

Stellungnahme

der Zentralen Kommission zur Wahrung ethischer Grundsätze in der Medizin
und ihren Grenzgebieten (Zentrale Ethikkommission) bei der Bundesärztekammer

Zwangsbehandlung bei psychischen Erkrankungen

Vorwort

In letzter Zeit haben verschiedene Gerichtsurteile die rechtliche Grundlage für Zwangsbehandlungen von psychisch Kranken deutlich verändert und für Verunsicherung bei den Beteiligten gesorgt. Die kürzlich erfolgte Anpassung der Gesetzgebung auf Bundesebene hat hier nur begrenzt Abhilfe geschaffen. Es steht überdies zu erwarten, dass weitere Landesgesetze die Problematik regeln werden. In dieser Situation ist es wichtig, sich der ethischen Prinzipien ärztlichen Handelns bei einer Zwangsbehandlung von psychisch Kranken zu vergewissern. Die vorliegende Stellungnahme der Zentralen Ethikkommission bei der Bundesärztekammer will dazu einen Beitrag leisten.

Sie richtet sich primär an die Ärzteschaft; sie erörtert die Bedingungen für die Vertretbarkeit von Zwangsbehandlungen und bietet Handlungsempfehlungen an. Sie fordert auch dazu auf, den Einsatz von

Zwangsbehandlungen kritisch zu reflektieren sowie mögliche Behandlungsalternativen zu entwickeln. Die Stellungnahme möge zu einer sorgfältigen und ernsthaften Diskussion über den Einsatz von Zwangsmaßnahmen beitragen, um so verloren gegangenes Vertrauen der Patienten und der Öffentlichkeit zurückzugewinnen.

Tübingen, im April 2013



Prof. Dr. med. Dr. phil. Urban Wiesing

Vorsitzender der Zentralen Ethikkommission bei der Bundesärztekammer

1. Einleitung

Der Umgang mit Patienten, die aufgrund einer psychischen Erkrankung aktuell nicht in der Lage sind, über die Erforderlichkeit einer medizinischen Behandlung selbstständig zu entscheiden, ist eine große Herausforderung für Ärzte¹ und wirft schwierige ethische Fragen auf. Kommt es dabei zu einer Behandlung gegen den Willen des Patienten unter Einsatz von Zwang, wird das von den Betroffenen als sehr einschneidend und oft traumatisierend erlebt. Zwangsbehandlungen werden nicht nur in der Psychiatrie, sondern auch in anderen Bereichen, wie beispielsweise der Neurologie und der Geriatrie, durchgeführt. Dabei kann das Ziel sowohl die Behandlung der psychischen Erkrankung wie auch die Behandlung einer somatischen Erkrankung sein.

Seit der Psychiatrie-Enquete, die 1975 in ihrem Bericht schwere Mängel und gravierende Menschenrechtsverletzungen in der medizinischen Versorgung psychisch Kranker in Deutschland feststellte, hat sich die Situation in der klinischen Praxis erheblich verbessert. Die Patientenrechte werden stärker beachtet, und es haben sich deutlich kürzere Aufenthaltszeiten in psychiatrischen Abteilungen sowie schonendere Behandlungsstrategien durchgesetzt. Allerdings gibt es Hinweise darauf, dass auch heute noch Zwangsbehandlungen zu häufig, zu lang und zu undifferenziert durchgeführt werden.

Von Bedeutung für die rechtliche Zulässigkeit von Zwangsbehandlungen sind die UN-Konvention für die Rechte von Menschen mit Behinderungen von 2006 sowie zwei weitere, auf den Bund und die Länder verteilte gesetzliche Vorgaben: Zwang kann einerseits auf der Grundlage des im Bürgerlichen Gesetzbuch (BGB) geregelten Betreuungsrechts ausgeübt werden, andererseits nach Maßgabe der in den jeweiligen Bundesländern

bestehenden Psychisch-Kranken-Gesetze bzw. der dortigen Gesetze zum Maßregelvollzug. Das Bundesverfassungsgericht hat jedoch im Jahre 2011 entschieden, dass die Gesetze zum Maßregelvollzug in Baden-Württemberg und Rheinland-Pfalz keine hinreichende Grundlage für Zwangsbehandlungen (vielmehr lediglich für Zwangsunterbringungen) darstellen². Dem folgend hat der Bundesgerichtshof im Jahre 2012 auch das damalige Betreuungsrecht nicht als ausreichende Ermächtigungsgrundlage für Zwangsbehandlungen angesehen³.

Inzwischen hat der Bundesgesetzgeber das BGB geändert und spezielle Vorschriften für Zwangsbehandlungen in das Betreuungsrecht eingefügt. Zwangsbehandlungen dürfen danach unter bestimmten (nachfolgend darzustellenden) Voraussetzungen durchgeführt werden, allerdings nur im Interesse des Wohls des konkret Betroffenen. Die einschlägigen Landesgesetze, die Maßnahmen auch im Interesse Dritter erlauben, wurden dem gegenüber bisher nicht geändert. Welche landesrechtlichen Gesetze insofern nach den Vorgaben des Bundesverfassungsgerichts eine ausreichende Ermächtigungsgrundlage enthalten, ist unklar und unter Juristen umstritten.

Damit ist für die betroffenen Patienten wie für die Ärzteschaft und andere Gesundheitsberufe eine schwierige Situation entstanden, auf die die Praxis nicht vorbereitet ist. Die hier vorgelegte Stellungnahme nimmt dies zum Anlass, grundlegende ethische Fragen der Zwangsbehandlung bei psychisch kranken Menschen in die öffentliche Diskussion einzubringen, aber auch Hand-

¹ Die männliche Bezeichnung schließt in der Folge die weibliche mit ein.

² Bundesverfassungsgericht, Urteile vom 23. 03. 2011 (2 BvR 882/09) und vom 12. 10. 2011 (2 BvR 633/11)

³ Bundesgerichtshof, Beschlüsse vom 20. 06. 2012 (XII ZB 99/12 und XII 130/12)

lungsempfehlungen für die aktuelle Situation zu geben. Sie richtet sich primär an die Ärzteschaft und will sie auffordern, den Einsatz von Zwangsbehandlungen kritisch zu reflektieren, insbesondere ihre Notwendigkeit und Angemessenheit zu überprüfen sowie weniger einschneidende Alternativen zu entwickeln und einzusetzen. Sie nimmt nicht Stellung zu den notwendigen gesetzlichen Reformen, zu denen die Länder weiterhin aufgefordert sind, schließt aber den Blick auf rechtliche Fragen mit ein, soweit sie für das ärztliche Handeln relevant sind. Auf die Besonderheiten der Behandlung von Kindern wird in dieser Stellungnahme nicht eingegangen.

Die nicht zuletzt auch durch die mit den genannten Gerichtsurteilen bekannt gewordenen Fälle haben sich negativ auf das Vertrauen der Öffentlichkeit in die psychiatrische Versorgung ausgewirkt. Das Anliegen der vorliegenden Stellungnahme ist daher auch, durch eine ernsthaft geführte Diskussion in der Ärzteschaft und anderen Gesundheitsberufen über die psychiatrische Versorgung und insbesondere die Praxis der Zwangsbehandlungen dazu beizutragen, das Vertrauen der Patienten wie der allgemeinen Öffentlichkeit in eine gute Versorgung psychisch kranker Menschen zurückzugewinnen.

2. Zwang und Zwangsbehandlung: grundlegende Differenzierungen

Zwang liegt nicht nur bei Anwendung physischer Gewalt (z. B. Festhalten oder Fixieren) vor, sondern in jedem Fall, in dem gegen den Willen des Patienten gehandelt wird, z. B. durch Täuschung oder Drohung. Eine Zwangsbehandlung ist jede Behandlung gegen den aktuellen natürlichen Willen eines Patienten; unerheblich ist, ob der entgegenstehende Wille verbal oder nonverbal geäußert wird und ob der Patient einwilligungsfähig ist.

Jede Anwendung von Zwang stellt einen schwerwiegenden Eingriff in die psychische und ggf. körperliche Integrität des Patienten dar und muss daher aus medizinischer, ethischer und rechtlicher Sicht gerechtfertigt werden.

Dabei ist zu unterscheiden:

- zwischen der Unterbringung gegen den Willen des betroffenen Patienten zum Zweck der Behandlung (dem Entzug der Fortbewegungsfreiheit) und der zwangsweisen Behandlung selbst (dem Eingriff in die körperliche Integrität),
- zwischen der zwangsweisen Behandlung der psychischen Erkrankung und der zwangsweisen Behandlung einer weiteren somatischen Erkrankung des Patienten,
- zwischen der Erforderlichkeit der Behandlung als solcher und der Notwendigkeit von Zwang zu ihrer Durchführung.

3. Mängel in der Praxis

Die Zentrale Ethikkommission bei der Bundesärztekammer hat im Rahmen der Erarbeitung der vorliegenden Stellungnahme eine Anhörung unter Beteiligung von Fachleuten verschiedener Disziplinen und von Betroffenen durchgeführt. Dabei wurden unter anderem folgende Mängel geschildert. Sie betreffen zum Teil jene Bereiche, in denen eine Zwangsbehandlung nach den genannten Gerichtsentscheidungen wegen des Fehlens einer gesetzlichen Grundlage nicht mehr zulässig ist. Sie sind jedoch auch Indizien für strukturelle Probleme, deren Lösung ungeachtet neuer gesetzlicher Grundlagen von Zwangsbehandlungen, wie sie derzeit politisch diskutiert werden, notwendig ist.

1. Institutionelle Bedingungen in den Kliniken haben einen erheblichen Einfluss auf den Einsatz von Zwangsmaßnahmen, zum Teil vermutlich sogar stärker als der Krankheitszustand des Patienten. Dazu gehören fehlendes, unzureichend ge-

schultes und unzureichend unterstütztes Personal, Defizite in der Kommunikationskultur, fehlende Rückzugsmöglichkeiten für die Patienten, fehlende Hilfen für überforderte Mitarbeiter sowie Defizite in der Stationsorganisation.

2. Das Bewusstsein, dass jede Zwangsbehandlung einen gravierenden Grundrechtseingriff darstellt, ist offenbar nicht durchgängig in ausreichendem Ausmaß vorhanden. Das kann sich u. a. in den folgenden Aspekten zeigen:
 - Das Fehlen der Einwilligungsfähigkeit wird nicht sorgfältig genug geprüft oder eine Behandlungsverweigerung wird ohne weiteres als Ausdruck fehlender Einwilligungsfähigkeit interpretiert.
 - Es wird nicht streng und differenziert genug ermittelt, ob eine Behandlung indiziert ist, ob sie zwangsweise durchgeführt werden muss und welche weniger belastenden Behandlungen zur Verfügung stehen.
 - Die gesetzlichen Voraussetzungen und die ethischen Kriterien für den Einsatz von Zwang werden nicht ausreichend beachtet.
 - Die Aufklärung des Patienten vor einer Zwangsbehandlung über Wirkung, Nebenwirkungen, Langzeitfolgen und Alternativen der Behandlung sowie über die Gründe für die Anwendung von Zwang ist unzureichend oder wird sogar für völlig verzichtbar gehalten. Es wird verkannt, dass die Aufklärung keineswegs nur Voraussetzung für eine wirksame Einwilligung ist und bei fehlender Einwilligungsfähigkeit nicht nur der Vertreter aufzuklären ist, sondern auch der nicht einwilligungsfähige Patient nach seinen individuellen Fähigkeiten in den Entscheidungsprozess einzubeziehen ist.
3. Die Kommunikation zwischen Ärzten, Betreuern bzw. Bevollmächtigten und Betreuungsrichtern ist offenbar nicht immer ausreichend.
4. Besuchskommissionen, die die Verletzung von Patientenrechten verhindern und eine gute medizinische Versorgung garantieren sollen, sind dafür teils nicht geeignet zusammengesetzt oder mit unzureichenden Kompetenzen ausgestattet. Zum Teil existieren auch überhaupt keine entsprechenden Gremien.

4. Keine Zwangsbehandlung bei einwilligungsfähigen Patienten

Bei bestehender Einwilligungsfähigkeit eines Patienten entscheidet dieser selbst über seine Behandlung, auch wenn ein Betreuer mit dem Aufgabenkreis „Gesundheitsfürsorge“ bestellt oder ein Bevollmächtigter vorhanden ist. Für die Einwilligungsfähigkeit ist ausreichend, dass der Patient Wesen, Bedeutung und Tragweite der Maßnahme im Groben erfassen, das Für und Wider abwägen und seinen Willen hiernach bestimmen kann. Deshalb müssen sich der Betreuer oder Bevollmächtigte und der Arzt in jedem Fall vergewissern, ob der Betroffene in der konkreten Situation einwilligungsfähig ist. Nur dann, wenn der Betroffene nicht einwilligungsfähig ist und alle Versuche, ihn durch Assistenz in einen einwilligungsfähigen Zustand zu versetzen, gescheitert sind, darf sein rechtlicher Vertreter in die medizinische Maßnahme einwilligen. In keinem Fall darf die verweigernde Einwilligung als Indiz für die fehlende Einwilligungsfähigkeit oder gar für das Bestehen eines pathologischen Zustands gedeutet werden. Eine Behandlung gegen den Willen eines Patienten kommt deshalb allenfalls dann in Betracht, wenn der Patient nicht einwilligungsfähig ist. Steht der aktuelle „natürliche“ Wille dieses Patienten der Behandlung entgegen, liegt eine Zwangsbehandlung vor. Ihre Rechtfertigung hängt dann von folgenden Gesichtspunkten ab. ►

5. Voraussetzungen einer Zwangsbehandlung

5.1. Ziel und Legitimation einer Zwangsbehandlung

Eine Zwangsbehandlung der psychischen Erkrankung oder einer weiteren somatischen Erkrankung kommt nach den eingangs genannten Gerichtsurteilen nur mit dem Ziel in Betracht, die Fähigkeit des Patienten zur selbstbestimmten Entscheidung über seine Behandlung wiederherzustellen oder um den Patienten vor einer erheblichen Selbstschädigung zu bewahren. Eine drohende Fremdschädigung durch aggressives bzw. gewalttätiges Verhalten infolge der psychischen Erkrankung kann in der Regel durch freiheitsentziehende und sichernde Maßnahmen verhindert werden und rechtfertigt daher allein keine Zwangsbehandlung. Auch eine akute Gefahr der Selbstschädigung durch krankheitsbedingtes, aktiv selbstschädigendes Verhalten kann unter Umständen durch andere Schutzmaßnahmen wie eine Unterbringung abgewendet werden. Die zwangsweise Behandlung kommt deshalb nur in Betracht, wenn ein Patient infolge einer psychischen Störung nicht zur Einsicht in die Notwendigkeit einer Behandlung in der Lage ist oder nicht nach dieser Einsicht handeln kann, die Ablehnung der Behandlung Ausdruck der psychischen Störung ist und die zwangsweise Behandlung das letzte Mittel ist, um ihn vor erheblichen gesundheitlichen Schäden zu bewahren. § 1906 Abs. 3 Nrn. 1, 3 und 4 BGB n. F. fordern deshalb zu Recht, dass der Betreuer (mit Genehmigung des Betreuungsgerichts) in eine Zwangsbehandlung nur einwilligen kann, 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, [...]“

3. die ärztliche Zwangsmaßnahme im Rahmen der Unterbringung ... zum Wohl des Betreuten erforderlich ist, um einen drohenden erheblichen gesundheitlichen Schaden abzuwenden, [und]

4. der erhebliche gesundheitliche Schaden durch keine andere dem Betreuten zumutbare Maßnahme abgewendet werden kann“.

Weil jede Zwangsbehandlung einen Eingriff in die Patientenrechte darstellt, müssen alle notwendigen individuellen und institutionellen Schutzmaßnahmen ergriffen werden, um ihren Einsatz möglichst zu vermeiden und, wo dies nicht möglich ist, auf ein Minimum zu reduzieren. Im Konflikt zwischen der ärztlichen Hilfsverpflichtung und der Achtung der Selbstbestimmung muss jeder Eingriff ethisch gerechtfertigt werden. Dabei haben psychisch kranke Patienten, wie Patienten in allen anderen Feldern der modernen Medizin, ein Recht auf Achtung ihrer Selbstbestimmung einschließlich des Anspruchs auf Aufklärung über alle ärztlichen und pflegerischen Maßnahmen sowie einen generellen Anspruch auf medizinische Behandlung und auf Schutz vor Schädigung bis hin zum Recht auf Verweigerung einer Behandlung.

5.2. Medizinische Indikation

- a) Voraussetzung für eine Zwangsbehandlung ist eine medizinische Indikation für die Behandlung als solche: Sie ist aus ärztlicher Sicht dann gegeben, wenn der Patient unter der Krankheit oder an deren Folgen leidet oder leiden wird, wenn sich der Krankheitszustand durch die Behandlung kurzfristig oder langfristig verbessern lässt und wenn der Nutzen der Behandlung die Risiken unter Berücksichtigung möglicher alternativer Behandlungsmaßnahmen (einschließlich des Abwartens, bis die Symptome von

selbst abklingen) überwiegt. Diese Kriterien müssen nach dem Stand der Wissenschaft und ärztlichem Ermessen erfüllt sein.

Hierbei ergeben sich jedoch bei psychischen Erkrankungen besondere Schwierigkeiten: Was als Nutzen gilt, ist keineswegs von vornherein festgelegt, sondern unterliegt Wertungen. Damit stellt sich die Frage, welche Wertvorstellungen bei der Einschätzung von Resultaten einer Therapie zu berücksichtigen sind. In der Regel sind es die Wertvorstellungen des Patienten, die ein Arzt bei der Frage zu berücksichtigen hat, ob bei einer Behandlung mit Nutzen für einen Patienten zu rechnen ist – und ob sie damit indiziert ist (s. u. 3. Patientenautonomie). Bei einer psychischen Erkrankung kann die Einschätzung des Patienten bezüglich der Nützlichkeit einer medizinischen Intervention jedoch durch die Erkrankung beeinträchtigt sein. Das kann sowohl die Behandlung der psychischen Erkrankung wie auch einer weiteren somatischen Erkrankung betreffen. Auch in diesem Fall darf die Patientenperspektive nicht durch eine objektive Betrachtung ersetzt werden. Maßgeblich sind dann die Wertvorstellungen des Patienten, die er früher in einwilligungsfähigem Zustand hatte bzw. jetzt haben würde, wenn sie nicht krankheitsbedingt beeinträchtigt wären.

- b) Wenn eine Maßnahme, die Nutzen verspricht, *zwangsweise* durchgeführt werden soll, dann sind der Zwang und seine Folgen bei der Nutzen-Risiko-Abwägung zu berücksichtigen. Nach Auffassung des Bundesverfassungsgerichts muss der Nutzen die Risiken deutlich überwiegen. Das Betreuungsrecht schreibt nun auch in § 1906 Abs. 3 Nr. 5 BGB n. F. vor, dass der Betreuer (nach Genehmigung des Betreuungsgerichts) in die Zwangsbehandlung nur einwilligen kann, wenn der zu erwartende Nutzen der ärztlichen Zwangsmaßnahme die zu erwartenden Beeinträchtigungen deutlich überwiegt.

Für die Abwägung sind insbesondere folgende Aspekte von Bedeutung:

- gesundheitliche Risiken durch die Anwendung des jeweiligen Zwangsmittels,
- die mögliche Beeinträchtigung des Behandlungserfolgs durch den Zwang,
- das subjektive Erleben des Patienten; verschiedene Zwangsmaßnahmen wie auch verschiedene Behandlungen (etwa die Gabe von Benzodiazepinen oder Neuroleptika) werden von den Patienten unterschiedlich tiefgreifend erlebt,
- die mögliche Beeinträchtigung des Vertrauensverhältnisses zum Arzt als Grundlage der aktuellen und ggf. künftigen Behandlung.

In jedem Fall ist eine differenzierte, einzelfallbezogene Beurteilung notwendig.

5.3. Patientenautonomie

Wenn es um ethische Konflikte in der Psychiatrie geht, wird oft angenommen, eine moderne Medizinethik, die sich der Achtung der Patientenautonomie verpflichtet fühlt, gerate hier an ihre Grenzen. Ein grundsätzlicher Unterschied zwischen psychiatrischen und nichtpsychiatrischen Patienten hinsichtlich des Gebots, die Selbstbestimmung des Patienten zu achten, lässt sich aber nicht begründen. Die Urteils-, Entscheidungs- und Handlungskompetenz von Menschen, die krank sind, können vollständig intakt sein oder krankheitsbedingt leicht oder schwer, vorübergehend oder langfristig beeinträchtigt sein. Dabei ist es gleichgültig, ob die Gründe dafür ein primär psychiatrisches

Krankheitsbild oder Ängste, Schmerzen oder Bewusstseinstörung in Folge von anderen Krankheiten sind.

Außerdem ist die einseitige Abhängigkeit des Patienten von ärztlicher und pflegerischer Hilfe charakteristisch für die professionelle Beziehung, nicht nur in der Psychiatrie.

Eine Besonderheit der ethischen Probleme in der Psychiatrie besteht jedoch in dem Doppelmandat der Psychiatrie. Sie befindet sich auf einer Gratwanderung zwischen der medizinisch wirksamen Behandlung und Betreuung psychisch kranker Patienten einerseits und der gesellschaftlichen Kontrolle sozial auffälliger Menschen einschließlich des Schutzes Dritter vor Gefährdungen, die von psychisch kranken Patienten ausgehen können, andererseits. Die Rollenerwartung an Ärzte ist zum einen, dem Individualwohl ihrer Patientinnen und Patienten zu dienen, und zum anderen, das Gemeinwohl zu wahren, indem sie andere vor Gefährdungen durch ihre Patienten schützen.

Eine Fremdgefährdung durch den Patienten kann in der Regel bereits durch die Unterbringung des Patienten weitgehend abgewendet werden. Dadurch wird zwar in die Freiheit des Patienten eingegriffen, nicht jedoch in seine körperliche Integrität. Eine Zwangsbehandlung stellt dem gegenüber einen Eingriff in die körperliche Integrität dar und ist deshalb zur Abwehr einer Fremdgefährdung nicht erforderlich und damit nicht gerechtfertigt. Auch die Gefahr einer Selbstgefährdung kann allein – ohne Berücksichtigung ihres Schweregrades – einen Eingriff in die Selbstbestimmung nicht rechtfertigen.

Eine Zwangsbehandlung darf nur dann ins Auge gefasst werden, wenn die Behandlungsnotwendigkeit auf Basis einer medizinischen Indikation gegeben ist, der Einsatz von Zwang unvermeidbar ist und der Beitrag zum gesundheitlichen Wohlergehen des Patienten größer ist als der Schaden, der ihm durch die Nebenwirkungen der Behandlung und die Traumatisierung durch das Zwangsmittel zugefügt wird. Zudem kann eine Zwangsbehandlung aus ethischer und rechtlicher Sicht nur dann gerechtfertigt werden, wenn der Patient die Notwendigkeit krankheitsbedingt nicht erkennen kann oder nicht nach dieser Erkenntnis handeln kann und die Selbstbestimmungsfähigkeit durch diese Behandlung wieder hergestellt oder der Patient vor einer erheblichen Selbstgefährdung geschützt wird. Außerdem müssen das Behandlungsteam und der Vertreter des Patienten nach bestem Wissen und Gewissen davon ausgehen können, dass der konkret Betroffene selbst der Behandlung zustimmen würde, wenn er einwilligungsfähig wäre. Dafür sind frühere vorsorgliche Willensbekundungen des Patienten (z. B. in einer Patientenverfügung oder Behandlungsvereinbarung) von Bedeutung. Soweit individuelle Wünsche für einen derartigen Fall nicht bekannt sind, kann allenfalls dann von einer mutmaßlichen Zustimmung des Patienten ausgegangen werden, wenn der erwartbare Beitrag zu seinem gesundheitlichen Wohlergehen eine mögliche physische oder psychische Schädigung deutlich überwiegt.

Wenn ein Patient die Folgen einer Behandlung bzw. deren Verweigerung nicht ausreichend erkennen oder nicht nach dieser Erkenntnis entscheiden kann, muss er gleichwohl über die mögliche Behandlung aufgeklärt werden und es muss versucht werden, seine freiwillige Zustimmung zur Kooperation zu erhalten. Nur wenn trotz dieser Unterstützung keine Kooperationsbereitschaft erreicht werden kann, darf eine Zwangsbehandlung (mit Einwilligung eines Vertreters und richterlicher Genehmigung) in Erwägung gezogen werden. § 1906 Abs. 3 Nr. 2 BGB n. F. verlangt deshalb im Rahmen des Betreuungsrechts zu Recht, dass zuvor versucht wurde, den Betreuten von der Notwendigkeit der ärztlichen Maßnahme zu überzeugen.

5.4. Gerechtigkeit

Eine menschen- und grundrechtskonforme psychiatrische Versorgung sollte sich daran orientieren, einen niedrigschwelligen Zugang zu psychiatrischer Versorgung zu garantieren, um gerade auch Patienten in – teils extremen – sozialen Notlagen frühzeitig zu erreichen, und gleichzeitig konzeptionell, personell und räumlich so ausgestattet sein, dass Zwangsmaßnahmen weitestgehend vermieden werden können. Die notwendigen Ressourcen hierfür bereitzustellen, erfordert eine Veränderung der Prioritätensetzung bei der Mittelverteilung innerhalb des Gesundheitswesens. Dafür muss sowohl innerhalb der Medizin als auch in der allgemeinen Bevölkerung ein stärkeres Problembewusstsein herbeigeführt werden hinsichtlich der fatalen persönlichen und sozialen Konsequenzen, welche eine mangelhafte psychiatrische Versorgung für den einzelnen Patienten haben kann. Dabei ist insbesondere auch an chronisch psychisch kranke Patienten zu denken, deren Kooperationsbereitschaft aufgrund einer traumatisch erlebten Zwangsbehandlung gestört wurde.

6. Empfehlungen

Aus ethischer wie aus rechtlicher Sicht sind Zwangsmaßnahmen generell und bezogen auf jede Einzelentscheidung auf das absolut unverzichtbare Maß zu reduzieren. Hierfür sollten die folgenden Maßnahmen im ärztlichen und im nichtärztlichen Bereich ergriffen werden.

6.1. Individuelle und Beziehungsebene

- Entscheidungen über eine Zwangsbehandlung sollten generell durch ein multiprofessionelles Team unter Einschluss auch des Pflegepersonals beraten und getroffen werden. Die Gesamtverantwortung liegt aber wie immer beim behandelnden Arzt.
- Für die Entscheidung über und die Durchführung einer Zwangsbehandlung müssen klare Verantwortlichkeiten festgelegt und gegenüber dem Patienten und seinem Betreuer oder Bevollmächtigten transparent kommuniziert werden.
- Bei der Entscheidung müssen die oben genannten ethischen und rechtlichen Voraussetzungen geprüft werden. Hierzu gehört auch die Prüfung, ob eine Behandlungsvereinbarung, Patientenverfügung oder andere vorsorgliche Willensbekundung des Patienten vorliegen.
- Die oben genannten Kriterien für die Notwendigkeit der Zwangsbehandlung sollten regelmäßig in kurzen zeitlichen Abständen überprüft werden.
- Die Zwangsbehandlung muss hinsichtlich Art, Umfang und Begründung der getroffenen Maßnahmen dokumentiert werden.
- Der Betreuer oder Bevollmächtigte des Patienten müssen rechtzeitig in den Entscheidungsprozess einbezogen werden.
- Eine klinische Ethikberatung kann bei der Entscheidung über eine Zwangsbehandlung Unterstützung geben.

6.2. Vorsorgliche Willensbekundungen

Eine Patientenverfügung ist verbindlich, wenn sie von einem Erwachsenen in einwilligungsfähigem Zustand schriftlich verfasst wurde und bestimmte ärztliche Maßnahmen festlegt oder ausschließt und dies für die aktuelle Situation zutrifft. Dies gilt offenbar auch für die Behandlung psychischer Erkrankungen, da die Neufassung des Betreuungsrechts die bereits bestehenden Vorschriften über die Patientenverfügung nicht abgeändert hat. Voraussetzung für die Verbindlichkeit ist allerdings, dass mit hin-

reichender Sicherheit feststeht, dass der Patient in einwilligungsfähigem Zustand die konkret eingetretene Situation vorherbedacht und für sie eine eigenverantwortliche Entscheidung getroffen hat. Sofern begründete Zweifel daran bestehen und auch der mutmaßliche Wille des Patienten nicht entgegensteht, ist so zu handeln, dass ein drohender erheblicher gesundheitlicher Schaden für den Patienten abgewendet werden kann.

Vorzugswürdig ist aus medizinischer, ethischer und rechtlicher Sicht, dass der Patient nach angemessener Beratung mit dem Arzt gemeinsam entscheidet, wie in einem künftigen Krankheitsfall und bei Verlust der Einwilligungsfähigkeit vorgegangen werden soll und darüber eine Behandlungsvereinbarung getroffen wird. Eine Behandlungsvereinbarung ist nicht zuletzt eine gute Form des Kooperationsverhältnisses zwischen Arzt und Patient sowie Ausdruck gegenseitigen Respekts und kann konkret auf absehbare Situationen und Behandlungsnotwendigkeiten und -möglichkeiten eingehen. Dadurch wird die Zahl der Zwangsbehandlungen reduziert. Eine Behandlungsvereinbarung kann ein für den Arzt rechtlich verbindlicher Vertrag und zugleich eine Patientenverfügung sein. Hilfreich sind darüber hinaus die Benennung einer Vertrauensperson, die den Patienten gegebenenfalls begleiten soll, sowie die Erteilung einer Vorsorgevollmacht und einer Betreuungsverfügung.⁴

6.3. Strukturelle und institutionelle Ebene

Die Häufigkeit von Zwangsmaßnahmen hängt wesentlich von institutionellen Bedingungen ab. In der Praxis wurde eine große Anzahl von Maßnahmen erfolgreich erprobt, die wirkungsvoll zur Reduzierung von Zwangsmaßnahmen beitragen. Zum Schutz der Patientenrechte ist es notwendig, dass sich diese Maßnahmen auch in der Fläche durchsetzen können. Dazu gehören unter anderem:

- Die Institutionalisierung von Deeskalationsstrategien und das Training von Ärzten und Pflegenden in entsprechenden Methoden.
- Das Konzept der „offenen Türen“ von Akutstationen.
- Die Psychoedukation als Regelangebot, so dass Patienten lernen, Rückfälle selbst zu erkennen und vor der Eskalation der Situation freiwillig medizinische Hilfe zu suchen.
- Der Ausbau regionaler Hilfesysteme mit einer deutlich besseren Verzahnung von ambulanter und stationärer Versorgung sowie die flächendeckende Verfügbarkeit von ambulanter psychiatrischer Pflege.
- Die Möglichkeiten, Patienten auf Wunsch zu Hause zu behandeln („home treatment“).
- Eine deutlich bessere Personalausstattung psychiatrischer Abteilungen sowie die Prüfung und Kontrolle der Personalverordnung.
- Die Entwicklung von Leitlinien durch die einschlägigen Fachgesellschaften unter Einbeziehung der vorstehend dargestellten ethischen und rechtlichen Aspekte.
- Verstärkte Forschung zu Möglichkeiten und Strategien zur Reduktion von Zwangsmaßnahmen auch unter Berücksichtigung der Erfahrung von Selbsthilfegruppen.
- Das Regelangebot von Behandlungsvereinbarungen für eventuelle Rückfälle und die Information von Patienten über die Möglichkeit der Verfassung einer Patientenverfügung.
- Einführung von Maßnahmen der Qualitätssicherung inklusive Fehlermeldesysteme und Beschwerdemanagement.

⁴Vgl. dazu die Empfehlungen der Bundesärztekammer und der Zentralen Ethikkommission bei der Bundesärztekammer zum Umgang mit Vorsorgevollmacht und Patientenverfügung in der ärztlichen Praxis, Dtsch Arztebl 2010; 107(18): A 877–82

6.4. Maßnahmen im nichtärztlichen Bereich

- Die Vertreter der Patienten (Bevollmächtigte, Betreuer) sollen in einem engen Kontakt zu den Patienten stehen und anstreben, wie es die UN-Behindertenrechtskonvention (Art. 12) und das Betreuungsrecht (§ 1901 BGB) vorgeben, so wenig wie möglich stellvertretend und so viel wie möglich assistierend tätig zu sein.
- Die Vertreter des Patienten müssen frühzeitig in den Prozess zur Entscheidung über eine (Zwangs-)Behandlung einbezogen werden; ihre Aufgabe ist es nicht, bereits getroffene ärztliche Entscheidungen lediglich zu bestätigen.
- Ärzte sollten Informationen, die sie aus dem Umgang mit dem Patienten und seinem Umfeld haben und die für das Betreuungsgericht bei seinen Entscheidungen von Bedeutung sein können, an das Betreuungsgericht weitergeben.
- Gerichte sollten Anhörungen und Entscheidungen bei Zwangsmaßnahmen zeitnah – gegebenenfalls mit Notdiensten – durchführen.
- Für die Patienten sollte die Möglichkeit bestehen, ungehindert und vertraulich Kontakt zu Vertrauenspersonen aufzunehmen.
- Für die Patienten sollten leicht erreichbare und mit entsprechenden Kompetenzen ausgestattete unabhängige Ansprechpartner für Beschwerden verfügbar sein.
- Die Besuchskommissionen sollten alle Formen der Unterbringung und der Zwangsbehandlung in Einrichtungen kontrollieren können, unabhängig von ihrer jeweiligen Rechtsgrundlage. Außerdem sollte die Mitarbeit von Betroffenen und Angehörigen die Regel sein.

6.5. Das primäre Ziel aller Maßnahmen muss sein, Zwang bei der Behandlung zu vermeiden. Sofern eine Maßnahme nicht gegen den natürlichen Willen des Betroffenen durchgeführt wird, handelt es sich nicht um eine Zwangsmaßnahme im rechtlichen Sinne. Die vorstehend dargestellten Empfehlungen, die darauf abzielen, Zwang zu vermeiden, sind deshalb von besonderer Bedeutung in jenen Bereichen, in denen nach den Entscheidungen des Bundesverfassungsgerichts Zwangsbehandlungen (derzeit) nicht zulässig sind.

Mitglieder der Zentralen Ethikkommission

Prof. Dr. phil. D. Birnbacher, Düsseldorf
 Prof. Dr. theol. F.-J. Bormann, Tübingen
 Prof. Dr. theol. P. Dabrock, Erlangen
 Frau Prof. Dr. rer. nat. Dr. phil. S. Graumann, Bochum (federführend)
 Prof. Dr. med. W. Henn, Homburg
 Prof. Dr. jur. F. Hufen, Mainz
 Frau PD Dr. med. Dipl.-Soz. T. Krones, Zürich
 Dr. phil. D. Lanzerath, Bonn
 Prof. Dr. jur. V. Lipp, Göttingen
 Prof. Dr. rer. pol. R. Rosenbrock, Berlin
 Frau Prof. Dr. med. R.-K. Schmutzler, Köln
 Dr. med. J. Schuster, Würzburg
 Prof. Dr. jur. J. Taupitz, Mannheim
 Prof. Dr. med. Dipl.-Theol. M. Volkenandt, München
 Frau Prof. Dr. med. C. Wiesemann, Göttingen
 Prof. Dr. med. Dr. phil. U. Wiesing, Tübingen (Vorsitzender)

Korrespondenzadresse

Zentrale Ethikkommission bei der Bundesärztekammer
 Herbert-Lewin-Platz 1, 10623 Berlin