

St. Joseph-Krankenhaus Berlin-Weißensee / Gartenstraße 1 / 13088 Berlin

Zentrum für Neurologie,
Psychiatrie, Psychotherapie
und Psychosomatik

Vorab per Mail

Deutscher Bundestag
Rechtsausschuss
Herrn Dr. Frank Grußendorf
Paul-Löbe-Haus
Konrad-Adenauer-Straße 1

10557 Berlin

Bereich:

Dr. Iris Hauth
Ärztliche Direktorin
Regionalgeschäftsführerin

TEL: (030) 92790-234

FAX: (030) 92790-702

E-Mail:

i.hauth@alexius.de

06.12.2012

IHRE NACHRICHT VOM:

IHR ZEICHEN:

UNSER ZEICHEN: ha-rü

**Öffentliche Anhörung Montag, 10.12.2012, 11.00 Uhr,
Rechtsausschuss des Deutschen Bundestages**

Geszentwurf der Fraktion der CDU/CSU und FDP

**Entwurf eines Gesetzes zur Regelung der betreuungsrechtlichen Einwilligung in eine ärztliche
Zwangsvmaßnahme - BT-Drucksache 17/11513**

Sehr geehrter Herr Dr. Grußendorf,

vielen Dank für die Einladung zur Anhörung des Rechtsausschusses zum Entwurf eines Gesetzes zur
Regelung der betreuungsrechtlichen Einwilligung in eine ärztliche Zwangsmaßnahme.

In seinen Entscheidungen vom 23.03.2011 und vom 12.10.2011 beschäftigt sich das Bundesverfas-
sungsgericht erstmals ausführlich mit der medikamentösen Zwangsbehandlung im Maßregelvollzug.

Die Entscheidungen strahlen aus:

Mehrere Instanzgerichte sehen ihre Länderunterbringungsgesetze/PsychKG nicht mehr als verfas-
sungskonform an.

Am 20.06.2012 hat der Bundesgerichtshof nachgezogen und unter Aufgabe seiner bisherigen
Rechtssprechung an die Zwangsbehandlung im Rahmen des Betreuungsrechts dieselben strengen
Maßstäbe angelegt.

Dies betrifft neben den Patienten psychiatrischer auch solche somatischer Häuser und eine Großzahl
von betreuungsrechtlich in Heimen untergebrachten Patienten:

- Personen mit schweren psychischen Erkrankungen
mit vorübergehender Einschränkung der Einwilligungsfähigkeit, z.B. schwere rezidivierende
Depressionen, Manien, Essstörungen, Schizophrenie

- mit typischerweise dauerhafter Einschränkung der Einwilligungsfähigkeit, z.B. fortgeschrittene Demenz
- Personen mit geistiger Behinderung, z.B. mit schwerem herausforderndem Verhalten, auch in Kombination mit zusätzlichen psychischen Erkrankungen
- Personen mit neurologischen und anderen Erkrankungen, die die Funktion des Gehirns beeinträchtigen mit vorübergehenden Einschränkungen der Einwilligungsfähigkeit, z.B. akute Meningoenzephalitis, postoperativ auftretende psychische Störungen, delirante Syndrome
- Mit typischerweise dauerhafter Einschränkung der Einwilligungsfähigkeit z.B. frontale traumatische Hirnschädigung, Schlaganfälle

Der Beschluss des BGH bezieht sich primär auf die Genehmigungsfähigkeit einer medikamentösen Behandlung, alle im Folgenden genannten Verfahren der Diagnostik und Behandlung sind ebenso nicht mehr genehmigungsfähig.

- Andere psychiatrische Therapiemaßnahmen, z.B. Elektrokrampftherapie
- Ernährung von Patienten mit schweren Essstörungen gegen ihren geäußerten Willen
- Pharmakologische Behandlung körperlicher Begleiterkrankungen, z.B. Thromboseprophylaxe
- Diagnostische Eingriffe sowie Operationen, die ohne Überwindung des natürlichen Willens nicht möglich sind

Zu begrüßen ist ausdrücklich die Entscheidung des Bundesverfassungsgerichts, die Bedeutung der Einwilligungsfähigkeit bzw. Einsichtsfähigkeit von Patienten hervorgehoben zu haben.

Die Psychiatrie ist eines derjenigen medizinischen Fächer, welche sich mit Erkrankungen befassen, die die Fähigkeit zur Selbstbestimmung und freien Willensbildung tiefgreifend beeinflussen können. Meistens führt die Behandlung zur Gesundung oder zu einer erheblichen Besserung. Insbesondere ist das Ziel jeder psychiatrischen Behandlung, die Wiedererlangung der Fähigkeit selbst freie Entscheidungen zu treffen. Auch in den Fällen von erheblicher Selbst- und Fremdgefährdung infolge einer psychischen Erkrankung wird eine fachgerechte Behandlung in der Regel dazu führen, dass die von der erkrankten Person ausgehende Gefahr für sich selbst und andere abklingt. Die Behandlung trägt wesentlich dazu bei, dass die erkrankte Person wieder am gesellschaftlichen Leben teilhaben und ggf. auch aus freien Willen über Fortsetzung oder Beendigung der Behandlung entscheiden kann.

Meistens kann bei Vorliegen der Einwilligungsfähigkeit und zu erwartender Selbst- und Fremdgefährdung eine Bereitschaft zu einer Behandlung durch intensive Gespräche und einen psychotherapeutischen Zugang erreicht werden. Gelingt dies nicht und ist die krankheitsbedingte Selbst- und Fremdgefährdung bedrohlich, kann ein sofortiges Eingreifen mit einer Behandlung zur Gefahrenabwehr geboten sein.

Die Anwendung von Zwang ist als letztes Mittel nicht nur gerechtfertigt, sondern aus medizin-ethischen Gesichtspunkten – Gesundheit wieder herstellen, Schaden vermeiden, den am schwersten Kranken eine wirksame Behandlung nicht vorenthalten – sogar geboten. Daher dient eine Behandlung gegen den Willen des Patienten in diesen Fällen nicht nur dem Wohle desselben, sondern auch dazu, ihm wieder eine autonome Entscheidung zu ermöglichen. Es ist bei fehlender Einsichtsfähigkeit auch in spezifischen Situationen die Frage zu stellen, ob der Patient nicht auch ein Recht auf Behandlung zur Wiederherstellung seiner Einsichtsfähigkeit hat.

Ein wirksames Mittel, den freien Willen des Patienten Geltung zu verschaffen und die Anwendung von Zwang zu vermeiden, sind Behandlungsvereinbarungen und Patientenverfügungen.

Mit den Entscheidungen des Bundesverfassungsgerichts 2011 und nachfolgend dem Beschluss des Bundesgerichtshofs vom 20.06.2012 ist eine veränderte Situation entstanden. Psychisch Kranke mit selbstgefährdenden Verhalten können nach dem Betreuungsrecht (BGB Abs. 1906) aktuell nicht behandelt werden. Eine medikamentöse Behandlung wegen Fremdgefährdung ist in einigen Bundeslän-

dem ebenfalls nicht mehr möglich, weil die entsprechenden Paragraphen einiger Länder außer Kraft gesetzt wurden (z. B. Baden-Württemberg, Niedersachsen).

Bei ärztlichen Entscheidungen im Dilemma zwischen einer als Körperverletzung gewerteten Zwangsbehandlung und unterlassener Hilfeleistung fehlt die Rechtssicherheit, die lediglich durch einen „rechtfertigen Notstand“ (§34 SGB) ermöglichte Straffreiheit in Notfällen bietet keine ausreichende Grundlage für verantwortliches ärztliches Handeln.

Die Folge ist nicht nur, dass anstelle gut bewährter medikamentöser Therapie mechanische Sicherungsmaßnahmen, etwa mittels Isolation oder Fixierung erfolgen müssen. Diese Maßnahmen tragen nicht zur Gesundung und Heilung des Patienten bei, abgesehen davon, dass sie ebenso einen Eingriff in die persönliche Freiheit sind.

Unter Gesichtspunkten der Verhältnismäßigkeit ist eine Klinikeinweisung auch in manchen Fällen gar nicht mehr zurechtfertigen und wird von den Vormundschaftsgerichten abgelehnt, wenn dort keine Behandlung statt finden kann.

Dies hat zur Folge, dass die mit schweren psychischen Erkrankungen einhergehenden Lasten vermehrt auf die Betroffenen selbst und die Familien zurückfallen. Somit besteht die Gefahr, dass Menschen mit psychischen Erkrankungen von der Möglichkeit zur Wiedererlangung in die Selbstbestimmungsfähigkeit und der gesellschaftlichen Teilhabe ausgeschlossen werden. Eben diese Teilhabe zu fördern, ist aber der explizite Kernauftrag der UN-behinderten Rechtskonvention.

Die Behandlung von psychisch Kranken erfordert eine ausdifferenzierte therapeutische Kultur, die auf Gespräche, Psychotherapie und shared decision making gemeinsam mit den Patienten setzt. Stete Reflexion des Spannungsfeldes von Respektieren der Autonomie einerseits und Verpflichtung zum Schutz der Gesundheit und des Lebens der Erkrankten andererseits ist Grundvoraussetzung.

Auch der Schutz betroffener Dritter muss ebenso bedacht werden.

Die Behandlungsleitlinien der DGPPN bilden die ethischen, wissenschaftlichen und handlungsbezogenen Grundlagen in diesem Problemkreis ab. Ein kontinuierlicher Diskurs mit betroffenen Angehörigen im Sinne des Dialogs ist selbstverständlich.

Da die gegenwärtige Situation durch eine erhebliche Rechtsunsicherheit für diese Patienten und die behandelnden Ärzte gekennzeichnet ist, begrüße ich ausdrücklich die zeitnahe Gesetzesinitiative in Bezug auf das Betreuungsrecht und als Grundlage für die Landesgesetze (PsychKG).

Medizin-ethische Position

Grundprinzipien der medizinischen Ethik sind der Respekt vor der Autonomie des Patienten, das Handeln zum Wohle des Patienten und die Vermeidung von Schaden. Dabei ist die individuelle Würde des Patienten stets zu achten.

Respekt vor der Autonomie umfasst zum einem das Verbot, selbstbestimmte Entscheidungen des Patienten zu behindern oder zu übergehen, zum anderen das Gebot, solche Entscheidungen, z. B. durch angemessene Aufklärung, zu ermöglichen. Handeln zum Wohl des Patienten beinhaltet die ärztliche Verpflichtung, Gesundheit zu schützen und wiederherzustellen, Leiden zu lindern und Patienten insbesondere in schwierigen Phasen ihrer Krankheit beizustehen.

Das Nichtschadensgebot (Primum non nocere) verlangt ein sorgfältigen Nutzen-Schadensrisiko-Abwägen im Einzelfall.

Die genannten ethischen Grundprinzipien können auch miteinander in Konflikt geraten, insbesondere dann, wenn die Fähigkeit zur Selbstbestimmung und freien Willensbildung eingeschränkt und aufgehoben ist. Bei solchen nicht einwilligungsfähigen Patienten ist die Ablehnung ärztlich indizierter Maßnahmen manchmal nicht Ereignis einer selbstbestimmten Entscheidung. Sie kann vielmehr Ausdruck

ihrer psychischen Erkrankung sein. Wenn dann gleichzeitig durch das Verhalten des Patienten die Gefahr einer Selbsttötung oder einer anderen erheblichen Gefährdung der eigenen Gesundheit oder der körperlichen Unversehrtheit anderer entsteht, kann sich die ethische Verpflichtung ergeben, Behandlungsmaßnahmen auch gegen den geäußerten, aber nicht freien, sogenannten natürlichen Willen zu ergreifen. Maßnahmen unter Anwendung von Zwang sind aber nur dann ethisch zulässig, wenn sie nach ärztlichem Ermessen das letzte Mittel darstellen, d. h. nachdem alle anderen Möglichkeiten ausgeschöpft sind. Die Maßnahmen müssen in Bezug auf die Gefahr, die es abzuwenden gilt, verhältnismäßig sein. Einwilligungsfähigen Patienten ist eine Behandlung gegen den Willen dagegen medizinisch nicht zurechtfertigen.

Zur Änderung des BGB (§1906) und Änderung des Gesetzes über das Verfahren in Familiensachen in den Angelegenheiten der freien Gerichtsbarkeit

Der vorliegende Entwurf der Gesetzesänderung entspricht der zentralen Vorgaben der Rechtssprechung des Bundesverfassungsgerichts und des Bundesgerichtshofs.

Dem Änderungsvorschlag kann uneingeschränkt zugestimmt werden, da er die gegenwärtig bestehende erhebliche Rechtsunsicherheit aller Beteiligten zum Nachteil der Betroffenen und deren Angehörigen beendet. Im Interesse des Patienten und um von diesem Schaden abzuwenden, werden in begründeten Fällen Zwangsbehandlungen als hilfreich und im Interesse des Patienten geboten zugelassen. Die hohen Hürden, die das Verfassungsgericht für diesen Eingriff in die Selbstbestimmung vorgeschrieben hat, hat die Bundesregierung in ihrem Änderungsvorschlag rechtlich umgesetzt. Damit werden die Rechtsmittel des Patienten deutlich gestärkt.

Positiv zu bewerten ist, dass das Betreuungsgesetz Unterbringung zur Behandlung und Behandlung gegen den Willen des Patienten in einer Zweistufigkeit darstellt. Dies entspricht auch internationalen Empfehlungen.

Die aufgeführten Bedingungen einer ärztlichen Maßnahme, den natürlichen Willen des Patienten zu widersprechen, bilden die notwendigen Voraussetzungen für eine sogenannte Zwangsmaßnahme ab:

1. Wenn der Betreute aufgrund einer psychischen Krankheit oder einer geistigen oder seelischen Behinderung die Notwendigkeit der ärztlichen Maßnahme nicht erkennen oder nicht nach dieser Einsicht hin handeln kann.
2. , die ärztliche Zwangsmaßnahmen im Rahmen dieser Unterbringung zum Wohle des Betroffenen erforderlich ist, um ein drohenden erheblichen gesundheitlichen Schaden abzuwenden.
3. , der erhebliche gesundheitliche Schaden durch keine andere zumutbare Maßnahme abgewendet werden kann.
4. , der zu erwartende Nutzen der ärztlichen Zwangsmaßnahme die zu erwartenden Beeinträchtigungen deutlich überwiegt (Unterbringung, ärztliche Zwangsmaßnahme).

In dem zweistufigen Verfahren im Rahmen des Betreuungsgerichts ist die Einwilligung in die ärztliche Zwangsmaßnahme auch durch das Betreuungsgericht zu genehmigen. Dies vermittelt sowohl dem Betreuer als auch den behandelnden Ärzten Rechtsicherheit.

Positiv ist auch, dass sich Abs. 5 mit den Bedingungen der Vorsorgevollmacht und der Patientenverfügung beschäftigt. Die Patientenverfügung, die in Einsichtsfähigkeit erstellt worden sind, haben den absoluten Vorrang vor allen Maßnahmen im Sinne der Würde und des Respekts des Patienten den Vorzug vor allen anderen Maßnahmen erhalten.

Klärungsbedarf besteht aus meiner Sicht noch

- wenn ein Patient in einer Patientenverfügung einer Maßnahme widersprochen haben sollte, sein natürlicher Wille im einwilligungsunfähigen Zustand aber auf die Durchführung der Maßnahme gerichtet ist,
- und, wie zu verfahren wäre, wenn ein Patient in einer Patientenverfügung seine Einwilligung in eine bestimmte Maßnahme erklärt, dann aber in der Krankheitsphase in einwilligungsunfähigem Zustand entweder die Patientenverfügung aktiv widerruft, oder durch eine natürliche Willensäußerung diesen Widerruf wahrscheinlich macht.

Auch in der Änderung des Gesetzes über das Verfahren in Familiensachen und den Angelegenheiten der freiwilligen Gerichtsbarkeit wird der zweistufige Prozess – Genehmigung einer freiheitsentziehenden Unterbringung sowie Genehmigung der Einwilligung in einer ärztlichen Zwangsmaßnahme – sachgerecht abgebildet.

Die Forderung, dass die Anordnung und Durchführung einer ärztlichen Zwangsmaßnahme ausreichend dokumentiert wird, ist im Sinne der Transparenz für den Patienten und der Rechtssicherheit für die Ärzte sehr zu begrüßen.

Die zeitliche Begrenzung der Genehmigung einer Einwilligung einer ärztlichen Zwangsmaßnahme oder deren Anordnung auf die Dauer von 6 Wochen, beziehungsweise falls diese nicht ausreichend ist, zeitig eine Verlängerung zu beantragen, entspricht der klinischen Erfahrung. Wenn medikamentöse Zwangsmaßnahmen wirksam sind, so dienen sie zur Wiederherstellung der Selbstbestimmung, so dass die erkrankte Person über eine vorzeitige Beendigung der Behandlung entscheiden kann. Erfahrungsgemäß tritt dieser Zustand in wenigen Wochen ein.

Als flankierende Maßnahme zur Gesetzesänderung sollte ein bundeseinheitliches Register von Zwangsmaßnahmen und –behandlung eingerichtet werden. Dieses Register sollte in anonymisierter aber personenbezogener Weise Art und Umfang dieser Maßnahmen erfassen. Dieses Register sollte Maßnahmen in allen Krankenhäusern sowie Pflege- und Betreuungseinrichtungen erfassen.

Zusammenfassend schafft die geplante Gesetzesänderung Klarheit und Transparenz für die Betroffenen und Rechtssicherheit für die ärztlich Tätigen. Die Gesetzesänderung nimmt Bezug und berücksichtigt, dass das BGH mit seinem Urteil vom Juni diesen Jahres durchaus nicht verkannt hat, „das das Fehlen von Zwangsbefugnissen zur Durchsetzung notwendiger medizinischer Maßnahmen dazu führen kann, dass ein Betroffener ohne eine solche Behandlung einen erheblichen Schaden nimmt“.

Mit freundlichen Grüßen

Dr. med. I. Hauth

Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie

Fachärztin für psychotherapeutische Medizin

Ärztliche Direktorin St. Joseph-Krankenhaus Berlin-Weißensee

Mitglied im Vorstand der DGPPN – zuständig für Versorgung

Beispiele aus dem Behandlungsalltag, die die Konsequenzen der veränderten aktuellen Rechtslage deutlich machen:

Beispiel 1

Ein 64 Jahre alter Bauingenieur wird wegen einer rheumatischen Gelenkentzündung einige Wochen mit Cortison behandelt. Darunter entwickelt er einen ausgeprägten Verfolgungswahn, infolge dessen er mit stark überhöhter Geschwindigkeit durch ein Wohngebiet fährt (auf der vermeintlichen Flucht vor Geheimdienstagenten). In der Notaufnahme eines Allgemeinkrankenhauses ist der hoch erregte Patient der Erklärung, dass seine Wahrnehmungen infolge der Cortisonbehandlung verzerrt sind, nicht zugänglich und möchte das Krankenhaus mit seinem Auto sofort wieder verlassen, um seinen Verfolgern zu entkommen. Der Patient leidet unter einer Cortison-induzierten Psychose, einer Komplikation einer solchen Behandlung, die etwa 2% der Patienten betrifft. Da für den Mann sein Erleben Realitätscharakter hat, kann er den Darlegungen, es handele sich um ein akutes Krankheitsgeschehen, nicht folgen. Auch nach Absetzen der Behandlung mit Cortison kann die Symptomatik über mehrere Wochen fort dauern. Bei einer adäquaten antipsychotischen Behandlung klingt sie in Stunden bis Tagen ab. Eine solche Behandlung ist aber im Rahmen der aktuellen Rechtslage nicht möglich. Deswegen muss der Patient unter Umständen mehrere Wochen unbehindert in einer geschlossenen Abteilung gegen seinen Willen untergebracht werden.

Beispiel 2

Eine 28-jährige Frau erkrankt zwei Wochen nach der Geburt ihres ersten Kindes und entwickelt die wahnhaftige Vorstellung, alles sei sinnlos und sie trage die Schuld an vielen Nöten in der Welt. Sie wähnt das Essen vergiftet, isst daher kaum noch und kündigt an, sich durch einen Sprung von der Brücke das Leben zu nehmen und ihr Kind mitzunehmen, um es nicht dem sinnlosen Leben zu überantworten und es im Stich zu lassen. Sie hält sich nicht für krank und lehnt eine Behandlung ab. Aus psychiatrischer Sicht droht akut die Gefahr eines sogenannten Mitnahmesuizids. Die Frau leidet an einer postpartalen Depression, ein Krankheitsbild, das einer medikamentösen Behandlung gut zugänglich ist. Nach gegenwärtiger Rechtslage ist eine gerichtliche Unterbringung in einer Klinik zum Schutz ihrer selbst und des Kindes möglich, nicht jedoch die ursächliche Behandlung der Erkrankung gegen ihren erklärten, von wahnhaftem Misstrauen geprägten Willen.

Beispiel 3

Eine 18-jährige Frau leidet seit ihrem 11. Lebensjahr an schwerer Anorexia nervosa (Magersucht). Bei einem lebensbedrohlichen Untergewicht von 31 Kilo lehnt sie eine Zwangsernährung ab und gibt an, den Tod einem Zwang zur Nahrungsaufnahme (und damit der Gewichtszunahme) vorzuziehen. Das gesamte Denken der jungen Frau ist ganz auf das Thema Nahrungsaufnahme und Gewicht ein-

geengt. In den zahlreichen Gesprächen wird klar, dass sie nicht zu einer abwägenden, freien Entscheidung in der Lage ist. Ihre Eltern verlangen unter Androhung rechtlicher Schritte, dass alles getan wird, um zumindest ein stabiles Gewicht zu erlangen. Nach gegenwärtiger Rechtslage ist eine Zwangsernährung nur möglich, wenn die Patientin bereits das Bewusstsein verloren hat. In diesem Stadium misslingt eine Lebensrettung jedoch meistens.

Beispiel 4

Eine 52jährige Krankenschwester kommt wegen einer akuten Psychose mit ausgeprägter wahnhafter Symptomatik zur Aufnahme. Zwei frühere Krankheitsepisoden konnten jeweils mit sehr gutem Erfolg behandelt werden, so dass sie ihrem Beruf weiter nachgehen konnte und selbstständig ihren Haushalt führte. Nun ist sie zwar mit dem Klinikaufenthalt einverstanden, lehnt aber die Behandlung mit Medikamenten wegen ausgeprägter Vergiftungsideen ab. Sie vernachlässigt sich körperlich und verliert jegliches Interesse an ihren Angelegenheiten und ihren sozialen Beziehungen. Um eine medikamentöse Behandlung zu ermöglichen, die mit großer Wahrscheinlichkeit wieder zur Besserung und sozialen Reintegration führen würde, regen die Angehörigen auf Empfehlung der Klinik eine gesetzliche Betreuung für Gesundheitsangelegenheiten an. Als die Betreuung schließlich eingerichtet ist, ist nach der BGH-Entscheidung vom Juni 2012 eine Behandlung gegen ihren Willen nicht mehr möglich. Die Patientin bleibt weiter in ihrem Wahn, ist völlig introvertiert und außerstande, sich selbst zu versorgen. Es bleibt schließlich keine andere Möglichkeit, als sie in ein Pflegeheim zu verlegen anstatt sie unter medikamentöser Therapie in absehbarer Zeit beruflich und privat wieder zu integrieren.

Beispiel 5

Ein 85jähriger Mann erleidet nach massivem Blutverlust durch eine Darmerkrankung verschiedene internistische Komplikationen, die eine Behandlung auf einer Intensivstation notwendig machen. Der Patient zieht sich dort alle Schläuche und verlangt, die Intensivstation sofort zu verlassen. Es liegt eine Patientenverfügung vor, die eine intensivmedizinische Behandlung gegen den Willen des Patienten ausschließt. Der konsilärärztlich hinzugezogene Psychiater diagnostiziert ein Durchgangssyndrom. Der Patient verbleibt gegen seinen Willen auf der Intensivstation und wird behandelt. Im Nachhinein berichtet er, dass er halluzinierte, dass eine kriminelle Gruppe Patienten ermordet und Organhandel betreibt. Deswegen wollte er die Station verlassen. Der Patient ist im Nachhinein dankbar, dass sein Leben gerettet werden konnte.