CHARITÉ Universitätsmedizin Berlin
Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie
Campus Mitte, Deutschland

Fixierung und andere einschränkende Maßnahmen in der Psychiatrie

Prof. Dr. Rainer Hellweg

Arbeitskreis „Ärzte und Juristen“ der AWMF e.V. – Würzburg – 12. April 2019

Informierte Einwilligung und Einwilligungsfähigkeit

- Die freie und informierte Einwilligung in eine diagnostische oder therapeutische Maßnahme („*informed consent*“) ist grundsätzlich erforderlich für deren rechtliche Zulässigkeit.

- Voraussetzungen für eine informierte Einwilligung:
  - Aufklärung über Diagnostik- und Therapieoptionen
  - freie Entscheidung (ohne äußeren Zwang oder Druck)
  - Einwilligungsfähigkeit

- Kriterien der Einwilligungsfähigkeit (DGPPN 2014):
  1. Informationsverständnis
  2. Urteilsvermögen
  3. Einsichtsfähigkeit
  4. Ausdrucksfähigkeit der Entscheidung

Freie Willensbestimmung (z.B. normale Bestimmbarkeit durch vernünftige Motive) kann durch psychiatrische Erkrankungen aufgehoben oder beeinträchtigt sein

- Psychiatrische Krankheiten können die kognitiven und voluntativen Fähigkeiten von Menschen beeinträchtigen, so dass ihnen vernünftige Willensäußerungen nicht mehr möglich sind.

- Normkonformes Verhalten kann durch eine psychiatrische Erkrankung beeinträchtigt oder verhindert werden.

- Die Aufhebung einer eigenen vernünftigen Willensentscheidung kann sich auch auf die medizinische Behandlung auswirken.

Hauptpunkte der psychiatrischen Symptomexploration

- Bewusstseinsstörungen
- Orientierungsstörungen
- Störungen der Aufmerksamkeit, Konzentration, Auffassung
- Störungen der Merkfähigkeit und Altgedächtnis
- Störung der Intelligenz
- Formale Denkstörungen
- Wahn, Halluzinationen
- Zwänge, Phobien, Ängste
- Störungen des Antriebs und der Psychomotorik
- Vegetative Störungen
- **Suizidalität**

Welche Formen von Suizidalitat kann eine akute Zwangsbehandlung verbessern?

Eine akute Behandlung auch gegen den Willen eines Patienten kann bei Suizidalitat im Rahmen einer schweren psychiatrischen Erkrankung (Depression, Schizophrenie, Manie oder Delir) bei bestehender wahnhafter Verkennung der Realität lebensrettend sein und sollte immer nach rechtlichen Möglichkeiten umgesetzt werden.

Hier ist oft auch „1:1-Betreuung“ indiziert!

Aus Lang, „Innovative Psychiatrie mit offenen Türen“, Springer-Verlag Berlin Heidelberg 2013, ISBN-13 978-3-642-32029-3 ISBN 978-3-642-32030-9 (eBook), DOI 10.1007/978-3-642-32030-9

ICD-10 Kapitel V (F)

Übersicht über die diagnostischen Kategorien

F0	Organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen
F1	Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen
F2	Schizophrenie, schizotype und wahnhafte Störungen
F3	Affektive Störungen
F4	Neurotische-, Belastungs- und somatoforme Störungen
F5	Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen oder Faktoren
F6	Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen
F7	Intelligenzminderung
F8	Entwicklungsstörungen
F9	Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend
F99	Nicht näher bezeichnete psychische Störungen

Fixierungen v.a. bei Erregungszuständen

Leitsymptomatik:

- Störung von Antrieb und Psychomotorik
- Gestik und Mimik angespannt
- Enthemmung mit Kontrollverlust
- „Bunte“ Psychopathologie
- Unbehandelt oft einige Tage anhaltend
- Eigengefährdung (Weglaufen, Suizidalität)
- Fremdgefährdung (in der Regel bei wahnhaften Symptomen)

ICD-10 Kapitel V (F)

Übersicht über die diagnostischen Kategorien

F0	**Organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen**
F1	Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen
F2	Schizophrenie, schizotype und wahnhafte Störungen
F3	Affektive Störungen
F4	Neurotische-, Belastungs- und somatoforme Störungen
F5	Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen oder Faktoren
F6	Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen
F7	Intelligenzminderung
F8	Entwicklungsstörungen
F9	Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend
F99	Nicht näher bezeichnete psychische Störungen

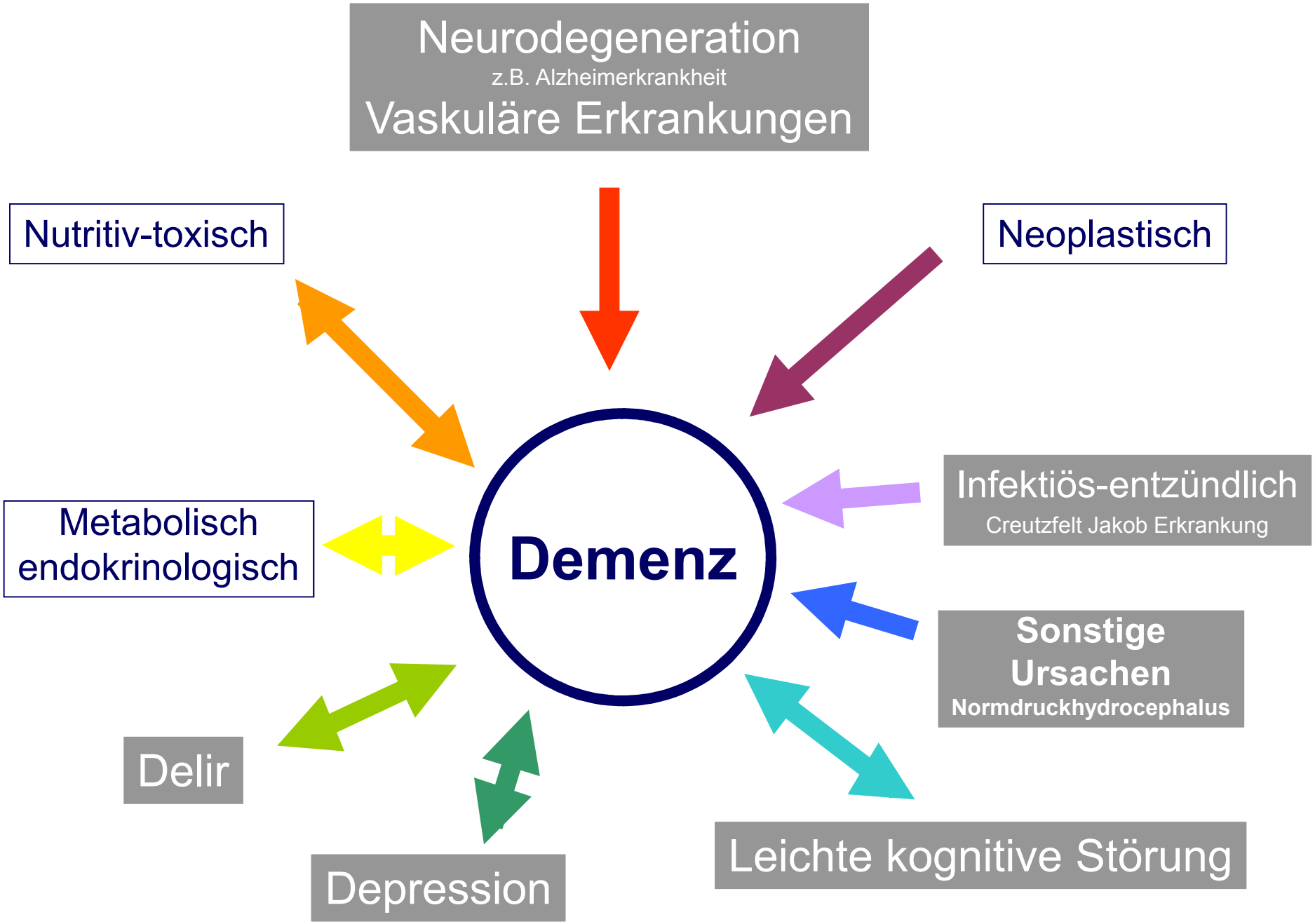
Das A-B-C der Demenz -

Welche Bereiche sind betroffen?

Activities of daily living → Alltagsaktivitäten (ADL)

Behaviour → Nicht kognitive Symptome (Verhalten)

Cognition → Kognition (Lernen, Gedächtnis…)


Neurodegeneration
z.B. Alzheimerkrankheit
Vaskuläre Erkrankungen
Nutritiv-toxisch
Neoplastisch
Infektiös-entzündlich
Creutzfelt Jakob Erkrankung
Metabolisch
endokrinologisch
Demenz
Sonstige
Ursachen
Normdruckhydrocephalus
Delir
Depression
Leichte kognitive Störung

ICD-10 Kapitel V (F)

Übersicht über die diagnostischen Kategorien

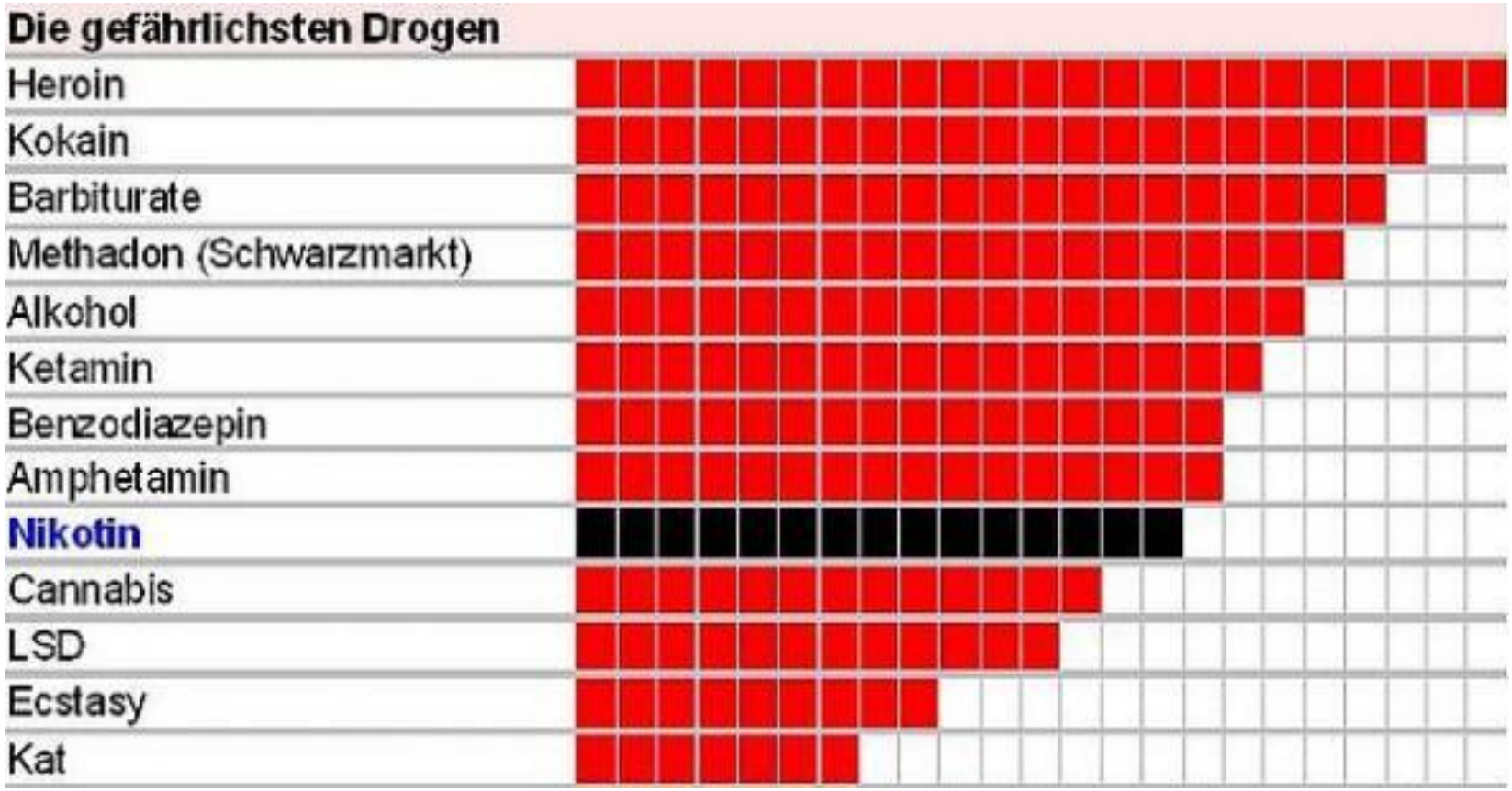
F0	Organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen
F1	**Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen**
F2	Schizophrenie, schizotype und wahnhafte Störungen
F3	Affektive Störungen
F4	Neurotische-, Belastungs- und somatoforme Störungen
F5	Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen oder Faktoren
F6	Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen
F7	Intelligenzminderung
F8	Entwicklungsstörungen
F9	Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend
F99	Nicht näher bezeichnete psychische Störungen

DSM 5: Substance Use Disorder

- Substance use disorders include abuse and dependence.
- Substance-induced disorders include intoxication, withdrawal, and various mental states (**dementia**, **psychosis**, anxiety, mood disorder, etc.) that the substance induces when it is used.

https://www.slideshare.net/Savipra/abnormal-psychology-substancerelated-disorders

Zur Abhängigkeit führen:



Alkohol – Rausch und Intoxikation

Forenbild.de

ICD-10 Kapitel V (F)

Übersicht über die diagnostischen Kategorien

F0	Organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen
F1	Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen
F2	**Schizophrenie, schizotype und wahnhafte Störungen**
F3	Affektive Störungen
F4	Neurotische-, Belastungs- und somatoforme Störungen
F5	Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen oder Faktoren
F6	Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen
F7	Intelligenzminderung
F8	Entwicklungsstörungen
F9	Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend
F99	Nicht näher bezeichnete psychische Störungen

Schizophrenie

ist <u>nicht</u>...

- ein „Zustand“, der in der Alltagssprache „widersprüchliches“ Denken oder Handeln bezeichnet (z.B. X oder Y „denkt/handelt/ist schizophren“),
- eine „Seelenspaltung“,
- ein „gespaltener Geist“ oder eine „gespaltene Persönlichkeit“,
- eine „multiple Persönlichkeit“,

sondern bezeichnet vielmehr...

- einen Krankheitsoberbegriff für eine Gruppe psychischer Störungen mit charakteristischer Psychopathologie:
  - Inhaltliche und formale Denkstörungen
  - Störungen des Ich-Erlebens
  - Störungen von Wahrnehmung, Kognition, Antrieb und Affektivität
- ..mit weiteren, klinisch heterogenen Symptomen/Krankheitsverläufen

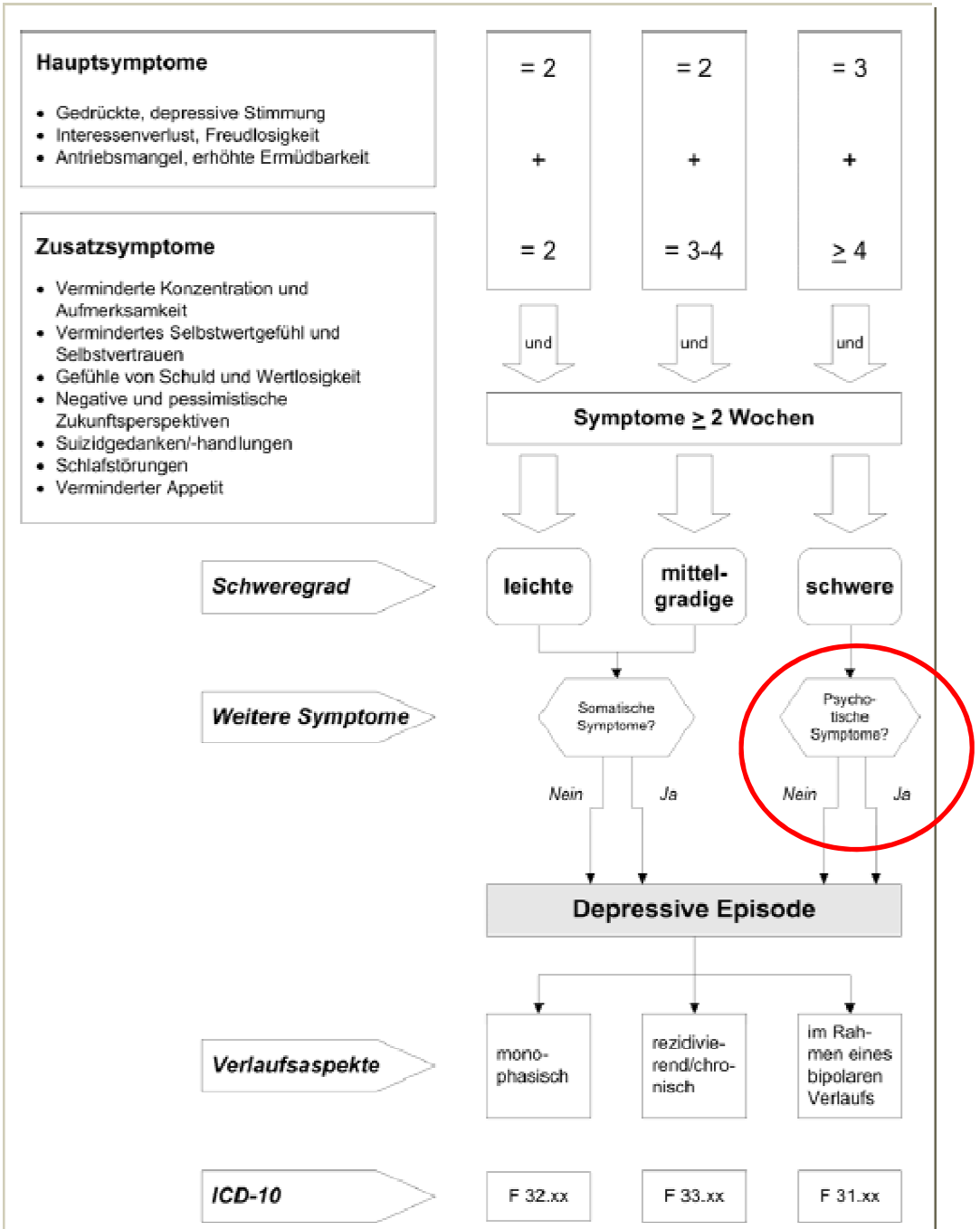
Differentialdiagnosen, u.a.

- Organisch bedingte Psychosen
- **Drogeninduzierte Psychose**
- Porphyrie
- Morbus Wilson
- Schizoaffektive und affektive Erkrankungen
- Schizophreniforme Erkrankung

ICD-10 Kapitel V (F)

Übersicht über die diagnostischen Kategorien

F0	Organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen
F1	Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen
F2	Schizophrenie, schizotype und wahnhafte Störungen
F3	**Affektive Störungen**
F4	Neurotische-, Belastungs- und somatoforme Störungen
F5	Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen oder Faktoren
F6	Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen
F7	Intelligenzminderung
F8	Entwicklungsstörungen
F9	Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend
F99	Nicht näher bezeichnete psychische Störungen



Algorithmus 1: Diagnose depressiver Episoden nach ICD-10 Kriterien (mod. n. [211])

Symptomcluster - Bipolarer Störungen

Manische Symptome

- Euphorie
- Größenideen / -wahn
- Logorrhoe
- Antreibssteigerung
- Reizbarkeit
- Aggressivität
- Impulskontrollstörung
- Libidosteigerung
- Risikoverhalten
- Schlafstörung

Depressive Symptome / Reizbarkeitssyndrom

- Depressive Stimmung
- Ängstlichkeit
- Antriebslosigkeit
- Reizbarkeit
- Aggressivität
- Suizidalität

Bipolare Störungen

Psychotische Symptome

- Wahn
- Halluzinationen

Kognitive Symptome/ Denkstörungen

- Denkbeschleunigung
- Aufmerksamkeitsstörung
- Konzentrationsstörung
- Defizit in Exekution und Planung

Nach Kupfer DJ. Guidelines for Bipolar Disorder: Current Status in the United States. Bipolar Disorders: Clinical Challenges and Treatment Choices, Sept. 9-10, 2002, Geneva, Switzerland

ICD-10 Kapitel V (F)

Übersicht über die diagnostischen Kategorien

F0	Organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen
F1	Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen
F2	Schizophrenie, schizotype und wahnhafte Störungen
F3	Affektive Störungen
F4	Neurotische-, Belastungs- und somatoforme Störungen
F5	Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen oder Faktoren
F6	**Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen**
F7	Intelligenzminderung
F8	Entwicklungsstörungen
F9	Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend
F99	Nicht näher bezeichnete psychische Störungen

Unterteilung der Persönlichkeitsstörungen (DSM)

- Cluster A - Sonderbar-Exzentrisch

  * Paranoid, Schizoid, Schizotypisch

- Cluster B - Dramatisch-Emotional-Launisch

  * Histrionisch, Borderline, Narzisstisch, Dissozial

- Cluster C - Ängstlich-furchtsam

  * Selbstunsicher, Dependent, Zwanghaft

Messinstrumente: z.B. SCID II

Die meisten Symptome der Persönlichkeitsstörung sind

Ich-Synton

D.h. die Symptome werden vom Patienten nicht als fremd bzw. krankhaft empfunden (z.B. dependente Züge), sondern nur die negativen Folgen der Symptome (Krise bei Verlust des Partners oder Arbeitsplatzes).

Pharmakologische Propädeutik
- Was eignet sich zur „Zwangsbehandlung“? -

- BENZODIAZEPINE
- NEUROLEPTIKA
- ANTIDEPRESSIVA
- STIMMUNGSSTABILISIERER
- ANTIDEMENTIVA
- ELEKTROKRAMPFBEHANDLUNG (EKT)

Pharmakologische Propädeutik
- Was eignet sich zur „Zwangsbehandlung“? -

● BENZODIAZEPINE

- **Mechanismus:** $GABA_A$-Rezeptor
- **Indikation:** Akutbehandlung (Suizidalität, Psychose, Delir, Erregungszustand, Schlafstörungen)
- **Nebenwirkungen:** Abhängigkeit, Gewöhnung, Sedierung
- **Substanzen:** Valium (Diazepam®)
- Lorazepam (Tavor®)
- Alprazolam (Tafil®)
- Clonazepam (Rivotril®)
- Zolpidem (Stilnox®)

Pharmakologische Propädeutik
- Was eignet sich zur „Zwangsbehandlung“? -

● NEUROLEPTIKA

● Mechanismus:	Dopamin, Serotonin, NMDA…
● Indikation:	Psychose, Delir
● Nebenwirkungen:	EMPS, metabolisch, anticholinerg
● Substanzen:	Haloperidol, Flupenixol, Benperidol
●	Promethazin, Melperon
●	Clozapin
●	Risperidon/Paliperidon, Olanzapin, Quetia
●	Amisulprid, Aripiprazol
●	und weitere

Pharmakologische Propädeutik
- Was eignet sich zur „Zwangsbehandlung“? -

- **ANTIDEPRESSIVA**

- **Mechanismus:** Serotonin, Noradrenalin, Dopamin, Melatonin
- (Rezeptor, Metabolisierung)
- **Indikation:** Depression, Angst- und Zwangserkrankungen
- **Nebenwirkungen:** Schwitzen, Sexuelle Funktionsstörungen, A
- cholinerg
- **Substanzen:** Amitriptylin, Trimipramin, Clomipramin;
- Tranylcypromin; Setralin, Paroxetin, Fluoxetin, Es-/Citalopram; Venlafaxin, Duloxetin, Mirtazapin, Agomelatonin

Pharmakologische Propädeutik
- Was eignet sich zur „Zwangsbehandlung“? -

- **ANTIDEPRESSIVA**

Wegen der mehrwöchigen Wirklatenz für die „akute Zwangsbehandlung“ ungeeignet!

Pharmakologische Propädeutik
- Was eignet sich zur „Zwangsbehandlung“? -

- **STIMMUNGSSTABILISIERER**

- **Mechanismus:** Serotonin, GABA, Second-messenger...
- **Indikation:** Prophylaxe affektiver Störungen
- **Nebenwirkungen:** Gewichtszunahme, Blutbildveränderungen, Hypothyreose, Tremor
- **Substanzen:** Lithium, Valproinsäure, Carbamazepin, Lamotrigin
-
-

Pharmakologische Propädeutik
- Was eignet sich zur „Zwangsbehandlung“? -

- **STIMMUNGSSTABILISIERER**

Bis auf Valproinsäure wegen der mehrwöchigen Wirklatenz für die „akute Zwangsbehandlung“ ungeeignet!

Pharmakologische Propädeutik
- Was eignet sich zur „Zwangsbehandlung“? -

● ANTIDEMENTIVA

- **Mechanismus:** Acetylcholin, NMDA
- **Indikation:** Demenz vom Alzheimer Typ
- **Nebenwirkungen:** Gastrointestinal, Schwindel, Unruhe
- **Substanzen:** Donepezil, Rivastigmin, Galantamin, Memantine

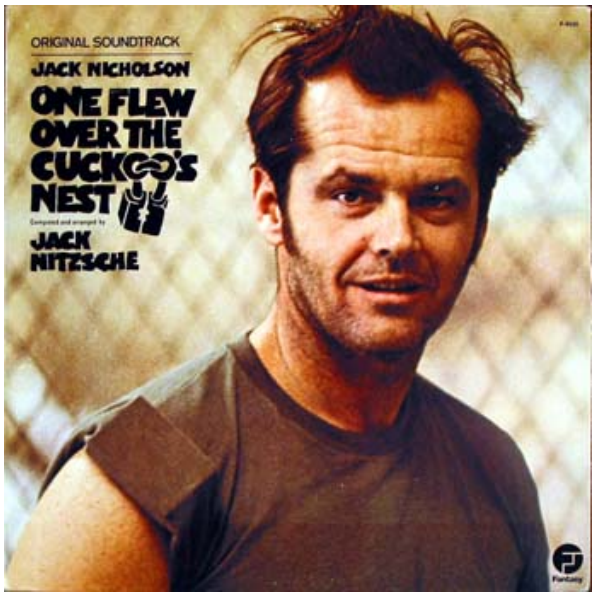
Pharmakologische Propädeutik
- Was eignet sich zur „Zwangsbehandlung“? -

- **ANTIDEMENTIVA**

Wegen der mehrwöchigen Wirklatenz für die „akute Zwangsbehandlung“ ungeeignet!

Elektrokrampftherapie (EKT)?

- seit 1940: Verbreitung durch Kalinowsky v.a. in den USA
- bis Anfang der 1970er erheblicher Missbrauch in amerikanischen Landeskrankenhäusern
- seit 1970 Gegenstand antipsychiatrischer Bewegungen:
- hauptbeschuldigte Therapien: ***EKT und Psychochirurgie***



1962 Ken Chasey:
„One Flew Over the Cuckoo's Nest“

Wissenschaftlicher Beirat der Bundesärztekammer
Deutsches Ärzteblatt 100, Ausgabe 8 vom 21.02.2003, Seite A-504

Die EKT ist grundsätzlich dann indiziert, wenn

- eine **Notwendigkeit für eine schnelle, definitive Verbesserung aufgrund der Schwere der psychiatrischen Erkrankung** besteht,

- die **Risiken der EKT geringer sind als die anderer Behandlungen**,

- aus der Vorgeschichte schlechtes Ansprechen auf einschlägige Psychopharmaka (Therapieresistenz) oder gutes Ansprechen auf EKT bei früheren Erkrankungsepisoden bekannt ist,

- Unverträglichkeit oder erhebliche Nebenwirkungen der Pharmakotherapie aufgetreten sind.

Wissenschaftlicher Beirat der Bundesärztekammer
Deutsches Ärzteblatt 100, Ausgabe 8 vom 21.02.2003, Seite A-504

Bei folgenden psychiatrischen Erkrankungen ist die EKT
die Therapie der **ersten** Wahl:

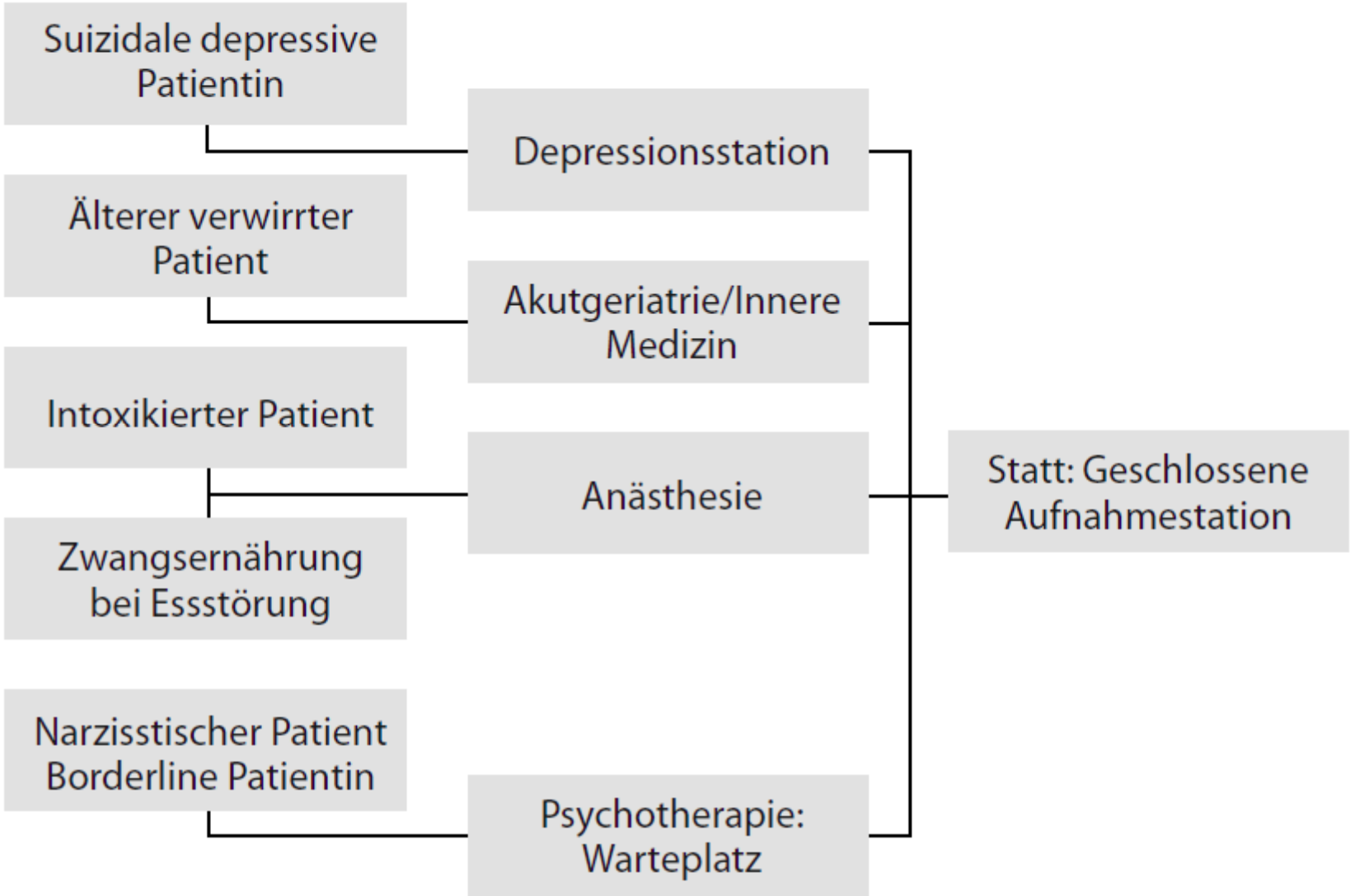
1. wahnhafte Depression,
   depressiver Stupor,
   schizoaffektive Psychose mit schwerer depressiver Verstimmung,

2. Major Depression mit hoher Suizidalität oder
   Nahrungsverweigerung,

3. akute, lebensbedrohliche (perniziöse) Katatonie.

Auch:
Leitlinie der World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP)seit 2007, Psychopharmakotherapie 6-2008, 239-264

Problem der Triagierung



Aus Lang: „Innovative Psychiatrie mit offenen Türen“, Springer-Verlag Berlin Heidelberg 2013, ISBN-13 978-3-642-32029-3 ISBN 978-3-642-32030-9 (eBook), DOI 10.1007/978-3-642-32030-9

Tab. 2.1 Potenzielle Ursachen für Gewaltverhalten bei psychiatrischen Patienten. (Nach Steinert u. Kohler 2005)

Häufig	– Alkoholintoxikation (evtl. in Verbindung mit einer Persönlichkeitsstörung) – **akute Psychosen** (schizophrene oder bipolare Störungen) – Erregungszustände in psychosozialen Konfliktsituationen gende psychiatrisch – Mischintoxikation b – Persönlichkeitsstöru
Weniger häufig	– postkonvulsiver Dämmerzustand bei Epilepsie – akute Belastungsreaktion nach psychischem Trauma – geistige Behinderung mit rezidivierenden, gleichartig verlaufenden Erregungszuständen – Demenz – **Entzugssyndrom/Delir** – unmittelbar vorangehendes Schädel-Hirn-Trauma – organische Persönlichkeitsstörung

Aus Lang: „Innovative Psychiatrie mit offenen Türen“, Springer-Verlag Berlin Heidelberg 2013, ISBN-13 978-3-642-32029-3 ISBN 978-3-642-32030-9 (eBook), DOI 10.1007/978-3-642-32030-9

Vergleich der Unterbringungsformen

	Öffentliches Recht	Zivilrecht
Vorschriften	PsychKG, UnterbrG Einheitliches Verfahrensrecht §§ 70-70m FGG	§ 1906 BGB
Zweck	Gefahrenbeseitigung, Behandlung	Schutz des Untergebrachten
Voraussetzungen	Gefahr für öffentliche Sicherheit und Ordnung, Selbstgefährdung	Selbstge-fährdung oder Notwendigkeit ärztlicher Behandlung

Zwang und Zwangsbehandlung: grundlegende Differenzierungen (1)

- 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.

Stellungnahme der Zentralen Kommission zur Wahrung ethischer Grundsätze in der Medizin und ihren Grenzgebieten (Zentrale Ethikkommission) bei der Bundesärztekammer; Deutsches Ärzteblatt | Jg. 110 | Heft 26 | 28. Juni 2013

Zwang und Zwangsbehandlung: grundlegende Differenzierungen (2)

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**.

Stellungnahme der Zentralen Kommission zur Wahrung ethischer Grundsätze in der Medizin und ihren Grenzgebieten (Zentrale Ethikkommission) bei der Bundesärztekammer; Deutsches Ärzteblatt | Jg. 110 | Heft 26 | 28. Juni 2013

Zwangsbehandlung aus juristischer Sicht (1)

- Artikel 15 GG garantiert Freiheit von Folter oder grausamer, unmenschlicher oder erniedrigender Behandlung oder Strafe.
- Dieser Artikel ist kein absolutes Verbot von Zwangsbehandlungen. Denn das Bundesverfassungsgericht (BVerfG) hat argumentiert, dass Zwangsbehandlungen ggf. durch grundrechtlich geschützte Interessen des Betroffenen selbst gerechtfertigt sein können, sofern dieser infolge krankheitsbedingter Einsichtsunfähigkeit seine Interessen nicht wahrnehmen kann. Denn die „Freiheit zur Krankheit“ könne nicht losgelöst von den tatsächlichen Möglichkeiten einer freien Willensentschließung betrachtet werden, die krankheitsbedingt eingeschränkt sein können.
- Das BVerfG hat einen prinzipiellen Vorrang der krankheitsbedingten Willensäußerung ausdrücklich negiert.

Zwangsbehandlung aus juristischer Sicht (2)

- Das BVerfG hält bei fehlender Selbstbestimmungsfähigkeit Zwangsmaßnahmen gegen den „natürlichen Willen“ unter streng definierten Voraussetzungen für zulässig, und zwar einerseits zum Schutz der Gesundheit und des Lebens des Betroffenen, andererseits mit dem Ziel, dessen Selbstbestimmungsfähigkeit wiederherzustellen. (BVerfG, 2 BvR 882/09 vom 23.03.2011)

- Das deutsche Betreuungsrecht und das Berliner PsychKG erlauben unter bestimmten Umständen medizinische Zwangsbehandlungen bei nicht-einwilligungsfähigen Patienten, um anders nicht abwendbare Gefahren für die Gesundheit oder das Leben des Betroffenen abzuwehren oder um deren Selbstbestimmungsfähigkeit wiederherzustellen. Voraussetzung ist allerdings, dass diese Maßnahmen dem vorausverfügten oder mutmaßlichen Willen der Betroffenen entsprechen oder zumindest nicht widersprechen und in ihrem Interesse (und zu ihrem Nutzen) sind.

Patienten mit Einwilligungsunfähigkeit

Weitgehender Konsens über Einwilligungsunfähigkeit:

- Kleinkinder
- Personen im (Wach-)koma
- Personen mit schwerer geistiger Behinderung
- Personen mit schwerer Demenz
- Personen mit akuter Psychose

Kontroverse Einschätzung der Einwilligungsunfähigkeit:

- Jugendliche
- Drogensüchtige
- Personen mit mäßiger geistiger Behinderung
- Personen mit beginnender Demenz
- Personen mit schwerer Depression
- Personen mit Anorexia nervosa
- Personen mit monothematischem Wahn (z.B. Capgras-Syndrom)

Probleme in der Bestimmung der Einwilligungsfähigkeit

- **Graduelle Ausprägung der Fähigkeiten** (medizinische Sicht)
- Emotionale, interpersonelle und situative Einflüsse auf Entscheidungen
- Einschränkungen der Einwilligungsfähigkeit können stark fluktuieren, u.U. innerhalb kurzer Zeit (z. B. durch Medikation, Drogen Intoxikation, Dehydrierung, erhöhten Hirndruck)
- Problematische Situationen bei Patienten mit stark fluktuierender Einwilligungsfähigkeit → mehrfache Beurteilungen der Einwilligungsfähigkeit erforderlich
- **Rechtlich ist eine kategoriale Einstufung der Einwilligungs-fähigkeit erforderlich.**
- Von dieser Einstufung hängt u. a. ab, ob Zwangsbehandlungen angeordnet werden dürfen.

Einwilligungsunfähigkeit - Caveats

- Weder das Vorliegen einer bestimmten psychiatrischen oder neurologischen Diagnose (z.B. Schizophrenie oder schwere Demenz) noch einer bestimmten Behinderung (z.B. Down-Syndrom) rechtfertigt *per se* die Feststellung der Einwilligungsunfähigkeit.

- Die Ablehnung einer bestimmten Therapie oder Diagnostik ist kein hinreichender Grund für die Feststellung der Einwilligungsunfähigkeit, auch wenn diese aus Sicht der behandelnden Ärzte unvernünftig erscheint.

- Die Einwilligungsfähigkeit ist grundsätzlich auf den in Frage stehenden Eingriff zu beurteilen – nicht als allgemeine Eigenschaft einer Person.

Einwilligungsunfähigkeit

Auch bei einwilligungsunfähigen Personen müssen Entscheidungen sich an deren Willen orientieren:

1. Zuvor erklärter Wille (Patientenverfügung)
2. Mutmaßlicher Wille
3. Bestes Interesse.

Konflikt: Der “natürliche Wille” steht im Widerspruch zum zuvor erklärten Willen und/oder zum mutmaßlichen Willen und/oder zum besten Interesse.

Optionen im Umgang mit einwilligungsunfähigen Patienten

1. Wiederherstellung der Einwilligungsfähigkeit (d.h. des „freien Willens“)
2. Assistierte Entscheidungen
3. Stellvertretende Entscheidungen (Betreuer)

Sogenannte “Freiheit zur Krankheit” gemäß BVerfG

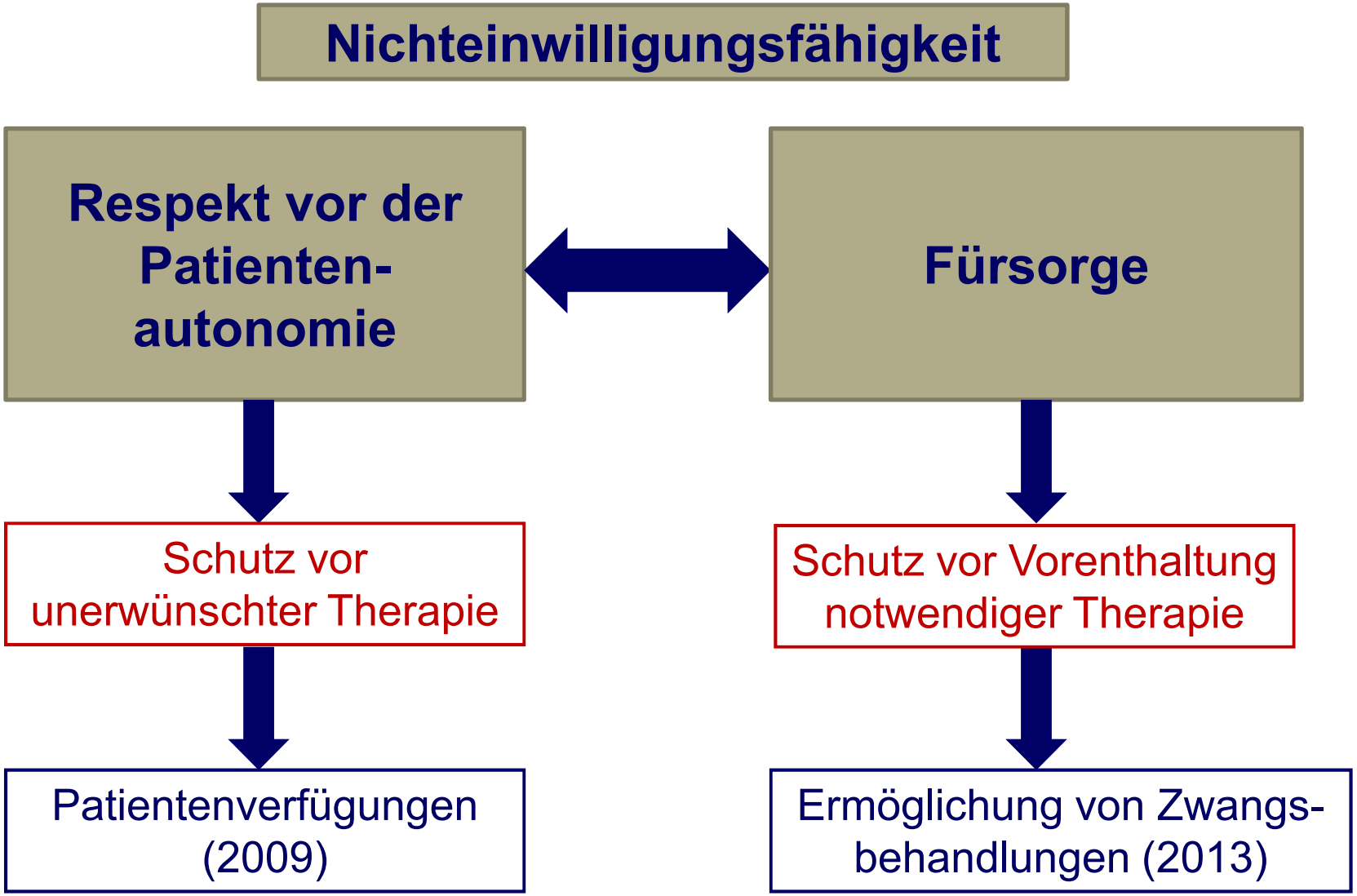
- Eigentlich: Recht, unerwünschte Behandlungen zu verweigern unter Inkaufnahme der Krankheit (auch aus unvernünftigen Gründen)

- Buchstäbliches Verständnis durch Neoliberale und Antipsychiatrie-Gruppen: *“Die Gesellschaft soll Menschen in Ruhe lassen, wenn sie jegliche Behandlung verweigern”*

- Beauchamp & Childress: keine Verpflichtung, die Autonomie von Personen zu respektieren, die einen substanziellen Mangel an Autonomie zeigen

- BVerfG (in Übereinstimmung mit UN-BRK): Die Freiheit zur Krankheit kann nicht losgelöst von den tatsächlichen Möglichkeiten einer freien Willensentschließung betrachtet werden, die krankheitsbedingt eingeschränkt sein können (2 BvR 882/09, 52, 23.03.2011)

Spannung im Betreuungsrecht



Zwangsbehandlungen nach dem „Fürsorge-Prinzip“

Voraussetzungen:

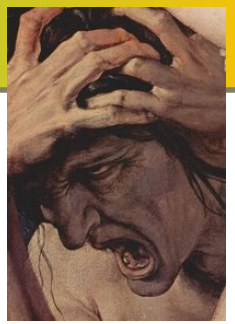
- Medizinische Behandlung notwendig zur Rettung des Lebens oder zur Wiederherstellung/Bewahrung der Gesundheit
- Nicht-Einwilligungsfähigkeit
- Keine rechtswirksame Patientenverfügung, die die Behandlung untersagt

Schock nach Unfall

Demenz

Krankheit bei Babys

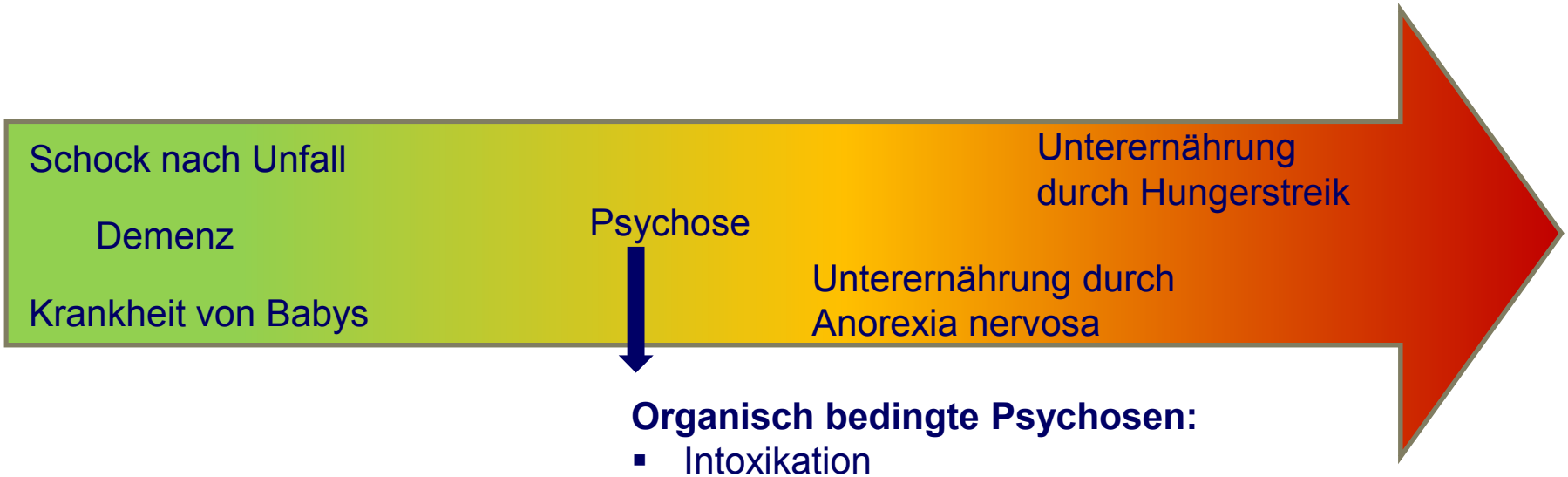
Psychose



Unterernährung durch Hungerstreik

Unterernährung durch Anorexia nervosa

Zwangsbehandlungen nach dem Fürsorge-Prinzip?



Organisch bedingte Psychosen:

- Intoxikation
- Drogenkonsum (LSD, Haschisch)
- Alkoholentzug
- Medikamente (L-Dopa, Cortison, Ritalin u.a.)
- Durchgangssyndrom
- Demenz
- Epilepsie
- Hirntumor
- Schädel-Hirn-Trauma
- Limbische Enzephalitis

Psychosen ohne bekannte organische Ursache:

- Schizophrenie
- Affektive Psychose

Novellierung der Bundesgesetzgebung zur betreuungsrechtlichen Einwilligung in ärztliche Zwangsmaßnahmen

Bundesministerium
der Justiz

Regelung zur Zwangsbehandlung vom Bundestag verabschiedet

Der Bundestag hat am 17. Januar 2013 eine neue gesetzliche Grundlage für Behandlungen von Menschen beschlossen, die aufgrund ihrer Krankheit nicht selbst frei entscheiden können und denen ohne Behandlung ein erheblicher gesundheitlicher Schaden droht. Damit können unter engen Voraussetzungen Kranke auch dann ärztlich behandelt werden, wenn ihnen die Fähigkeit zur freien Willensbildung fehlt.

Datum 18.01.2013

- Betreuungsgesetz (§ 1906 BGB)
- Gesetz über Verfahren in Familiensachen und in den Angelegenheiten der freiwilligen Gerichtsbarkeit

Novellierung des Gesetzes über das Verfahren in Familiensachen (17.01.2013)

- Bei der Genehmigung einer Einwilligung in eine ärztliche Zwangsmaßnahme ist die Bestellung eines **Verfahrenspflegers** stets erforderlich.
- Bei der Genehmigung einer Einwilligung in eine ärztliche Zwangsmaßnahme oder bei deren Anordnung soll der **Sachverständige nicht der zwangsbehandelnde Arzt** sein.
- Bei der Genehmigung einer Einwilligung in eine **ärztliche Zwangsmaßnahme mit einer Gesamtdauer von mehr als zwölf Wochen** soll das Gericht **keinen Sachverständigen** bestellen, der **den Betroffenen bisher behandelt oder begutachtet hat oder in der Einrichtung tätig ist, in der der Betroffene untergebracht ist.**

→ Wieder Rechtsicherheit für notwendige ärztliche Zwangsbehandlungen von psychisch kranken, einwilligungsunfähigen Patienten (Betreuungsrecht)
→ Mehr Rechtssicherheit für betroffene Patienten (Verfahrenspfleger, unabhängige Begutachtung, richterlicher Beschluss erforderlich)

Bericht von Juan Méndez, UN-Sonderberichterstatter über Folter und andere grausame, unmenschliche oder erniedrigende Behandlung oder Strafe

Der Bericht untersucht “Formen der Folter oder anderer grausamer, unmenschlicher oder erniedrigender Behandlungen in Gesundheitseinrich-tungen” sowie die dahinter stehende Politik und bestehende Lücken im Schutz dagegen. – **Thesen**:

- Zwangsbehandlungen werden fälschlicherweise mit der Doktrin von Einwilligungsunfähigkeit und therapeutischer Notwendigkeit gerechtfertigt, was im Widerspruch zur UNBRK steht.
- Zwangsbehandlungen von Personen mit psychosozialer Behinderung sind aufgrund ihres diskriminierenden Charakters Folter i.S. der *UN-Convention against Torture* – trotz “guter Absichten” der Behandler.
- Zwangsbehandlung, Isolation und längere Fixierung von Personen mit Behinderungen sollten absolut verboten sein.
- Unterbringungen aufgrund psychischer Krankheit oder Behinderung sollte verboten sein.
- Zwangsbehandlungen sollten nur in Notfällen bei klar fehlender Einwilligungsfähigkeit erlaubt sein.

!”

Stellungnahme der World Medical Association zum Méndez-Report

THE WORLD MEDICAL ASSOCIATION, INC.
L'ASSOCIATION MEDICALE MONDIALE, INC
ASOCIACION MEDICA MUNDIAL, INC

WMA

- Méndez' Forderung, freiheitsbeschränkende Maßnahmen für Personen mit psychosozialen Behinderungen zu verbieten, ist gefährlich; sie zeigt fehlende Kenntnis des schweren Krankheitszustands mancher Patienten und eine alarmierende Vernachlässigung ihres Selbst- und Fremdgefährdungsrisikos.
- Die Widersprüche des Berichts erzeugen Konfusion und Fehlinterpretationen.
- Der Bericht unterminiert die Arzt-Patienten-Beziehung, die auf Vertrauen, Professionalität und Vertraulichkeit basiert.
- Sorge, dass der Bericht Vorurteile gegen die Psychiatrie schürt und eine Haltung unterstützt, die psychiatrische Krankheiten als keine echten Krankheiten, sondern als soziale Abweichung oder psychosozialen Stress versteht.
- Befürchtung, dass die Aufweichung des Folter-Begriffs der Menschenrechts-agenda letztlich schadet.
- Bedauern der fehlenden Transparenz bei der Berichtserstellung und der fehlenden Konsultation der WMA.

Das BVerfG stellte in seinem Urteil aus 2018 bezüglich der Fixierung von Patienten klar:

(24.07.2018- 2 BvR 309/15-Rn.1-131)

- Die Fixierung eines Patienten stellt einen Eingriff in dessen Grundrecht auf Freiheit der Person (Art. 2 Abs. 2 Satz 2 i.V.m. Art. 104 GG) dar.
- Sowohl bei einer 5-Punkt- als auch bei einer 7-Punkt-Fixierung von nicht nur kurzfristiger Dauer handelt es sich um eine Freiheitsentziehung im Sinne des Art. 104 Abs. 2 GG.
- Fixierung ist von einer richterlichen Unterbringungsanordnung allein nicht gedeckt.
- Von einer "kurzfristigen Maßnahme" ist in der Regel auszugehen, wenn sie absehbar die Dauer von ungefähr einer **halben Stunde** unterschreitet.

Implikationen aus dem aktuellen BVerfG Urteil bezüglich der Fixierung von Patienten:

(24.07.2018- 2 BvR 309/15-Rn.1-131)

- Die Vorgabe des maximalen Zeitraums einer Fixierungsmaß-nahme von 30 Minuten bis diese als gerichtlich zu genehmigenden Freiheitsentziehung angesehen werden und eine entsprechende Entscheidung unverzüglich gesucht werden muss, hat besondere Bedeutung für den Arzt: *insbesondere nachts oder an Feiertagen/Wochenenden?!*
- Sofern sich also ein Patient aufgrund gerichtlicher Unterbringung in stationärer Behandlung befindet und eine Fixierung erforderlich wird, ist unmittelbar eine gesonderte gerichtliche Entscheidung einzuholen.
- Jede Neuaufnahme einer Fixierung muss erneut ärztlich angeordnet und ggf. nach 30 Minuten Dauer richterlich genehmigt werden.

Vgl. **Arzt und Recht bei Fehlern und Irrtümern - Für Praxis, Klinik und Begutachtung**
Große Feldhaus, Justin & Große Feldhaus, Silvana (Herausgeber), Erscheinungsdatum: 01/2019 , S. 110 f.

Dokumentation zu Zwangsbehandlungen der Psychiatrie-Charité -Mitte

1. Untersuchung der Einwilligungsfähigkeit
Geplante Untersuchung oder Behand-lung

Zeitpunkt der Untersuchung der Einwilligungsfähigkeit

Untersuchung der Einwilligungsfähigkeit in Bezug auf die o.g.Untersuchung oder Behandlung:

1. Informationsverständnis

2. Urteilsvermögen

3. Einsichtsfähigkeit

4. Ausdrucksfähigkeit der Entscheidung

Beurteilung der Einwilligungsfähigkeit
Der Patient ist einwilligungsfähig in Bezug auf die geplante medizinische Maßnahme.
Der Patient ist krankheitsbedingt nicht in der Lage, die Notwendigkeit der ärztlichen Maßnahmen zu erkennen.
Der Patient ist krankheitsbedingt nicht in der Lage, nach der Einsicht in die Notwendigkeit der ärztlichen Maßnahmen zu handeln.

DGPPN-Stellungnahme „Achtung der Selbstbestimmung und Anwendung von Zwang bei der Behandlung von psychisch erkrankten Menschen“:
„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.“

Dokumentation zu Zwangsbehandlungen der Psychiatrie-Charité -Mitte

2. Beurteilung der Entscheidung zum Absetzen von Antipsychotika (oder ….) durch den Patienten (im Fall eines Psychose-Rezidivs nachdem Absetzen)

Hintergrund des Absetzens
Der Patient hat die Antipsychotika (oder …) abgesetzt
aufgrund ärztlichen Rats von …
aufgrund des Rats von … (z.B. Bekannte, Familien-angehörige, Organisationen).
durch eigene Entscheidung.
Äußerer Zwang oder Druck zum Absetzen
Kein Anhaltspunkt dafür
Ja, durch …. (laut Aussage des Patienten/von …)
Nicht zu ermitteln
Anhaltspunkt für innere Zwänge zum Absetzen
Absetzen während einer psychotischen Phase
…
Selbstbestimmte Entscheidung zum Absetzen?
Vermutlich war die Entscheidung zum Absetzen nicht selbstbestimmt, sondern Folge eines krankhaft veränderten Willens.
Vermutlich war die Entscheidung zum Absetzen nicht selbstbestimmt, sondern Folge von äußerem Druck durch …..
Vermutlich war die Entscheidung zum Absetzen selbstbestimmt.

3. Überzeugungsversuche zur Behandlung
Geplante Behandlung/Untersuchung

1. Überzeugungsversuch: Zeitpunkt [Datum], Uhrzeit [von … bis …], Ort, Beteiligte, Umfang und Inhalt

2. Überzeugungsversuch: Zeitpunkt [Datum], Uhrzeit [von … bis …], Ort, Beteiligte, Umfang und Inhalt

3. Überzeugungsversuch: Zeitpunkt [Datum], Uhrzeit [von … bis …], Ort, Beteiligte, Umfang und Inhalt

Ergebnis:
Der Patient wurde überzeugt, in die Behandlung/Unter-suchung einzuwilligen.
Der Patient stimmt der Behandlung/Untersuchung nicht zu.

Dokumentation zu Zwangsbehandlungen der Psychiatrie-Charité -Mitte

4. Drohender erheblicher gesundheitlicher Schaden bei Nicht-Behandlung
Wenn die geplante Behandlung/Untersuchung nicht durchgeführt wird, ist mit … [Art des gesundheitlichen Schadens] zu rechnen.
Die Wahrscheinlichkeit dieses gesundheitlichen Schadens ist ….
Die Bedeutung dieses gesundheitlichen Schadens besteht darin, dass … [z.B. erhöhtes Risiko für …; Tod durch …].
[Möglichst genaue und konkrete Spezifizierung des erwartbaren Schadens]

5. Erläuterung, warum keine andere dem Betreuten zumutbare Maßnahme als die Zwangsbehandlung möglich ist, um den drohenden gesund-heitlichen Schaden abzuwenden
Für die indizierte Behandlung/Untersuchung gibt es keine effektive und zu-gelassene alternative Methode.
Die Alternative … ist aus folgenden Gründen dem Betreuten nicht zumutbar: …. [z.B. Fixierung nicht zumutbar aufgrund eines besonders hohen Thromboserisikos]

6. Erläuterung, inwieweit der Nutzen der Zwangsbehandlung den Schaden überwiegt
Nutzen der Zwangsbehandlung:
Schaden der Zwangsbehandlung:
Nutzen-Schaden-Bilanz: ….

7. Geplante/beantragte Medikation
1. Behandlungslinie
Name des Medikaments/Wirkstoffs:
Dosierung:
Dauer:
2. Behandlungslinie
Name des Medikaments/Wirkstoffs:
Dosierung:
Dauer:
3. Behandlungslinie
Name des Medikaments/Wirkstoffs:
Dosierung:
Dauer:
Nach welcher Zeit bzw. unter welchen Umständen [z. B. mangelhafte Wirksamkeit, nicht tolerierbare Nebenwirkungen] soll von einer Behandlungslinie auf eine andere gewechselt werden: …

„ISO-Protokoll“

Thema: **Ärztliche Anordnung und Protokoll einer Fixierung / Isolation**	Campus: **CCM** **Geltungsbereich: CC15 Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Station M155/M152a**	CHARITÉ

☐ Isolation ☐ Fixierung Fixierpunkte:

Patientenetikett

Begründung (incl. Deeskalations- u. Alternativmaßnahmen):

.....

.....

Datum/Uhrzeit der Anordnung: .....

Anlass der Maßnahme: ☐ Eigengefährdung ☐ Fremdgefährdung ☐ Sturzgefahr

Rechtliche Grundlage: ☐ vorl. U. nach PsychKG ☐ U. nach PsychKG ☐ §34 StGB ☐ §1906 BGB

Dauer der Isolation: ..... Dauer der Fixierung: .....

Rechtsbeistand/Betreuer*In informiert (Datum/Uhrzeit): .....

SpD/Richter*In informiert (Datum/Uhrzeit): .....

Bei Fixierung > 30 min. Dauer: Fax an das Amtsgericht erfolgt: ☐

Überwachung: ☐ 1:1 - Betreuung/PaB Medikation: .....

Anordnender Arzt/Ärztin: .....

Beteiligte Personen: .....

Seite 1 von 2	Version 3	Letzte Überprüfung: 8/2018	Erstellt: Bettina Allen Geprüft: Maria Thurig, Axel Frank
	Freigabe am: 8/2018	Nächste Überprüfung: 8/2020	Freigegeben: Prof. Dr.Dr. Andreas Heinz, PCL CC 15 Ina Klews

Rechtfertigender Notstand/Nothilfe § 34 StGB

I. **Objektive Rechtfertigungselemente:**

1. Notstandslage

a) Gefahr = liegt vor, wenn aufgrund tatsächlicher Umstände im Zeitpunkt der Notstandshandlung mit dem Eintritt eines Schadens zu rechnen ist

b) gegenwärtig = ist eine Gefahr, wenn die Rechtsgutsbedrohung alsbald oder in allernächster Zeit in einen Schaden umschlagen kann

c) für ein notstandsfähiges Rechtsgut (Leben, Leib…)

2. Notstandshandlung (Abwehr der Gefahr durch ...)

3. Grenzen

a) Erforderlichkeit = Notstandshandlung muss geeignet sein, Gefahr hinreichend abzuwehren und bei mehreren Möglichkeiten das mildeste Mittel darstellen

b) Interessenabwägung = geschütztes Rechtsgut muss das beeinträchtigte Rechtsgut wesentlich überwiegen

c) Angemessenheit

II. Subjektive Rechtfertigungselemente: Rettungswille (Handeln in Kenntnis der rechtfertigenden Umstände; im Falle der Nothilfe ist auf den Willen des Drittenabzustellen)

Mitteilung einer Fixierung von über 30 Minuten Dauer (per Fax an das zuständige Amtsgericht)

Betr.: [Aufkleber]

Hiermit teilen wir im Hinblick auf den Richtervorbehalt für Fixierungen nach PsychKG (Urteil des BVerfG vom 24.07.2018) vorsorglich mit, dass für o. g. Patient/ Patientin
am
um Uhr
eine Fixierung notwendig wurde.
Diese wird voraussichtlich länger als 30 Minuten andauern.
Alle sonstigen deeskalativen Maßnahmen wurden im Vorfeld ausgeschöpft.
Zum Zeitpunkt der Fixierung bestand eine

- vorläufige Unterbringung nach PsychKG durch das Bezirksamt (§23.1)
- vorläufige Unterbringung nach PsychKG durch die psychiatrische Fachabteilung (§23.2)
- richterlich genehmigte Unterbringung nach PsychKG (§15)

Für Rücksprache stehen wir unter Tel. ######### zur Verfügung.
Mit freundlichen Grüßen,

Fazit (1) (aus PD Dr. S. Müller: Stellungnahme für die DGPPN bei der 76. Sitzung des Ausschusses für Gesundheit und Soziales am 2. Mai 2016 im Ageordnetenhaus Berlin)

- Derzeit fokussiert die Diskussion über die UN-BRK auf die Stärkung der Autonomie von Menschen mit Behinderungen und insbesondere auf deren Recht, unerwünschte Behandlungen abzulehnen.
- Dabei kommt zu kurz, dass die UN-BRK auch das Recht auf Leben, Unversehrtheit der Person und Gesundheit vertritt. Die UN-BRK gibt leider keine Richtlinie vor, welches Recht im Konfliktfall höher zu gewichten ist oder nach welchen Kriterien eine Abwägung zwischen verschiedenen Rechten zu führen ist.
- Insbesondere bleibt sie eine Antwort auf die Frage schuldig, was zu tun ist, wenn keine freie Einwilligung zu einer Behandlung gegeben werden kann, weil entweder keine freie Willensbestimmung möglich ist und/oder die Aufklärung nicht verstanden werden kann.

Fazit (2) (aus PD Dr. S. Müller: Stellungnahme für die DGPPN bei der 76. Sitzung des Ausschusses für Gesundheit und Soziales am 2. Mai 2016 im Ageordnetenhaus Berlin)

- Respekt vor der Autonomie bedeutet, die Autonomie eines autonomiefähigen Menschen zu respektieren und die Autonomie nicht autonomiefähigen Menschen soweit wie möglich zu fördern.
- Es ist nicht Ausdruck von Respekt vor der Autonomie, Entscheidungen, die auf neuropsychiatrischen Störungen basieren, unhinterfragt zu respektieren.
- Respekt vor Autonomie bedeutet vielmehr, geeignete Maßnahmen zu ergreifen, um die Autonomiefähigkeit wiederherzustellen, damit die Betroffenen schnellstmöglich selbst über ihre weitere Behandlung entscheiden können.
- **In vielen Fällen ist das durch geeignete Medikamente sehr wohl möglich.**

Problem der Patientenautonomie (1)

- 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.

Stellungnahme der Zentralen Kommission zur Wahrung ethischer Grundsätze in der Medizin und ihren Grenzgebieten (Zentrale Ethikkommission) bei der Bundesärztekammer; Deutsches Ärzteblatt | Jg. 110 | Heft 26 | 28. Juni 2013

Problem der Patientenautonomie (2)

- **Dabei ist es gleichgültig, ob die Gründe dafür ein primär psychiatrisches Krankheitsbild oder Ängste, Schmerzen oder Bewusstseinstrübung 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.

Stellungnahme der Zentralen Kommission zur Wahrung ethischer Grundsätze in der Medizin und ihren Grenzgebieten (Zentrale Ethikkommission) bei der Bundesärztekammer; Deutsches Ärzteblatt | Jg. 110 | Heft 26 | 28. Juni 2013

Daher u.a. mein Vorschlag:

- Anstelle von zwischen den Bundesländern differierenden PsychKG's etc. die Schaffung eines allgemeinen (d.h. für Deutschland, idealerweise auch für die gesamte EU gültigen) **Gesetzes zur Behandlung von krankheitsbedingt nicht einwilligungsfähigen Patienten**
- Dieses sollte auch Praxis- und Rechts-konform mit der zivilrechtlichen Unterbringung sein und auf die m.E. nicht mehr zeitgemäße Unterscheidung zwischen „psychiatrischen" und „somatischen" Erkrankungen verzichten.

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!