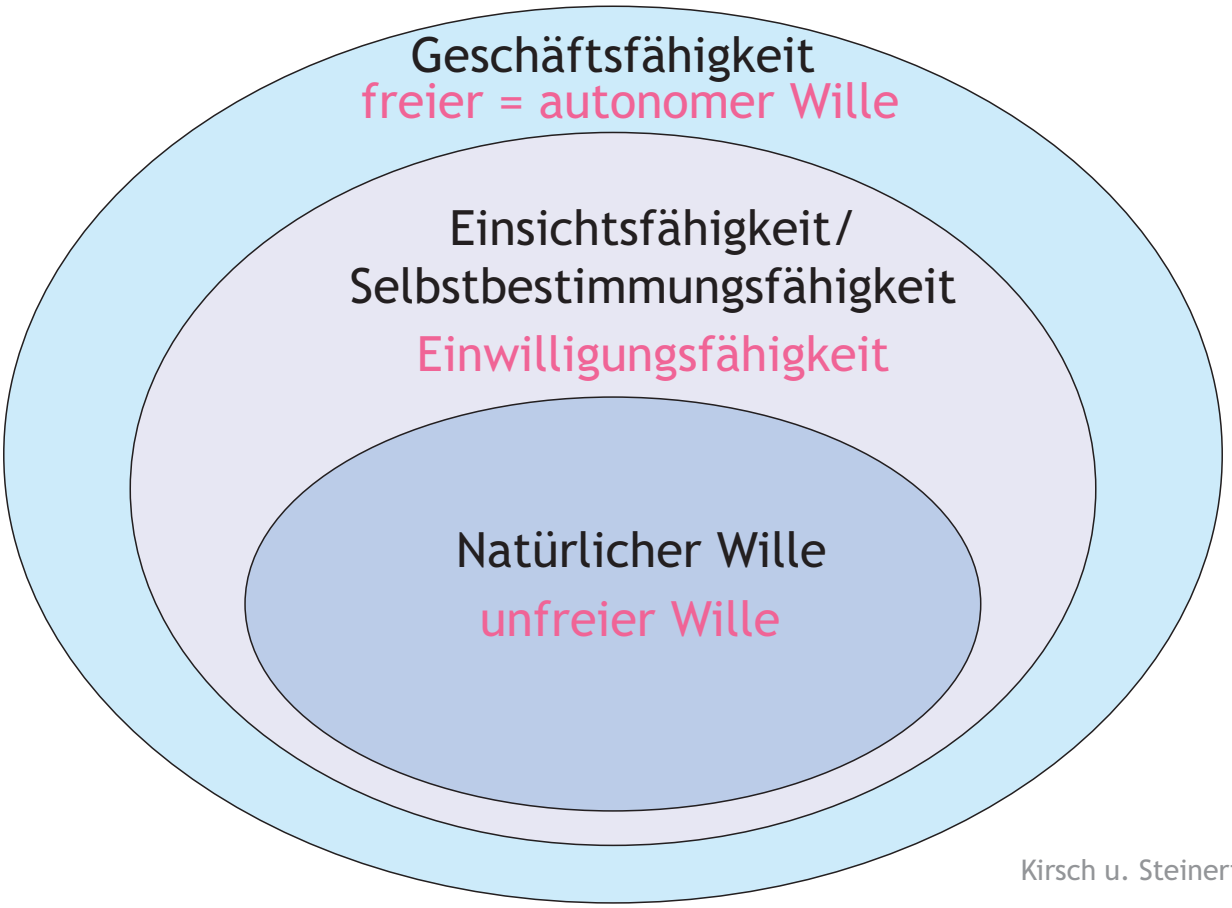
-zur Gerechtigkeit (Fairness)

(Beauchamp und Childress 1994)

Ärztliche Entscheidung über Zwangsmaßnahmen im ethischen Konfliktfeld



Rechtsbegriffe und korrespondierende medizinethische Konstrukte



Kirsch u. Steinert 2006

Kriterien der Einwilligungsfähigkeit

- Informationen bezüglich der geplanten Behandlung verstehen können
- Die Informationen auf die eigene Situation beziehen können
- eine abwägende Entscheidung treffen können
- die Entscheidung kommunizieren können

Vollmann 2000

Grundsätze, die aus der Ethik und aus unserer Verfassung folgen:

- die Selbstbestimmung ist in besonders hohem Maß durch das Grundgesetz geschützt

- Einschränkungen ergeben sich, wenn die gleichermaßen schützenswerten Grundrechte anderer gefährdet werden

- medizinische Eingriffe in die Autonomie, d.h. Behandlungsmaßnahmen gegen den Willen des Patienten, können nur mit nicht vorhandener Selbstbestimmungsfähigkeit begründet werden.

Die Anwendung von Zwangsmaßnahmen unterliegt grundsätzlichen Einschränkungen…

- letztes Mittel (last resort) in Ethik und Politik,
- Verhältnismäßigkeitsgrundsatz im Recht

(Deklaration von Madrid 1996, US-Kongress 1999, White Paper Europarat 2000, WHO, European Comittee for the Prevention of Torture (CPT), Minister des Europarats 2009)

Ethische Probleme einer unterbleibenden Behandlung

- Verletzung des Gerechtigkeitsgebots (die am schwersten Kranken bleiben unbehandelt)
- in manchen Fällen keine soziale Reintegration möglich auf Grund ausbleibender Behandlung (Verstoß gegen die UN-BRK)
- Gefahren für Dritte (Klinikpersonal, Angehörige)
- Straftaten, die durch Behandlung verhinderbar gewesen wären
- Zunahme untherapeutischer Sicherungsmaßnahmen wie Fixierung
- höhere Belastung für gemeindepsychiatrische Dienste und Familien
- mögliche Todesfolge (Anorexie!)

Die Entscheidungen des BVerfG und des BGH aus ärztlicher Sicht

- die Entscheidungen des BVerfG entsprechen vollständig den Auffassungen der ärztlichen Ethik und sind von daher begrüßenswert.

- Übergangsfristen zur Anpassung der Gesetze wären sehr wünschenswert gewesen.

UN-Behindertenrechtskonvention

Artikel 14 Freiheit und Sicherheit der Person

(1) Die Vertragsstaaten gewährleisten,
a) dass Menschen mit Behinderungen gleichberechtigt mit anderen das Recht auf persönliche Freiheit und Sicherheit genießen;
b) dass Menschen mit Behinderungen gleichberechtigt mit anderen die Freiheit nicht rechtswidrig oder willkürlich entzogen wird, dass jede Freiheitsentziehung im Einklang mit dem Gesetz erfolgt und dass das Vorliegen einer Behinderung in keinem Fall eine Freiheitsentziehung rechtfertigt.
(2) Die Vertragsstaaten gewährleisten, dass Menschen mit Behinderungen, denen aufgrund eines Verfahrens ihre Freiheit entzogen wird, gleichberechtigten Anspruch auf die in den internationalen Menschenrechtsnormen vorgesehenen Garantien haben und im Einklang mit den Zielen und Grundsätzen dieses Übereinkommens behandelt werden, einschließlich durch die Bereitstellung angemessener Vorkehrungen.

Artikel 17 Schutz der Unversehrtheit der Person

Jeder Mensch mit Behinderungen hat gleichberechtigt mit anderen das Recht auf Achtung seiner körperlichen und seelischen Unversehrtheit.

Artikel 25 Gesundheit

d) erlegen die Vertragsstaaten den Angehörigen der Gesundheitsberufe die Verpflichtung auf, Menschen mit Behinderungen eine Versorgung von gleicher Qualität wie anderen Menschen angedeihen zu lassen, namentlich auf der Grundlage der freien Einwilligung nach vorheriger Aufklärung, indem sie unter anderem durch Schulungen und den Erlass ethischer Normen für die staatliche und private Gesundheitsversorgung das Bewusstsein für die Menschenrechte, die Würde, die Autonomie und die Bedürfnisse von Menschen mit Behinderungen schärfen;

Artikel 12 Gleiche Anerkennung vor dem Recht

(1) Die Vertragsstaaten bekräftigen, dass Menschen mit Behinderungen das Recht haben, überall als Rechtssubjekt anerkannt zu werden.
(2) Die Vertragsstaaten anerkennen, dass Menschen mit Behinderungen in allen Lebensbereichen gleichberechtigt mit anderen Rechts- und Handlungsfähigkeit genießen.

Krankheit oder Behinderung?

	ja	nein
Krankheit		
Behinderung		

2. Evidenz

Auswirkungen des weitgehenden Verbots von Zwangsmedikation (BVerfG 2011, BGH 2012)

- 7 Klinikstandorte (Weissenau, Wangen i.A., Friedrichshafen, Bad Schussenried, Ehingen, Zwiefalten, Reutlingen)
- Vergleich 1. Halbjahr 2011 vs. 2. Halbjahr 2012
- Patienten mit schizophrenen (F2x) oder manischen (F30.x, F31.0-F31.2, F31.6) Störungen
- N = 1421 in 2011, N = 1444 in 2012

zfp Südwürttemberg

Ergebnisse

	2011	2012	Veränderung
Betroffen von ZM	176 (12,4 %)	206 (14,3 %)	+ 15,3 %
Anzahl Maßnahmen	924	1308	+ 41,7 %
Dauer der Einzelmaßnahme Median	8,0 Std.	6,17 Std.	- 22,9 %
Gesamtdauer der Maßnahmen	8034	7383	- 8,1 %
Pat. mit aggressiven Vorfällen (SOAS-R)	157	203	+ 29,3 %
Aggressive Vorfälle	358	621	+73,5 %
SOAS-R Mittelwert	12,9	12,6	-2,3 %

zfp Südwürttemberg

Qualitativer Ansatz: Ethische Kosten-Nutzenrechnung bei untergebrachten und freiwilligen Patienten (je n=84)

Kjellin et al. 1997

Methode: Interviews, qualitative Inhaltsanalyse

„Ethischer Nutzen“

- Verbesserung der psych. Gesundheit
- Behandlung mit Respekt
- Als Person nicht gedemütigt
- Keine weiteren Maßnahmen gegen den eigenen Willen

„Ethische Kosten“

- vice versa

Ergebnisse:

- 33% ethischer Nutzen ohne Kosten
- 23% Kosten ohne Nutzen
  (Selbsteinschätzung)
- Fremdeinschätzung: bei einigen Pat. tatsächlich kein Nutzen

BMC Psychiatry

BioMed Central
The Open Access Publisher

This Provisional PDF corresponds to the article as it appeared upon acceptance. Fully formatted PDF and full text (HTML) versions will be made available soon.

Evaluation of behavioral changes and subjective distress after exposure to coercive inpatient interventions

BMC Psychiatry 2012, 12:54 doi:10.1186/1471-244X-12-54

Irina Georgieva (i.georgieva@erasmusmc.nl)
Cornelis L Mulder (niels.clmulder@wxs.nl)
Richard Whittington (whitting@liverpool.ac.uk)

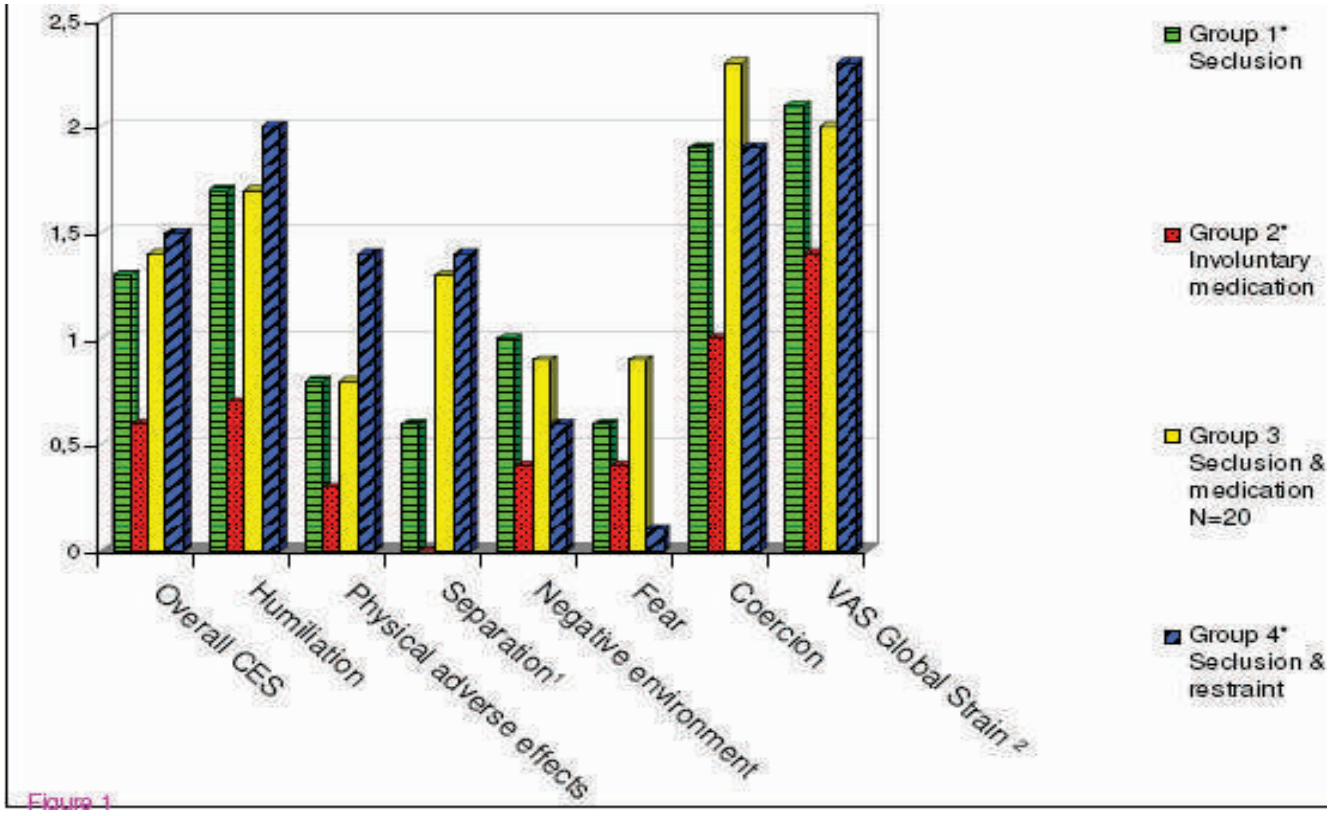
Vergleich des subjektiven Erlebens von Zwang und Einschränkungen der Menschenwürde

- n = 62 nur Isolierung
- n = 18 nur Zwangsmedikation
- n = 34 Isolierung + Medikation
- n = 11 Fixierung + Isolierung + Medikation

(nicht randomisiert, Pat. mit kombinierten Maßnahmen hatten höhere psychopathologische Scores)

Outcome: Coercion Experience Scale (Bergk et al. 2010)

Zwangsmedikation vs. Fixierung/Isolierung



Georgieva et al. 2012

ambulante psychiatrische Zwangsbehandlung international

- **Deutschland: keine Rechtsgrundlage**
- in Europa möglich in Belgien, Luxemburg, Portugal, Schweden (keine Daten)(Dressing u. Salize 2004), UK seit …
- Neuseeland* 26,6 /100 000
- Australien* 12,4 – 49,1/100 000
- Kanada* 1,7-6/100 000
- USA* 1-25,7/100 000
- Israel* 3,8-16/100 000
- UK: seit 2009, Evaluation derzeit laufend

* King‘s fund report 2005

Involuntary outpatient Commitment (OPC) I

New York Studie (Steadman et al. 2001)
randomisiert
n = 64 intensive Nachbetreuung
n = 78 intensive Nachbetreuung + OPC

- Keine statistischen Unterschiede im Outcome
- Keine Gewaltverbrechen in beiden Gruppen
- Keine Unterschiede in Lebensqualität und Wahrnehmung von Zwang

Involuntary outpatient Commitment (OPC) II

North Carolina Studie
randomisiert n bis 311
ähnl. New York Studie, OPC mind. 90 Tage, Verlängerung möglich

- nur sign. Gruppenunterschiede im 12 Monats follow-up bei OPC > 6 Monate:
  - »Verbesserung von Adherence
  - »erhöhte Wahrnehmung von Zwang
  - »trotzdem höhere Lebensqualität
  - »weniger Gewalttaten, Verhaftungen und Viktimisierung
  - »besonders effektiv bei Pat. mit nicht-affektiven Psychosen: 72% weniger Wiederaufnahmen gegenüber Kontrollen
  - »OPC nur wirksam in Verbindung mit intensiver ambulanter Betreuung

Swartz et al. 2001,2002,
Swanson et al. 2000, 2003

Involuntary outpatient Commitment (OPC) III

New York Studie II (Phelan et al. 2010)

- 76 OPC, 108 Kontrollen
- Gewalt (serious violence) und Suizidalität geringer
- Soziale Funktion besser
- Psychot. Symptome u. Lebensqualität gleich
- Subjektiv weniger Stigma und Zwang (!)

Phelan et al. Psychiatr Serv 2010

3. Klinische Probleme bei fehlender Möglichkeit zur Zwangsbehandlung

Für Patienten

- es betrifft **wenige** Patienten!
- für diese aber:
  - » längere Aufenthaltsdauern
  - » mehr mechanische Zwangsmaßnahmen
  - » schlechtere Gesundheit
  - » Chronifizierung
  - » scheiternde Inklusion

für Mitpatienten

- Ansammlung schwer und schwerst verhaltensgestörter Patienten auf den Stationen mit wenig Verbesserungstendenz
- aversives Milieu
- Gefahr aggressiver Übergriffe, Diebstähle, ständiges Stören etc.
- Patienten, die weniger schwer gestört sind, erhalten keine angemessenen Behandlungsumstände und wollen so schnell wie möglich entlassen werden

Für Angehörige

- Kranke werden unbehandelt oder teilbehandelt entlassen oder gar nicht aufgenommen
- das Problem wird den Angehörigen übertragen

Für Personal

- wer möchte auf Dauer so arbeiten?

4. Einschätzung der aktuellen und künftigen Gesetzeslage

2 unterschiedliche Situationen müssen berücksichtigt werden:

- Notfallbehandlung
  - » meist bei akuter Fremdgefährdung
  - » begleitende mechanische Sicherungsmaßnahmen i.d.R. erforderlich
  - » Behandlungsentscheidungen sind erforderlich, um mechanische Sicherungen beenden zu können

- Eigentliche Zwangsbehandlung
  - » kein Notfall
  - » Entscheidung hat Zeit und kann gründlich abgewogen werden

Neufassung § 1906 BGB

Widerspricht eine ärztliche Maßnahme nach Absatz 1 Nummer 2 dem natürlichen Willen des Betreuten (ärztliche Zwangsmaßnahme), so kann der Betreuer in sie nur einwilligen, wenn
1. der Betreute auf Grund einer psychischen Krankheit oder einer geistigen oder seelischen Behinderung die Notwendigkeit der ärztlichen Maßnahme nicht erkennen oder nicht nach dieser Einsicht handeln kann,
2. zuvor versucht wurde, den Betreuten von der Notwendigkeit der ärztlichen Maßnahme zu überzeugen,
3. die ärztliche Zwangsmaßnahme im Rahmen der Unterbringung nach Absatz 1 zum Wohl des Betreuten erforderlich ist, um einen drohenden erheblichen gesundheitlichen Schaden abzuwenden,
4. der erhebliche gesundheitliche Schaden durch keine andere dem Betreuten zumutbare Maßnahme abgewendet werden kann und
5. der zu erwartende Nutzen der ärztlichen Zwangsmaßnahme die zu erwartenden Beeinträchtigungen deutlich überwiegt.

(3a) Die Einwilligung in die ärztliche Zwangsmaßnahme bedarf der Genehmigung des Betreuungsgerichts. Der Betreuer hat die Einwilligung in die ärztliche Zwangsmaßnahme zu widerrufen, wenn ihre Voraussetzungen wegfallen. Er hat den Widerruf dem Betreuungsgericht anzuzeigen.“

Änderung des Gesetzes über das Verfahren in Familiensachen und in den Angelegenheiten der freiwilligen Gerichtsbarkeit

„Auf die ärztliche Zwangsmaßnahme finden die für die Unterbringung in diesem Abschnitt geltenden Vorschriften entsprechende Anwendung, soweit nichts anderes bestimmt ist. Bei der Genehmigung einer Einwilligung in eine ärztliche Zwangsmaßnahme ist die Bestellung eines Verfahrenspflegers stets erforderlich.“

§ 321 Einholung eines Gutachtens

(1) Vor einer Unterbringungsmaßnahme hat eine förmliche Beweisaufnahme durch Einholung eines Gutachtens über die Notwendigkeit der Maßnahme stattzufinden. Der Sachverständige hat den Betroffenen vor der Erstattung des Gutachtens persönlich zu untersuchen oder zu befragen. Das Gutachten soll sich auch auf die voraussichtliche Dauer der Unterbringung erstrecken. Der Sachverständige soll Arzt für Psychiatrie sein; er muss Arzt mit Erfahrung auf dem Gebiet der Psychiatrie sein.
Bei der Genehmigung einer Einwilligung in eine ärztliche Zwangsmaßnahme oder bei deren Anordnung soll der Sachverständige nicht der zwangsbehandelnde Arzt sein.

Fragen an den Psychiater

- Gibt es psychische Erkrankungen, bei denen Zwangsbehandlung gar nicht in Betracht kommt, bzw. umgekehrt, bei denen es zwingend und schnell geboten ist?

- Welche Medikamente/Wirkstoffe können zum Einsatz kommen?

- Ist vorab schon eine Art konkreter Behandlungsplan (Wirkstoffe, Dosierung etc.) möglich?

- Welche Art der „Beibringung (Spritze in fixiertem Zustand, Narkose etc.) kommt in Betracht?

zfp Südwürttemberg

5. Schlussfolgerungen

- weiter uneinheitliche Gesetzeslage in den Bundesländern bezgl. öffentl.-rechtl. Unterbringung

- ethischer Imperativ zur Ausschöpfung aller Mittel zur Vermeidung und Reduzierung von Zwang, aber auch zum Schutz der Grundrechte Dritter

- mechanischer Zwang ist nicht humaner als Behandlung

- Zwangsbehandlung ist wahrscheinlich seltener erforderlich als bisher vermutet

- Notfallbehandlungen bleiben schwierig und sind rechtlich unscharf geregelt

- zentrales Register für Zwangsbehandlungen und Zwangsmaßnahmen wurde vom Gesetzgeber leider nicht in die Wege geleitet

- weiterer Forschungsbedarf für eine Evidenz-gestützte Ethik