

Achtung der Selbstbestimmung und Anwendung von Zwang bei der Behandlung von psychisch erkrankten Menschen

Eine ethische Stellungnahme der DGPPN¹

1. Einleitung

Selbstbestimmung ist ein Menschenrecht: Jeder Mensch hat das Recht, über seine Lebensführung und damit auch über Maßnahmen, die seine Gesundheit betreffen, selbst zu bestimmen. Die selbstbestimmte Entscheidung des Patienten ist dementsprechend eine Grundvoraussetzung für eine gute medizinische Behandlung.

In Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik stellen sich hierbei tiefgreifende Fragen, denn psychische Erkrankungen können in Einzelfällen die Selbstbestimmungsfähigkeit des Patienten einschränken. Dabei gilt grundsätzlich: Allein aus dem Vorliegen einer psychischen Erkrankung folgt nicht, dass ein Patient nicht selbstbestimmt entscheiden kann und darf. Bei einem kleinen Teil von psychisch schwer erkrankten Patienten kann diese Fähigkeit jedoch zeitweilig oder langfristig eingeschränkt bzw. aufgehoben sein.

In einem solchen Falle bedarf es einer erweiterten ethischen Orientierung für gutes ärztliches Handeln. Wenn der schwer kranke und selbstbestimmungsunfähige Patient sich selbst oder Dritte erheblich gefährdet und in dieser Situation medizinische Maßnahmen ablehnt, geraten der Psychiater und alle Beteiligten in eine schwierige ethische Dilemmasituation: Welche ethischen Kriterien müssen hier beachtet und wie sollen diese ethisch abgewogen werden? Dabei befindet sich der Psychiater in einem Spannungsverhältnis zwischen dem Respekt vor dem Patientenwillen einerseits, dem gesundheitlichen Wohl des Kranken und der Verpflichtung zur Fürsorge gegenüber selbstbestimmungsunfähigen, hilflosen und hilfebedürftigen Menschen andererseits sowie den Interessen von Angehörigen, Institutionen und Gesellschaft.

Das Handeln des Psychiaters muss sich am rechtlichen Rahmen orientieren und diesen im Einzelfall ethisch angemessen gestalten und umsetzen. Durch die Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts und des Bundesgerichtshofes sowie durch die Reform des Betreuungsgesetzes sind in jüngster Zeit die rechtlichen Rahmenbedingungen weiterentwickelt worden.

Die vorliegende ethische Stellungnahme der DGPPN möchte hierzu aus psychiatrisch-psychotherapeutischer Perspektive einen Beitrag leisten. Aus ärztlicher Perspektive wird zu den Bereichen Patientenselbstbestimmung, Selbstbestimmungsfähigkeit und psychische Erkrankung ebenso Stellung genommen wie zur UN-Behindertenrechtskonvention und zu Fragen der Zwangsmaßnahmen und Zwangsbehandlungen. Schließlich werden Empfehlungen für die Praxis formuliert, mit denen Zwangsmaßnahmen reduziert und, falls erforderlich, professionell und möglichst human durchgeführt werden können. Dabei wendet sich die DGPPN sowohl an die im Bereich der Psychiatrie tätigen Gesundheitsberufe und Patientenvertretungen als auch an die Verantwortlichen in Gesundheitspolitik, Medien und Gesellschaft.

¹ Die Autoren der Task Force „Ethik in Psychiatrie und Psychotherapie“ der DGPPN: Dr. med. Utako Birgit Barnikol (Köln), Prof. Dr. med. Asmus Finzen (Berlin), Dr. med. Jakob Gather M.A. (Bochum), Dipl. Psych. Gabriel Gerlinger M.A. (DGPPN-Geschäftsstelle), PD Dr. med. Annemarie Heberlein (Hannover), Prof. Dr. med. Dr. phil. Andreas Heinz (Berlin), Prof. Dr. med. Hanfried Helmchen (Berlin), Prof. Dr. med. Klaus Lieb (Mainz), Prof. Dr. med. Wolfgang Maier (Bonn), Prof. Dr. med. Jürgen L. Müller (Göttingen), Dr. phil. Sabine Müller (Berlin), Prof. Dr. med. Thomas Pollmächer (Ingolstadt), Prof. Dr. med. Henning Saß (Aachen), Prof. Dr. phil. Thomas Schramme (Hamburg), Prof. Dr. med. Michael Seidel (Bielefeld), Prof. Dr. med. Dr. phil. Jochen Vollmann (Bochum) (federführend), Prof. Dr. med. Dr. phil. Henrik Walter (Berlin).

2. Patientenselbstbestimmung, Selbstbestimmungsfähigkeit und psychische Erkrankung

Patientenselbstbestimmung

Die Selbstbestimmung von Patienten hat im 20. Jahrhundert im Zuge allgemeiner gesellschaftlicher Entwicklungen mit Stärkung der persönlichen Freiheitsrechte und eines gewachsenen Patientenselbstbewusstseins sowie in Reaktion auf gravierendes ärztliches Fehlverhalten in der medizinischen Forschung in der modernen Medizin einen hohen ethischen und rechtlichen Stellenwert erlangt. In Deutschland spielten bei dieser historischen Entwicklung nicht zuletzt die schwerwiegenden Menschenrechtsverletzungen und Verbrechen während der Zeit des Nationalsozialismus eine entscheidende Rolle, an denen auch viele Psychiater beteiligt waren.

Der hohe Stellenwert der Patientenselbstbestimmung hat für den Arzt und alle anderen an der Behandlung von Patienten beteiligten Professionen ethische, rechtliche und berufspraktische Konsequenzen. Während der Arzt in früheren Zeiten häufig ohne Mitsprache des Patienten Entscheidungen zu dessen gesundheitlichem „Wohl“ getroffen hat und die ärztliche Grundhaltung durch einen fürsorglichen Paternalismus gekennzeichnet war, ist das Arzt-Patienten-Verhältnis heutzutage vom Ideal der partizipativen Entscheidungsfindung („shared decision making“) geprägt.

Das Prinzip der Selbstbestimmung findet in gesundheitlichen Angelegenheiten seinen Ausdruck im Respekt vor der selbstbestimmten Entscheidung des Patienten nach Aufklärung durch den Arzt („informed consent“). Die freie und informierte Einwilligung ist daher die notwendige Voraussetzung für jede diagnostische und therapeutische Maßnahme.

Voraussetzungen für einen gültigen „informed consent“ sind neben der Informationsvermittlung die freie Entscheidung (d. h. Patienten dürfen nicht von anderen zu einer Entscheidung gedrängt oder gezwungen werden) und das Vorliegen von Selbstbestimmungsfähigkeit. Selbstbestimmungsfähigkeit lässt sich mit dem rechtlichen Begriff der Einwilligungsfähigkeit gleichsetzen. Im Folgenden wird jedoch der Begriff der Selbstbestimmungsfähigkeit verwendet, da dieser nicht nur die Fähigkeit zur Einwilligung („consent“), sondern auch zur Ablehnung („dissent“) berücksichtigt. In der Praxis hat die Frage der Selbstbestimmungsfähigkeit des Patienten große Bedeutung, wenn ein Patient in eine vom Arzt empfohlene Maßnahme nicht einwilligt, sondern diese selbstbestimmt entgegen seinem (vermeintlichen) gesundheitlichen Wohl ablehnt.

Um im klinischen Alltag das Recht des Patienten auf Selbstbestimmung respektieren zu können, muss der Arzt die Kriterien der Selbstbestimmungsfähigkeit kennen. Dies ist nicht zuletzt deshalb wichtig, weil der Respekt vor der Selbstbestimmung eines Menschen auch darin zum Ausdruck kommt, dass man ihn vor ungewollten Folgen durch nicht-selbstbestimmte Entscheidungen schützt. Dieser Aspekt ist in der Psychiatrie von besonderer Bedeutung, weil akute oder chronische psychische Erkrankungen sowie angeborene oder erworbene kognitive Beeinträchtigungen die Fähigkeit eines Menschen zur Selbstbestimmung einschränken oder aufheben können. Beispielsweise können halluzinierte Befehle zur Selbsttötung die Selbstbestimmungsfähigkeit ebenso aufheben wie das aufgrund einer schweren Demenz fehlende Verständnis eines Patienten für den lebensrettenden Charakter eines medizinischen Eingriffes (z. B. einer Operation).

Willensäußerungen, bei denen die Kriterien der Selbstbestimmungsfähigkeit nicht erfüllt sind, werden im Recht häufig als „natürlicher Wille“ bezeichnet. Dieser kann verbal oder non-verbal, etwa durch abwehrende Handbewegungen, Ausspucken von Tabletten etc., zum Ausdruck gebracht werden. In der Psychiatrie kommt es häufig zu ethischen Konfliktsituationen, wenn der vom Patienten geäußerte „natürliche Wille“ mit dem ärztlichen Auftrag, zum gesundheitlichen Wohl des Patienten zu handeln, im Widerspruch steht. Dem Konzept der Selbstbestimmungsfähigkeit kommt daher unter ethischen und klinischen Gesichtspunkten ein zentraler Stellenwert zu.

Das normative Konzept der Selbstbestimmungsfähigkeit

Die Selbstbestimmungsfähigkeit stellt ein normatives Konzept dar, das in Ethik und Recht entwickelt wurde. Dieses Konzept ist in der internationalen klinisch-ethischen Literatur breit akzeptiert. Selbstbestimmungsfähigkeit konkretisiert sich im rechtlichen Begriff der Einwilligungsfähigkeit.

Trotz einiger konzeptioneller Überschneidungen darf die Selbstbestimmungsfähigkeit nicht mit den rechtlichen Begriffen der Geschäftsfähigkeit, Testierfähigkeit oder Schuldfähigkeit gleichgesetzt werden, da diese zum Teil andere und höhere Anforderungen an die betroffenen Personen stellen. Für den klinischen Alltag folgt daraus, dass auch Patienten, die nicht geschäftsfähig sind, sehr wohl zu selbstbestimmten Entscheidungen im Hinblick auf konkrete medizinische Maßnahmen in der Lage sein können. Auch das Bestehen einer gesetzlichen Betreuung schließt die Selbstbestimmungsfähigkeit nicht aus.

Das Konzept der Selbstbestimmungsfähigkeit dient dem Schutz von Personen, die aufgrund des Fehlens bestimmter Fähigkeiten nicht in der Lage sind, Entscheidungen selbstbestimmt zu treffen und deswegen besonders gefährdet sind, hierbei zu ihrem eigenen Nachteil zu handeln, z. B. indem sie medizinische Behandlungen ablehnen, die eine erhebliche Gefahr für Gesundheit oder Leben abwenden können, oder medizinischen Behandlungen zustimmen, deren Tragweite sie nicht erkennen können.

Eine Person ist bezüglich einer konkreten medizinischen Maßnahme selbstbestimmungsfähig, wenn zum Zeitpunkt der Entscheidung folgende Kriterien erfüllt sind:

- Informationsverständnis: Sie muss durch verständliche und ausreichende Aufklärung ein eigenes Verständnis davon entwickeln, worüber sie zu entscheiden hat und worin die Risiken und der potenzielle Nutzen der Entscheidung bestehen.
- Urteilsvermögen: Sie muss die erhaltenen Informationen mit ihrer Lebenssituation, mit ihren persönlichen Werthaltungen und Interessen in Verbindung bringen sowie diese gewichten und bewerten können. Die Folgen und Alternativen der Entscheidung müssen im Zusammenhang mit der eigenen Lebenssituation beurteilt werden können.
- Einsichtsfähigkeit: Sie muss erkennen können, dass ihre physische oder psychische Gesundheit eingeschränkt ist und dass Möglichkeiten zur Behandlung oder Linderung ihrer gesundheitlichen Problematik bestehen und ihr angeboten werden (sog. Krankheits- und Behandlungseinsicht).
- Ausdrucksfähigkeit der Entscheidung: Sie muss die Fähigkeit besitzen, im Lichte der bestehenden Alternativen eine Entscheidung zu treffen und diese verbal oder non-verbal zum Ausdruck zu bringen.

Alle diese Fähigkeiten sind graduell ausgeprägt. Psychische Erkrankungen oder kognitive Beeinträchtigungen können die Komponenten der Selbstbestimmungsfähigkeit in verschiedener Weise beeinflussen. Kognitive Defizite im Rahmen einer beginnenden Demenzerkrankung können beispielsweise mehr oder weniger stark das Informationsverständnis oder das Urteilsvermögen beeinträchtigen. Wahnvorstellungen bei Patienten mit einer akuten Psychose führen hingegen häufig dazu, dass die Einsichtsfähigkeit vermindert oder sogar aufgehoben ist. Die Fähigkeit, eine Entscheidung zu treffen und zum Ausdruck zu bringen, kann durch eine hochgradige Ambivalenz bei einer schweren Depression eingeschränkt sein.

Die Erfahrungen aus der Begegnung mit psychisch kranken Menschen verdeutlichen, dass in alle menschlichen Entscheidungen nicht allein rationale Erwägungen, sondern in hohem Maße auch emotionale, situative und interpersonelle Faktoren einfließen. Damit ist nicht die Rationalität von Begrün-

dungen entscheidend, sondern es müssen auch unvernünftig erscheinende Entscheidungen eines selbstbestimmungsfähigen Patienten respektiert werden. Weiterhin ist zu bedenken, dass alle genannten Einschränkungen im zeitlichen Verlauf mehr oder weniger stark fluktuieren können.

In einer konkreten medizinischen Entscheidungssituation muss die Selbstbestimmungsfähigkeit jedoch kategorial eingestuft werden (d. h. die Selbstbestimmungsfähigkeit ist entweder vorhanden oder nicht vorhanden), da nur so entschieden werden kann, ob der Patient in dieser Situation selbst zu einer Einwilligung oder Ablehnung einer medizinischen Maßnahme in der Lage ist.

Selbstbestimmungsfähigkeit und psychische Erkrankung

Bei der Diskussion um die Selbstbestimmungsfähigkeit muss nachdrücklich darauf hingewiesen werden, dass einer Person die Fähigkeit zur selbstbestimmten Entscheidungsfindung nicht allein deswegen fehlt, weil eine psychische Erkrankung (z. B. Schizophrenie, Depression) oder eine kognitive Beeinträchtigung (z. B. Demenz) vorliegt. Die Selbstbestimmungsfähigkeit kann auch nicht allein deshalb verneint werden, weil sich ein Patient selbst nicht für krank hält, obwohl eine psychiatrische Erkrankung gemäß der in Deutschland verbindlichen Diagnosemerkmale (ICD-10) diagnostiziert wurde. Ebenso wenig kann die Selbstbestimmungsfähigkeit allein deshalb verneint werden, weil die Person eine empfohlene oder indizierte Therapie ablehnt. Die Ablehnung einer bestimmten Diagnose oder Therapieoption kann auch zu respektierende persönliche Gründe aufgrund biografischer Erfahrungen und individueller Werthaltungen haben. Der UN-Behindertenrechtskonvention (UN-BRK) ist zudem darin zuzustimmen, dass das Vorliegen einer Behinderung alleine die Selbstbestimmungsfähigkeit nicht ausschließt.

Die genannten Kriterien der Selbstbestimmungsfähigkeit sind daher in jedem Einzelfall sorgfältig zu überprüfen. Selbstbestimmungs(un)fähigkeit wird dabei immer in Bezug auf eine konkrete medizinische Entscheidungssituation beurteilt. Ein Patient kann z. B. bezüglich einfacher Maßnahmen wie einer Blutabnahme selbstbestimmungsfähig sein, obwohl er nicht in der Lage ist, wirksam in eine komplexe Behandlungsstrategie (z. B. einen operativen Eingriff) einzuwilligen. Willensäußerungen oder andere intentionale Bekundungen bei fehlender Selbstbestimmungsfähigkeit werden im Betreuungsrecht als „natürlicher Wille“ bezeichnet. Darunter fallen verbale wie nicht-verbale Äußerungen (z. B. gezielt abwehrende Gesten und Handlungen).

Anwendungsprobleme

Die Bedeutung der Selbstbestimmungsfähigkeit in der Medizin ist nicht zuletzt durch höchstrichterliche Entscheidungen aufgewertet worden. Das Bundesverfassungsgericht hat vom Vorhandensein oder Fehlen der Selbstbestimmungsfähigkeit abhängig gemacht, ob bei einer Person Maßnahmen oder Behandlungen zur Abwehr erheblichen gesundheitlichen Schadens gegen ihren „natürlichen Willen“ grundsätzlich durchgeführt werden dürfen.

In der Praxis hat der behandelnde Arzt die Aufgabe, die Selbstbestimmungsfähigkeit im Einzelfall unter Berücksichtigung der oben genannten Kriterien der Selbstbestimmungsfähigkeit festzustellen und zu dokumentieren. Da psychische Erkrankungen und kognitive Beeinträchtigungen in der Praxis eine häufige Ursache für die Selbstbestimmungsunfähigkeit von Patienten sind und da Psychiater auch in anderen medizinischen Fachgebieten (z. B. in der Neurologie, Intensivmedizin, Geriatrie oder Chirurgie) zur Abklärung der Selbstbestimmungsfähigkeit konsiliarisch einbezogen werden, haben in der Psychiatrie eine klare Konzeption und eine professionelle kompetente Feststellung der Selbstbestimmungsfähigkeit von Patienten eine besondere Relevanz und hohe praktische Bedeutung.

Die Anwendung der Kriterien der Selbstbestimmungsfähigkeit auf konkrete Einzelfälle kann in der Praxis z. B. aufgrund starker Fluktuationen des psychischen Zustands und Ambivalenzen in der Wil-

lensbildung des Patienten schwierig sein. Eine einmalige Beurteilung der Selbstbestimmungsfähigkeit ist daher nicht immer ausreichend, da es insbesondere bei Intoxikationen oder organisch bedingten psychischen Störungen zum zeitlich begrenzten Verlust der Selbstbestimmungsfähigkeit kommen kann. Es ist daher eine zentrale Aufgabe von Ärzten und anderen an der Behandlung von Patienten beteiligten Therapeuten, alle geeigneten medizinischen Maßnahmen zu ergreifen, um die Selbstbestimmungsfähigkeit des Betroffenen zu fördern bzw. wiederherzustellen. Es ist gut belegt, dass in manchen Situationen Selbstbestimmungsfähigkeit, z. B. durch Unterstützung von krankheitsbedingt beeinträchtigten kognitiven Funktionen (z. B. durch möglichst einfache, gebildete Darbietung und übersichtliche Organisation der entscheidungsrelevanten Information) wiederhergestellt werden kann. Solche Unterstützungen sollten, wenn sie möglich sind, eingesetzt werden. Durch bessere Kommunikation können etwaige Zwangsmaßnahmen abgewendet werden.

Des Weiteren ist zu beachten, dass die Frage, ob ein Patient selbstbestimmungsfähig ist oder nicht, häufig in klinischen Konfliktsituationen aufkommt, z. B. wenn ein Patient eine das Überleben sichernde Therapie ablehnt und seine Fähigkeiten im Hinblick auf eine selbstbestimmte Entscheidung zwar deutlich eingeschränkt, jedoch nicht gänzlich aufgehoben sind. In einem solchen Fall empfiehlt sich die Hinzuziehung eines unabhängigen, an der Behandlung des jeweiligen Patienten nicht beteiligten Arztes, der die Selbstbestimmungsfähigkeit nach den oben genannten Kriterien professionell beurteilt und dokumentiert. Ein solches Vorgehen kann zur Qualitätssicherung in der klinischen Praxis beitragen und verhindern helfen, dass sich Interessenskonflikte aufseiten des behandelnden Arztes für den Patienten nachteilig auswirken.

Aufgrund der hohen ethischen, rechtlichen und klinischen Bedeutung der Feststellung der Selbstbestimmungsfähigkeit eines Patienten besteht an diesem Punkt weiterer Diskussions- und Forschungsbedarf. Damit aktuelle Forschungsergebnisse in der Praxis auch umgesetzt werden, sollten das Konzept der Selbstbestimmungsfähigkeit sowie die Methoden zu ihrer Feststellung fester Bestandteil der fachärztlichen Weiterbildung sowie Inhalt der Fortbildung aller Gesundheitsberufe sein.

Selbstbestimmungsfähigkeit und UN-Behindertenrechtskonvention

Für Menschen, die an einer chronischen psychischen Krankheit leiden bzw. die seelisch behindert sind, gilt das Übereinkommen der Vereinten Nationen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen (UN-Behindertenrechtskonvention/UN-BRK) aus dem Jahr 2006. Die UN-BRK konkretisiert die Allgemeine Erklärung der Menschenrechte der Vereinten Nationen von 1948 und weiterer Menschenrechtspakte für Menschen mit Behinderungen. In Artikel 12 der UN-BRK heißt es, dass Menschen mit Behinderungen das Recht haben, überall als Rechtssubjekt anerkannt zu werden, und in allen Lebensbereichen gleichberechtigt mit anderen Rechts- und Handlungsfähigkeit besitzen. Hieraus resultiert der Rechtsanspruch auf die erforderliche Unterstützung bei der gleichberechtigten Ausübung ihrer Rechts- und Handlungsfähigkeit.

Das weiter oben ausgeführte fähigkeitsbasierte Konzept von Selbstbestimmung wurde u. a. mit dem Argument kritisiert, es sei nicht mit der UN-BRK vereinbar. Tatsächlich wird das Konzept der Selbstbestimmungsfähigkeit in der UN-BRK jedoch weder verwendet noch abgelehnt.

Grundsätzlich betont die UN-BRK das Recht auf Selbstbestimmung, sie behauptet jedoch nicht, dass Selbstbestimmungsfähigkeit in der Praxis jederzeit vorliegen würde. Vielmehr fordert sie ausdrücklich, die Entscheidungsfindung von Menschen mit behinderungsbedingten Einschränkungen zu unterstützen, statt deren Entscheidungen zu ersetzen. Die Konvention fordert geeignete Maßnahmen, um Menschen mit Behinderungen Zugang zu der Unterstützung zu verschaffen, die sie zur Ausübung ihrer Rechts- und Handlungsfähigkeit gegebenenfalls benötigen. Bei diesen Maßnahmen sind die Rechte, der Wille und die Präferenzen der Betroffenen zu achten. Die Maßnahmen sollen wirksam vor

missbräuchlicher Einflussnahme gesichert werden; sie sollen verhältnismäßig, individuell zugeschnitten und von möglichst kurzer Dauer sein; sie sollen regelmäßig durch eine unabhängige, unparteiische Behörde überprüft werden. Aus den Ausführungen in Art. 12 Abs. 4 der UN-BRK ist ersichtlich, dass ihren Autoren bewusst war, dass es gute Gründe für Einschränkungen von bestimmten Rechten geben kann, die jedoch gegen Missbrauch und Willkür abzusichern sind. Das deutsche Betreuungsrecht basiert auf den gleichen Grundsätzen.

Die UN-BRK verbietet es – wie auch andere Menschenrechtsdokumente – nicht grundsätzlich, Menschen mit Behinderungen die Freiheit zu entziehen. Sie verbietet jedoch, die Freiheit willkürlich, rechtswidrig oder nur aufgrund einer Behinderung zu entziehen (Art. 14). Somit verbietet die UN-BRK insbesondere keine Unterbringungen aufgrund von Fremd- oder Selbstgefährdung. Selbstverständlich sind bei solchen Unterbringungen auf gesetzlicher Grundlage stets die oben genannten Unterstützungen zu leisten.

Bezüglich der Gesundheitsversorgung gibt die UN-BRK vor, dass Menschen mit Behinderungen eine Versorgung von gleicher Qualität wie andere Menschen erhalten sollen und zusätzlich jene Leistungen, die sie wegen ihrer Behinderung benötigen. Dazu muss eine freie Einwilligung nach vorheriger Aufklärung (Art. 25) vorliegen. Die UN-BRK führt nichts dazu aus, wie vorzugehen ist, wenn eine freie Einwilligung nicht möglich ist, weil der Betroffene aus welchen Gründen auch immer nicht in der Lage ist einzuwilligen. Entscheidend ist vielmehr, dass der Wille und die Rechte von Menschen mit Behinderungen genauso zu respektieren sind wie der Wille und die Rechte aller anderen Menschen.

In Fällen, in denen eine Therapie auf die Wiederherstellung einer gegebenenfalls eingeschränkten Selbstbestimmungsfähigkeit zielt, kann sie in der Sache eine Unterstützung zur Wiedererlangung bzw. bei der Ausübung der Rechts- und Handlungsfähigkeit gemäß Art. 12 Abs. 3 UN-BRK sein.

Aufgrund höchstrichterlicher Rechtsprechung gilt in Deutschland das Prinzip der fähigkeitsbasierten Selbstbestimmungsfähigkeit. Im Fall fehlender oder eingeschränkter Selbstbestimmungsfähigkeit sind nach dieser höchstrichterlichen Rechtsprechung in engen gesetzlichen Grenzen gegebenenfalls Maßnahmen gegen den „natürlichen Willen“ der Betroffenen möglich, insbesondere wenn sie dem Ziel dienen, Selbstbestimmungsfähigkeit wiederherzustellen. Das Bundesverfassungsgericht sieht keine Unvereinbarkeit seiner Position mit der UN-BRK, da es in seiner Rechtsprechung zur Zwangsbehandlung sowohl auf die UN-BRK Bezug genommen als auch die Selbstbestimmungsunfähigkeit zum entscheidenden Kriterium der Zulässigkeit von Zwangsbehandlungen gemacht hat.

3. Zwangsmaßnahmen und Zwangsbehandlung: Eine ethische Perspektive

Unter Zwangsmaßnahmen werden rechtlich a) Unterbringungen psychisch Kranker gegen deren erklärten Willen in Krankenhäusern und b) unterbringungsähnliche Maßnahmen (wie Fixierungen und Isolierungen) gegen den erklärten Willen verstanden. Ärztliche Zwangsmaßnahmen sind diagnostische und therapeutische Interventionen gegen den erklärten Willen.

In der klinischen Praxis kommt es immer wieder vor, dass sich Patienten selbstbestimmt gegen eine medizinische Behandlung entscheiden, die aus ärztlicher Sicht indiziert und unter Umständen dringend notwendig ist, um schwerwiegende gesundheitliche Schäden zu verhindern. Der Arzt hat in solchen Fällen die Pflicht, den Patienten umfassend über den Nutzen und die Risiken der Behandlung und die Konsequenzen einer Ablehnung aufzuklären. Bleibt der Patient jedoch bei seiner ablehnenden Haltung, ist sein selbstbestimmter Wille von ärztlicher Seite zu respektieren, selbst wenn der Patient dadurch seine Gesundheit oder gar sein Leben gefährdet. Zwangsmaßnahmen oder -behandlungen gegen den selbstbestimmten Willen eines Patienten sind ethisch nicht zu rechtfertigen. Analoges gilt für die Einweisung in Kliniken bzw. Unterbringung, die dem Zweck der Behandlung und/oder der Gefahrenabwehr dient.

Ebenso wenig sind Maßnahmen gegen den Willen von selbstbestimmungsunfähigen Patienten zu rechtfertigen, die aus medizinischer Perspektive zwar indiziert sind, die aber im Fall der Ablehnung der Therapie weder für den Betroffenen noch für andere eine erhebliche gesundheitliche Gefahr bedeuten würde. Anstelle von Zwang ist in solchen Fällen ein an den Bedürfnissen und der Lebensrealität der Betroffenen orientiertes Behandlungs- und Unterstützungsangebot vor Ort zu fordern. Im Hinblick auf die hierfür erforderlichen sozialpsychiatrischen Versorgungsstrukturen sind aus ethischer Perspektive Änderungen in der gesundheits- und forschungspolitischen Prioritätensetzung erforderlich, um Zwangsmaßnahmen zu verringern. Es gilt, ein gemeindebasiertes psychiatrisches Hilfesystem aufzubauen, das mit ausreichenden Ressourcen ausgestattet ist und sich am Willen der betroffenen Menschen orientiert.

Anders ist die Situation einzuschätzen, in der ein Patient krankheits- bzw. behinderungsbedingt nicht selbstbestimmt entscheiden kann und eine Behandlung zurückweist, die aus medizinischer Perspektive notwendig ist, um schwere Gesundheitsschäden zu verhindern oder gar lebensbedrohliche Zustände abzuwenden (z. B. im Fall einer schweren kognitiven Beeinträchtigung infolge von Demenz oder angeborener geistiger Behinderung). Dies stellt Ärzte (u. a. in der Psychiatrie, aber auch in anderen Bereichen wie der Chirurgie, der Geriatrie oder der Notfallmedizin) vor das grundlegende Problem, ob und wann eine Maßnahme oder Behandlung gegen den nicht-selbstbestimmten Willen des Patienten – d. h. eine Zwangsmaßnahme oder Zwangsbehandlung – ethisch zu rechtfertigen ist. In der Praxis können diese Abwägungen sehr schwierig sein, so z. B. bei der Frage, wie schwerwiegend und wie wahrscheinlich Konsequenzen der Nichtbehandlung tatsächlich sein müssen, um eine Maßnahme gegen den „natürlichen“ Willen, d. h. eine aktuelle ablehnende Willensäußerung des Patienten, durchsetzen zu dürfen.

Ethische Begründung

Begründung von Zwangsmaßnahmen

Zwangsmaßnahmen (z. B. die Beschränkung der Bewegungsfreiheit durch Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus, ebenso wie Fixierungen bzw. Isolierungen) und Zwangsbehandlungen (z. B. eine medikamentöse Behandlung gegen den Willen des Patienten) sind nur dann ethisch vertretbar, wenn selbstbestimmungsunfähige Personen ihre eigene Gesundheit und ihr Leben (Selbstgefährdung) oder die Gesundheit und das Leben anderer Personen (Fremdgefährdung) konkret und erheblich gefährden und dies durch keine anderen Maßnahmen – wie insbesondere durch ernsthafte Versuche, den Patienten von der Gefährlichkeit seines Verhaltens und seiner Behandlungsbedürftigkeit zu überzeugen – abgewendet werden kann. In der Praxis gefährden sich psychisch Kranke, die Dritte bedrohen, häufig auch selbst.

Typische Beispiele für die Anwendung von Zwang bei selbstbestimmungsunfähigen Patienten in der Psychiatrie sind:

- (I) Selbstgefährdung: Unterbringung auf einer psychiatrischen Akutstation zur Verhinderung einer drohenden Selbsttötung bei akuter Suizidalität; medikamentöse Behandlung eines schizophrenen Wahns mit selbstzerstörerischen Inhalten (z. B. der Überzeugung, fliegen zu können); intravenöse Flüssigkeitszufuhr bei verwirrten und exsikkierten Demenzkranken, die das Trinken verweigern; Gabe lebenswichtiger Medikamente (z. B. Insulin) bei depressivem Negativismus und gleichzeitigem Diabetes mellitus; Unterbringung und medikamentöse Behandlung bei einem lebensbedrohlichen Alkoholentzugsdelir.
- (II) Fremdgefährdung: Unterbringung und medikamentöse Behandlung bei Fremdaggressivität im Rahmen eines psychotischen oder drogenbedingten Erregungszustands. Hierbei wird durch

adäquate antipsychotische Medikation die dem Erregungszustand zugrunde liegende psychische Erkrankung behandelt.

Ethisch werden Zwangsmaßnahmen und -behandlungen in solchen Fällen dadurch begründet, dass die psychische Krankheit die Selbstbestimmungsfähigkeit des Kranken so stark beeinträchtigt, dass dieser die Folgen seines Handelns nicht übersehen kann und durch die Ablehnung einer Behandlung sein gesundheitliches Wohl und Leben erheblich bedroht, obwohl er dies im Zustand der Selbstbestimmungsfähigkeit nicht gewollt hätte. Die Behandlung gegen den nicht-selbstbestimmten Willen soll daher den Patienten einerseits vor ungewollten und gravierenden Gesundheitsschädigungen schützen und andererseits – sofern möglich – seine Selbstbestimmungsfähigkeit wiederherstellen. Vor diesem Hintergrund machen klinisch tätige Psychiater häufig die Erfahrung, dass Patienten im Nachhinein dankbar sind, gegen ihren nicht-selbstbestimmten Willen behandelt worden zu sein.

Es darf jedoch nicht übersehen werden, dass es Patienten gibt, die auch im Nachhinein mit einer gegen ihren nicht-selbstbestimmten Willen erfolgten Behandlung nicht einverstanden sind, weil sie diese als wenig hilfreich oder gar als traumatisierend oder erniedrigend erlebt haben. Die Folge ist nicht selten ein Vertrauensverlust in der Arzt-Patienten-Beziehung, durch den sich manche Patienten für eine gewisse Zeit oder gar dauerhaft vom psychiatrischen Hilfesystem abwenden. Viel stärker als bislang sollten klinisch tätige Psychiater daher neben den hinlänglich bekannten körperlichen Gefahren von Zwangsmaßnahmen (z. B. Verletzungen oder Todesfälle im Rahmen von mechanischen Fixierungen) potenzielle negative psychische Folgen in die Nutzen-Risiko-Bewertung und ihre Entscheidung für oder gegen derartige Maßnahmen einbeziehen.

Es gilt auch zu beachten, dass selbst wenn eine Zwangsmaßnahme (z. B. eine Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus) als medizinisch indiziert und ethisch gerechtfertigt angesehen wird (z. B. im Rahmen einer schweren depressiven Episode mit Selbstbestimmungsunfähigkeit und akuter Suizidalität), nicht automatisch auf die Legitimität einer Zwangsbehandlung (in diesem Fall z. B. einer antidepressiven Psychopharmakotherapie) geschlossen werden darf. Selbstbestimmungsfähigkeit und das Recht, Unvernünftiges zu wollen, schließen sich nicht aus. Die Zentrale Ethikkommission bei der Bundesärztekammer (ZEKO) hat in ihrer Stellungnahme zu Recht auf diesen Punkt hingewiesen. Selbstbestimmungsfähige Patienten haben auch ein „Recht auf Krankheit“ und können auf dieser Grundlage eine nach den Regeln ärztlicher Kunst indizierte Behandlung ablehnen.

Beurteilung von Nichtbehandlung bei Fremdgefährdung und von Fixierung/Isolation

Kritisch ist jedoch das Argument zu beurteilen, nach dem eine Fremdgefährdung durch aggressives Verhalten aufgrund einer psychischen Erkrankung allein schon durch freiheitsentziehende und sichernde Maßnahmen abgewendet werden kann. Die Nichtbehandlung der die Fremdgefährdung bedingenden psychischen Störung bei einem zwangsweise untergebrachten und zum Schutz von Mitpatienten und Krankenhauspersonal mechanisch fixierten Patienten ist unter ethischen Gesichtspunkten nicht vertretbar, da dem Patienten die Chance vorenthalten wird, seinen Krankheitszustand (und damit auch die Fremdgefährdung) schnell zu überwinden. Darüber hinaus gehen krankheitsbedingte Fremdgefährdungen zumeist auch mit erheblichen Gefahren der Selbstschädigung einher. Eine Fixierung eines hochgradig agitierten, häufig psychotischen oder intoxikierten Patienten ohne gleichzeitige Gabe beruhigender oder antipsychotisch wirksamer Medikamente ist aus psychiatrischer Sicht nicht zu verantworten, da sie mit einer erhöhten Verletzungsgefahr einhergeht und zu erheblichen psychischen Belastungen führen kann. Ohne eine medikamentöse Therapie wird eine mechanische Fixierung in vielen Fällen zudem zeitlich unverhältnismäßig ausgedehnt werden müssen. Aus ethischer Perspektive ist daher sehr fraglich, ob hier mit dem Ziel des erweiterten Schutzes des Patienten nicht de facto eine für den Kranken und alle übrigen Beteiligten inhumanere Situation befördert wird.

Aus psychiatrischer Sicht kann die unterschiedliche normative Bewertung von Zwangsfixierung und Zwangsmedikation in solchen Fällen daher nicht überzeugen. Denn der Perspektive eines besseren Schutzes des Patienten gegenüber Eingriffen in die körperliche Integrität durch Dritte steht die Gefährdung des Kranken durch die psychische Erkrankung selbst gegenüber. Während das Recht primär den Fokus auf den Schutz von Personen gegenüber Eingriffen von außen in den Vordergrund stellt, steht bei der psychiatrischen Beurteilung die Bedrohung des Patienten durch die psychische Erkrankung im Fokus. Diese gefährdet seine freie Entfaltung „von innen“ heraus und erfordert medizinische Hilfe „von außen“. Diese unterschiedlichen Perspektiven von Recht und Psychiatrie führen zu unterschiedlichen normativen Bewertungen dieser schwierigen Situationen. Aus ethischer Perspektive bedarf es aber einer Berücksichtigung beider Aspekte, also sowohl des Schutzes des Kranken gegenüber Eingriffen von außen als auch des Verständnisses der massiven Bedrohung des Patienten durch die psychische Krankheit selbst. Diese unterschiedlichen fachlichen Perspektiven und Bewertungen zwischen Recht und Medizin bedürfen eines interprofessionellen Dialogs in der Praxis und interdisziplinärer wissenschaftlicher Diskussion.

Das subjektive Erleben von Patienten, die Zwangsmaßnahmen erleiden müssen, ist mehrfach systematisch untersucht worden. Dabei ergab sich, dass zwangsweise physikalische Freiheitseinschränkungen (über die Unterbringung hinaus) deutlich demütigender und leidvoller erlebt werden, als geeignete medikamentöse Zwangsbehandlungen. Die rechtlichen Rahmenbedingungen sollten daher Fixierungen und Isolierungen ebenso wie medikamentöse Zwangsbehandlungen nur in engen Grenzen erlauben. Ziel muss dabei sein, diese Zwangsmaßnahmen – soweit irgend möglich – zu vermeiden und durch unterstützende Maßnahmen (die ggf. einen höheren Aufwand erfordern) zu ersetzen.

Problematisch sind die rechtlichen Regelungen in vielen Landespsychiatriegesetzen, welche die meist als entwürdigend und als besonders einschneidend erlebten mechanischen Fixierungen und Isolierungen (Zwangsmaßnahmen) allein durch die gerichtlich verfügte Unterbringung im Bedarfsfall rechtlich ermöglichen. Der rechtliche Schwellenwert für Fixierungen liegt in den gegenwärtig gültigen Psychiatrie-Krankengesetzen also sehr niedrig. In Anbetracht der Schwere dieses Eingriffs ist eine zusätzlich zur Unterbringung erforderliche rechtliche Genehmigung für Fixierungen und Isolierungen – nach Feststellung eines nicht anders zu begegnenden Bedarfs – geboten.

Die Doppelrolle der Psychiatrie und die Verpflichtung von Gesellschaft und Politik

Aus psychiatrischer Perspektive ist außerdem einer gesellschaftlichen Haltung nachdrücklich entgegenzutreten, als „lästig“ oder „störend“ empfundene Menschen unter dem Vorwand einer angeblichen „Fremdgefährdung“ gegen ihren Willen in einem psychiatrischen Krankenhaus unterzubringen. Auch in Fällen milder schwerer krankheitsbedingter fremdgefährdender Verhaltensweisen (etwa wiederholte kleinere Sachbeschädigungen, verbalaggressives Verhalten gegenüber anderen, Betätigung von Feueralarm, Spucken, Werfen von Gegenständen in Richtung anderer Menschen) sind eine psychiatrische Unterbringung und Behandlung gegen den Willen der betroffenen Kranken aus psychiatrischer Perspektive ethisch nicht gerechtfertigt. Noch bedenklicher sind die Regelungen in Landespsychiatriegesetzen zu Zwangsunterbringungen im Fall von erhaltener Selbstbestimmungsfähigkeit des Patienten.

Vor dem Hintergrund, dass es sich bei Zwangsmaßnahmen und -behandlungen um gravierende Grundrechtseingriffe handelt, ist eine fachliche und gesellschaftliche Diskussion über die zukünftige Ausgestaltung der ordnungspolitischen Funktion der Psychiatrie dringend notwendig, die auch die Frage miteinbezieht, welchen Grad von Belästigung die Gesellschaft zu akzeptieren bereit ist und wie die unterschiedlichen gesellschaftlichen Akteure ihre Haltung ethisch begründen. Der Psychiater und Psychotherapeut ist als Arzt primär dem Schutz und der Wiederherstellung der Gesundheit des Patienten verpflichtet. Die ihm ordnungspolitisch zugewiesene zusätzliche Rolle (Doppelrolle) in der Kon-

trolle sozialen Verhaltens führt häufig in unauflösbare Rollenkonflikte. Der Gesetzgeber muss dafür Sorge tragen, dass solche Rollenkonflikte, soweit irgend möglich, im Interesse der Patienten vermieden werden.

Zusammenfassend ist zu sagen, dass nur in Ausnahmefällen die Anwendung von Zwang bei psychisch kranken Menschen unter streng definierten Voraussetzungen gerechtfertigt ist. Dies sollte allen im psychiatrischen Versorgungssystem tätigen Personen bewusst sein und gegenüber Dritten (z. B. Angehörigen, ärztlichen Kollegen aus anderen Disziplinen, der Polizei) klar und deutlich vertreten werden. In bestimmten Fällen kann es jedoch ethisch gerechtfertigt und geboten sein, Maßnahmen oder Behandlungen gegen den nicht-selbstbestimmten Willen von Patienten durchzuführen, um schwere Gefahren für die Gesundheit und das Leben der Betroffenen abzuwenden. Angesichts der aber auch in solchen Fällen vorhandenen und zum Teil erheblichen physischen und psychischen Belastungen für den Patienten sind mit Nachdruck Maßnahmen zu fordern, die den Einsatz von Zwang in der Psychiatrie auf ein Minimalmaß reduzieren. In dieser Hinsicht besteht in psychiatrischen Kliniken an vielen Stellen erheblicher Verbesserungsbedarf. Der Gesellschaft und Politik obliegt es, zur Wahrung der Menschenrechte psychisch Kranker hierfür die strukturellen Voraussetzungen zu schaffen (wie auch von der ZEKO 2013 gefordert). Die folgenden Empfehlungen für die klinische Praxis sollen einen Beitrag dazu leisten, dass in Zukunft so häufig wie möglich auf die Ausübung von Zwang verzichtet werden kann.

4. Empfehlungen für die klinische Praxis

Ärztliche Vertrauensbildung bei selbstbestimmungsunfähigen Patienten

Sowohl die Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts als auch die neuen Regelungen im Betreuungsrecht fordern, dass die behandelnden Ärzte durch vertrauensbildende Maßnahmen ohne Zeitdruck versuchen, von gesprächsfähigen Patienten, die vorgeschlagene medizinischen Maßnahmen ablehnen, dennoch eine Zustimmung zu erhalten. Damit betont das Recht den hohen Stellenwert des Ausschöpfens aller möglichen kommunikativen und vertrauensbildenden Maßnahmen zwischen Arzt und Patient, um Zwangsmaßnahmen zu vermeiden. Diese Intention ist ethisch hochrangig.

Auf der anderen Seite bleibt es weitgehend im Unklaren, was in der Praxis im Gespräch zwischen Arzt und selbstbestimmungsunfähigen Patienten genau geschehen soll. Der Fokus eines solchen Arzt-Patient-Gesprächs kann nicht primär auf einer rationalen Information und Argumentation liegen, da ein selbstbestimmungsunfähiger Patient diese aufgrund seiner psychischen Erkrankung nur sehr eingeschränkt für seine Willensbildung nutzen kann. Seine Ablehnung beruht auf einer natürlichen, krankheitsbedingt aber veränderten Willensäußerung, die durch Zuwendung, Zeitinvestition, Wertschätzung und Vertrauensbildung überwunden werden soll. Doch diese Interaktion ist nur schwer von Manipulation, Täuschung und fragwürdiger Überredung transparent abgrenzbar. Die Grenzen zwischen einem ethisch zu rechtfertigenden Überzeugungsversuch, Überredung und einer abzulehnenden Manipulation sind unscharf. In diesem Graubereich besteht eine neue Missbrauchsgefahr. Daher ist es für die klinische Praxis wichtig, dass Psychiatrie und Psychotherapie diesen vom Recht vorgegeben Rahmen verantwortlich ausfüllt und professionell gestaltet. Hierbei können z. B. Best-Practice-Beispiele, Fallsammlungen, Kommunikationshilfen und Fortbildungsmodulare für die ärztliche Weiter- und Fortbildung helfen. Darüber hinaus können Maßnahmen wie offene Stationstüren und weitergehende Kompromisse und Absprachen bezüglich der Stationsregeln vertrauensbildend wirken. Best-Practice-Leitlinien liegen hierzu noch nicht vor und müssen noch entwickelt werden. Schließlich ist es erforderlich, in der psychiatrischen Wissenschaft Kriterien zu entwickeln, nach denen die o. g. Bemü-

hungen professionell als gescheitert anzusehen sind und ethisch verantwortbare Zwangsmaßnahmen mit gerichtlicher Genehmigung durchgeführt werden können.

Diese Grenzziehung wird in der psychiatrischen Praxis hohe praktische Bedeutung haben, denn Situationen, in denen eine Zwangsbehandlung erwogen wird, entstehen stets im ethischen Spannungsfeld zwischen dem Recht des Patienten auf Selbstbestimmung und körperliche Unversehrtheit und der ärztlichen Verpflichtung zum professionellen Handeln zum gesundheitlichen Wohl sowie zur Wiederherstellung der Selbstbestimmungsfähigkeit des Kranken. Dabei sind bisher die Anforderungen an die natürliche Willensbildung und die Kriterien zur Überwindung dieser natürlichen Willensäußerung mittels Zwang zum gesundheitlichen Wohl des Patienten weitgehend ungeklärt. Hier besteht sowohl theoretischer als auch praktischer Forschungsbedarf. Weiterhin wird es für die praktische Durchführung von hoher Bedeutung sein, inwieweit diese ärztlichen Gespräche mit dem Patienten ohne Zeitdruck im Krankenhausalltag zu realisieren und zu finanzieren sind. Hierbei fällt auf, dass die gestiegenen rechtlichen Anforderungen im Betreuungsrecht (BGB) zeitgleich zu gestiegenen Kosteneffizienzanforderungen im Rahmen des neuen pauschalierenden Entgeltsystems für Psychiatrie und Psychosomatik (PEPP) im Rahmen des Sozialrechts stehen. Wenn die Spannung zwischen Anforderungen des BGB und unzureichender Ausstattung durch das Sozialrecht weiter zunehmen, wird die Gesetzgebung unglaubwürdig und die im Gesundheitswesen Tätigen kommen in eine ethisch nicht zu verantwortende Konfliktsituation.

Verbesserungen auf struktureller Ebene

Von herausragender Bedeutung für eine gute klinische Praxis im Umgang mit Zwangsmaßnahmen und -behandlungen ist die strukturierte Schulung aller an der Behandlung beteiligten Berufsgruppen hinsichtlich der medizinischen, ethischen und rechtlichen Grundlagen. Aus ethischer Sicht geht es dabei nicht nur um die Vermittlung von Wissen, sondern um die Schaffung und Schärfung moralischer Urteilskraft, die gerade auch die Probleme und Widersprüche in diesem Feld zu sehen und aufzugreifen vermag. Eine solche Art der Weiterbildung existiert vereinzelt, weder ist sie aber in der aktuellen Musterweiterbildungsordnung für das Fach Psychiatrie und Psychotherapie verankert, noch existieren entsprechende strukturierte Angebote z. B. seitens der Fachgesellschaft. Diesbezüglich besteht erheblicher Handlungsbedarf.

In den Behandlungsabläufen und in ihrer personellen, sachlichen und räumlichen Ausgestaltung muss die Vermeidung von Zwangsmaßnahmen oberste Priorität haben, gefolgt von ihrer möglichst schonenden, minimal invasiven und minimal traumatisierenden Durchführung, wenn sie sich als nicht vermeidbar erweisen.

Organisatorische und räumliche Maßnahmen können wirkungsvoll Zwangsmaßnahmen reduzieren. Maßnahmen der Deeskalation in Krisensituationen wie die Zurverfügungstellung von Raum und Zeit, Bewegungsmöglichkeiten (z. B. durch Gartennutzung, Kickerspiel, die Möglichkeit, eine Zigarette zur Beruhigung zu rauchen) sind ebenso wie die Zurverfügungstellung von Möglichkeiten des Aggressionsabbaus konkrete, in der Praxis bewährte Maßnahmen. Hilfreich können auch die insbesondere im englischsprachigen Raum erprobten Haltetechniken sein, um Zwangsfixierungen oder räumliche Separation zu reduzieren, auch wenn diese in Deutschland keine Tradition haben und wegen des körperlichen Kontaktes möglicherweise als übergriffig beurteilt werden könnten. Die Qualität und Quantität des Personals sowie die Anordnung obligatorischer, aber unvermeidlich kostenintensiver 1:1-Betreuungen können nicht nur die Häufigkeit von Zwangsmaßnahmen, sondern auch die verursachten Belastungen für die Patienten bei einer notwendigen Fixierung reduzieren. Hinzu kommt, dass die durch personalintensive Betreuung mögliche Öffnung vormals geschlossener Stationen vertrauensbildend wirken und Zwangsmaßnahmen und Entweichungen signifikant senken kann. Die wenigen Studieren-

gebnisse, die zur Frage einer wirksamen Reduktion von Zwangsbehandlungen im klinischen Setting vorliegen, weisen darauf hin, dass eine Reduktion von Zwangsbehandlungen durch kommunikative Professionalität des Personals, aber insbesondere auch durch strukturelle, also eine angemessene räumliche und personelle Ausstattung der Kliniken, zu erreichen ist. Hier wäre auf politischer Ebene die angemessene Finanzierung der psychiatrischen Versorgung sicherzustellen, sodass die normativen Forderungen an eine dem Selbstbestimmungsrecht der Patienten entsprechende Behandlung im Rahmen der strukturellen Ausstattung der Behandlungseinrichtung umgesetzt werden können.

An die Aus-, Weiter- und Fortbildung einschließlich regelmäßiger Supervision und Prozessreflexion von Mitarbeitern, die unvermeidliche Zwangsmaßnahmen durchführen, sind sehr hohe Ansprüche zu stellen, damit stets nur die am wenigsten invasiven und traumatisierenden Maßnahmen ergriffen und diese nur möglichst kurz fortgeführt werden. Standard muss die Nachbesprechung solcher Maßnahmen mit dem Patienten, im Team und gegebenenfalls mit weiteren mittelbar Betroffenen sein sowie die Verankerung des Umgang mit Zwangsmaßnahmen bzw. -handlungen in den Weiterbildungsprogrammen.

Klinische Ethikberatung

Schließlich hat die gelebte Behandlungskultur mit der Notwendigkeit des Erklärens, Begründens und Vertretens von Zwangsmaßnahmen gegenüber den betroffenen Patienten und ihren Angehörigen sowie im Behandlungsteam eine wesentliche Auswirkung auf deren Reduktion. Eine besondere Ausgestaltung einer solchen veränderten Behandlungskultur stellt die klinische Ethikberatung dar. Erste Erfahrungen bei der Einbeziehung von klinischer Ethikberatung in Situationen, in denen eine Zwangsbehandlung erwogen wurde, zeigen, dass klinische Ethikberatung durch das gemeinsame Gespräch und die dadurch zum Ausdruck gebrachte Wertschätzung gegenüber dem Patienten erreichen kann, dass dieser danach eine medizinisch indizierte Maßnahme oft nicht mehr ablehnt und Zwangsmaßnahmen vermieden werden können. Den Behandlern bietet die klinische Ethikberatung durch die Einbeziehung und Moderation einer in ethischen Entscheidungsprozessen geschulten, nicht an der Behandlung des jeweiligen Patienten beteiligten Person die Möglichkeit, ihr eigenes Handeln zu reflektieren und schließlich eine ethisch begründete Entscheidung zu treffen. Solche Beratungen in schwierigen Entscheidungssituationen tragen zur Best-Practice-Schulung bei.

Darüber hinaus können klinische Ethikkomitees durch Fortbildungsveranstaltungen positiv auf die Behandlungskultur einwirken und die Mitarbeiterschaft für ethische Aspekte im klinischen Alltag und im Zusammenhang mit Zwangsmaßnahmen sensibilisieren. Durch die Entwicklung ethischer Leitlinien können sie außerdem dazu beitragen, klinische Entscheidungsprozesse zu strukturieren und ethische Standards zu sichern. Auf dieser Basis sollte auch mit Betroffenenverbänden und der Öffentlichkeit der Dialog gesucht werden.

Vorausverfügungen

Der gestiegene ethische und rechtliche Stellenwert der Patientenselbstbestimmung in der modernen Medizin hat zur Entwicklung von Vorausverfügungen geführt, mit deren Hilfe Patienten die Möglichkeit haben, im Voraus Entscheidungen für den Fall zu treffen, dass sie krankheitsbedingt eines Tages ihre Selbstbestimmungsfähigkeit verlieren. Neben Vorsorgevollmachten und Betreuungsverfügungen gehören Patientenverfügungen zu den gesetzlich verankerten Instrumenten. In der klinischen Praxis haben sich auch Behandlungsvereinbarungen zwischen dem Patienten und der Behandlungseinrichtung/dem Behandler als Instrument der vorausverfügten Selbstbestimmung bewährt.

Patientenverfügungen haben auch bei psychischen Erkrankungen rechtsverbindlichen Charakter, sofern die gesetzlichen Voraussetzungen erfüllt sind (u. a. schriftliche Form, gegebene Selbstbestim-

mungsfähigkeit zum Zeitpunkt der Abfassung). Ihre Rechtsverbindlichkeit schützt Patienten davor, dass ihre Behandlungswünsche übergangen werden, verdeutlicht aber auch die hohe Verantwortung, die Patienten für die eigene Gesundheit und den eigenen Behandlungsverlauf haben. Im klinischen Alltag können dadurch ethische Konfliktsituationen entstehen, z. B. wenn Patienten in einer Patientenverfügung eine potenziell wirksame Therapie ablehnen (etwa eine antipsychotische Medikation bei einer akuten Psychose) und dadurch die Wiederherstellung ihrer Selbstbestimmungsfähigkeit und die Behandlung von krankheitsbedingter Eigen- oder Fremdgefährdung erschwert oder verhindert wird. Das therapeutische Team befindet sich dabei nicht selten in einer ethischen Dilemmasituation, weil es einerseits die Patientenverfügung und damit die Selbstbestimmung des Patienten respektieren, aber andererseits negative Krankheitsverläufe akzeptieren muss, die zum Teil im krassen Widerspruch zum gesundheitlichen Wohl des Patienten und dem ärztlichen Ethos stehen. An diesem Punkt ist eine intensive gemeinsame Diskussion von Professionellen, Betroffenen und Angehörigen erforderlich, um Patientenverfügungen in Zukunft stärker als bislang als Instrumente zur Förderung von Selbstbestimmung und Wohl der Patienten einsetzen zu können.

Neben den gesetzlich verankerten Patientenverfügungen sind Vorausverfügungen entwickelt worden, die stärker den dialogischen Prozess zwischen Behandlern und Patienten betonen. Sowohl Behandlungsvereinbarungen („joint crisis plans“) als auch das Konzept der gesundheitlichen Vorausplanung („advance care planning“) beruhen auf einem strukturierten und professionellen Gesprächsprozess. Sie stärken auf diese Weise sowohl das Vertrauen zwischen Therapeuten und Patienten als auch die partizipative Entscheidungsfindung. Dank ihrer lokalen bzw. regionalen Implementierung stellen sie in psychiatrischen Krisensituationen (in denen Zwangsmaßnahmen erforderlich werden könnten) den unterschiedlichen Akteuren des psychiatrischen Hilfesystems wichtige Informationen über die vom Patienten gewünschten Behandlungsmaßnahmen zur Verfügung und geben im Idealfall auch Auskunft darüber, welche Maßnahmen in vergleichbaren früheren Situationen hilfreich waren.

Im Hinblick auf das Ziel, Zwangsmaßnahmen in der Psychiatrie so weit wie möglich zu reduzieren, sollten Vorausverfügungen in ihren verschiedenen Ausgestaltungen stärker als bislang zum Gegenstand von Fort- und Weiterbildungsangeboten gemacht werden. Dabei sollten ethische und rechtliche Kenntnisse vermittelt und anhand von konkreten klinischen Fällen diskutiert werden, um Unsicherheiten und Vorbehalten unter praktisch tätigen Psychiatern zu begegnen. Psychiatrie und Medizinethik sollten die Implementierung von Vorausverfügungen im Rahmen von Forschungsprojekten begleiten, damit Anwendungsschwierigkeiten im klinischen Alltag erkannt und die tatsächlichen Auswirkungen der entsprechenden Instrumente auf den Behandlungsverlauf und die Häufigkeit und die Dauer von Zwangsmaßnahmen erfasst werden können.

5. Ausblick

Der Respekt vor der Selbstbestimmung des Patienten und das Handeln zum gesundheitlichen Wohl des Kranken stellen grundlegende ethische Prinzipien in der Psychiatrie und Psychotherapie dar. In einer kleinen Gruppe von psychisch schwer erkrankten Patienten kann jedoch die Situation auftreten, dass selbstbestimmungsunfähige Patienten sich und Dritte in einem Ausmaß gefährden, dass zu ihrem gesundheitlichen Wohl Zwangsmaßnahmen erforderlich sind. In der konkreten Situation muss individuell auf der Grundlage von medizinischen, ethischen und rechtlichen Kenntnissen das Vorgehen festgelegt und begründet werden. In der Praxis handelt es sich dabei häufig um ethische Dilemmasituationen, in denen kein ideales Vorgehen zu erreichen ist. Besonders die zwangsweise Behandlung zum ausschließlichen Schutz der Rechtsgüter Dritter treibt den Psychiater in einen unauflösliehen Konflikt, der durch die ordnungspolitische Aufgabenzuteilung an die Psychiatrie („Doppelfunktion“) verschärft wird. Dieses Dilemma wird auch durch international sehr divergierende rechtliche,

ethische und klinische Standards deutlich. Das Erreichen eines ethischen Optimums macht eine verstärkte internationale Diskussion notwendig.

Durch die demografische Entwicklung mit der Zunahme z. B. gerontopsychiatrischer Erkrankungen wird diese Problematik wachsende Praxisbedeutung erlangen. Daher sind Verbesserungen in der Erforschung von Zwangsmaßnahmen, insbesondere aus der Betroffenenperspektive, ebenso erforderlich wie die Entwicklung und Erprobung von Maßnahmen (z. B. Kommunikationskompetenz, klinische Ethikberatung, Vorausverfügungen) zur Reduzierung von Zwangsbehandlungen. Diese Maßnahmen werden in der Praxis jedoch nur dann erfolgreich sein, wenn auch die institutionellen Rahmenbedingungen verbessert und finanzielle Mittel für deren Realisierung zur Verfügung gestellt werden. Hierzu sind Änderungen der Prioritätensetzungen im Gesundheitswesen erforderlich wie z. B. die bessere Verzahnung von stationärem und ambularem Bereich, die Förderung der gemeindenahen Versorgungsstrukturen, Versorgungsforschung und vor allem die qualitativ wie quantitativ gute personelle Ausstattung. Eine Anhebung der rechtlichen, ethischen und professionellen Standards ohne gleichzeitige strukturelle und finanzielle Realisierungsmöglichkeit ist unehrlich, frustriert die Beteiligten und trägt nicht zu einer besseren Patientenversorgung bei.

Für den Vorstand der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e.V. (DGPPN)

Prof. Dr. med. Wolfgang Maier
Reinhardtstraße 27 B
D-10117 Berlin
Tel.: 030-240 477 20
Fax: 030-240 477 229
E-Mail: sekretariat@dgppn.de