



UniversitätsKlinikum Heidelberg

Zentrum für Psychosoziale Medizin | Voßstraße 4 | 69115 Heidelberg

Deutscher Bundestag Rechtsausschuss

Leiter Sekretariat PA 6

Paul-Löbe-Haus
Konrad-Adenauer Straße 1
10557 Berlin

via Email

Stellungnahme zum Entwurf eines Gesetzes zur Regelung der
betreuungsrechtlichen Einwilligung in eine ärztliche Zwangsmaßnahme

Sehr geehrte Abgeordnete des Deutschen Bundestages,

es besteht für die Behandlung psychisch kranker Menschen gegen ihren Willen derzeit eine rechtsunsichere Situation, die Psychiater und alle in Psychiatrischen Kliniken tätige Berufsgruppen in der Behandlung psychisch kranker Menschen vor große ethische Dilemmata und im rechtlichen Sinne unzumutbare Entscheidungskonflikte stellt sowie für psychiatrische Einrichtungen erhebliche Schwierigkeiten in der klinischen Praxis mit sich bringt. Von daher begrüße ich den nun von den Fraktionen der CDU/CSU und FDP vorgelegten Gesetzentwurf.

Drei authentische, lediglich zur Wahrung der Anonymität der betroffenen Patienten veränderte Beispiele aus unserem Klinikalltag der letzten Wochen können die Problematik gut illustrieren:

Patient A, ein bis Erkrankungsbeginn sehr leistungsfähiger Mann mittleren Alters leidet seit vielen Jahren unter einer Schizophrenie mit Verfolgungswahn. Bei zunächst günstigem Verlauf unter Medikation kam es nach Absetzen der antipsychotischen Medikation vor vielen Jahren zu einem Suizidversuch mit nachfolgend schwerer Behinderung, u.a. wegen Hirnverletzung. Im Sommer diesen Jahres begann er seine Medikation eigenständig zu reduzieren und abzusetzen, verweigerte regelmäßige Flüssigkeits- und Nahrungsaufnahme und wurde zur Abwendung der Eigengefährdung richterlich in unserer Klinik untergebracht. Herr A. lehnte aus Angst vor Vergiftung nahezu sämtliche durch das Pflegepersonal, aber auch durch Angehörige angebotene Flüssigkeitszufuhr ab. Aufgrund der neuen Rechtslage konnte die Betreuerin keine medizinische Behandlung gegen den Willen des Patienten beim Amtsgericht erwirken. Angesichts der vitalen Bedrohung durch die Verweigerung der Flüssigkeitszufuhr entschieden wir uns am fünften Tag der Behandlung zur Aufrechterhaltung der Lebensfunktionen intravenös Flüssigkeit zuzuführen; hierfür war bei dem verwirrten, nicht mehr kommunikationsfähigen, psychomotorisch unruhigem Patienten eine Fixierung erforderlich. Nach Rehydrierung musste die i.v. Flüssigkeitszufuhr wieder gestoppt werden, da der Patient jetzt wieder jedwede Therapie ablehnte. Bei erneuter vitaler Bedrohung mit Bewusstlosigkeit erfolgte erneut Flüssigkeitszufuhr. Da der Patient seinen natürlichen Willen nicht mehr äußern konnte, wurde es möglich, ihm eine antipsychotische Medikation zu verabreichen, die zu einer deutlichen Verbesserung des Denkvermögens und Abnahme von Wahninhalten führte. Bei unzureichend

Zentrum für Psychosoziale Medizin

Klinik für Allgemeine Psychiatrie Prof. Dr. Sabine Herpertz

Klinik für Psychosomatische und
Allgemeine Klinische Medizin
Prof. Dr. Wolfgang Herzog

Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie
Prof. Dr. Franz Resch

Institut für Medizinische Psychologie
Prof. Dr. Rolf Verres

Institut für Psychosomatische
Kooperationsforschung und
Familientherapie
Prof. Dr. Manfred Cierpka

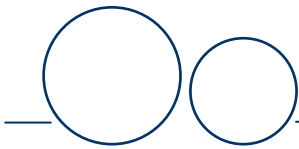
Prof. Dr. Sabine Herpertz

Ärztliche Direktorin der
Klinik für Allgemeine Psychiatrie

D:\L_DRIVE\WISS\Berufspolitik\Bundestag\Anhörung_
Bundestag_eigene Stellungnahme_10_12_2012.doc

Voßstraße 4
69115 Heidelberg
Fon +49 (0)6 221 56 27 51
Fax +49 (0)6 221 56 59 98
sabine.herpertz@uni-heidelberg.de

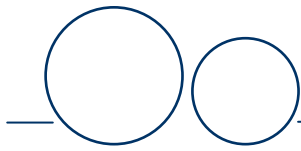
www.zpm.uni-hd.de/



langer Medikation lehnte der Patient die Medikation erneut ab, mit der Folge einer erneuten raschen Verschlechterung. Dieses Auf und Ab zog sich über Wochen hin, bis es bei einwöchiger kontinuierlicher Medikation zu einer Stabilisierung auf das Ausgangsniveau kam.

Die Mitte 50jährige Patientin B. wurde in den letzten Jahren mehrfach wegen einer bipolaren Störung stationär behandelt. Nach Suizidversuch in der Vorgeschichte kündigte die Patientin Ende September 2012 einen erneuten Suizidversuch durch Ertrinken an. Daraufhin wurde eine Fahndung ausgeschrieben. Nach Zuführung durch die Polizei und richterlichem Beschluss zur Unterbringung in unserer Klinik lehnte sie jegliche Medikation ab. Die Patientin war über Wochen nahezu durchgehend gereizt, unruhig-agitiert und wurde zunehmend wahnhaft, so dass sie das Behandlungsteam als feindselig gegen sie gerichtet empfand. Es kam immer wieder zu tätlichen Angriffen auf Mitglieder des Behandlungsteams und zur Gefährdung des eigenen Lebens (durch Strangulation, Klettern auf das Fensterbrett etc.), so dass mehrfach eine Fixierung notwendig wurde. Durch stundenlanges ununterbrochenes Schreien kam es auf der Station zu einer starken Verunsicherung der anderen Patienten. Die Patientin litt ganz erheblich unter ihren krankheitsbedingten Ängsten und zusätzlich unter den Sicherheitsmaßnahmen. Trotz sehr gewissenhafter und stetiger Überprüfung der Indikation sowie einführender Betreuung durch Ärzte und Pflegepersonal kam es immer wieder zu solchen Zuspitzungen der Situation, die u.a. auch der Hinzuziehung der Polizei bedurften. An einen derartig langwierigen Krankheitsverlauf mit solch langen und häufigen Fixierungszeiträumen kann sich keiner der teilweise seit Jahrzehnten in der Akutpsychiatrie tätigen Kolleginnen und Kollegen erinnern.

Die Mitte 40jährige Patientin C kam mit einem manischen Syndrom bei bipolarer Erkrankung in unsere stationäre Behandlung. Zudem ist die Patienten seit vier Jahren dreimal wöchentlich dialysepflichtig. Die Patientin lehnte bei Aufnahme eine medikamentöse Behandlung ihrer psychischen Erkrankung ab; bei nachfolgender weiterer Verschlechterung unter stationären Bedingungen, aber ohne medikamentöse Behandlung verneinte die Patientin im weiteren Verlauf auch die Dialyse. Hintergrund hierfür war die mit dem manischen Größenerleben zusammenhängende Überzeugung, dass ihre Niere hinreichend funktionsfähig sei, die Dialysepflichtigkeit einer Überbesorgtheit der Ärzte entspringe und es ihr seelisch und körperlich in Wirklichkeit hervorragend gehe. Der Schweregrad der aktuellen Nierenfunktionsbeeinträchtigung sowie der bei Nierenkranken vor allem lebensbedrohlichen Elektrolytentgleisung (zu viel Kalium im Blut beinhaltet ein hohes Risiko für plötzliche Herzrhythmusstörungen bis hin zum tödlichen Kammerflimmern) konnte zudem nicht festgestellt werden, weil die Patienten alle Laborkontrollen ablehnte. So konnte auch der Harnstoff-Wert im Blut nicht bestimmt werden. Eine der schwerwiegendsten Komplikationen bei Anhäufung von Harnstoff im Blut bildet die urämische Enzephalopathie, welche mit Eintrübung, epileptischen Anfällen sowie Koma einhergehen kann. Mehrfach willigte die Patientin nach langen ärztlichen Gesprächen kurzzeitig zur Dialyse ein, das Dialyseteam machte sich auf den Weg in die Psychiatrische Klinik, wurde dann aber bei Ankunft von der Patientin unverrichteter Dinge wieder weggeschickt. Am 8. Tag konnten wir schließlich die Patientin nach erneuten langen Gesprächen überzeugen, sich Blut abnehmen zu lassen, das dann einen Zustand anzeigte, der jederzeit zu Kammerflimmern wie auch epileptischen Anfällen hätte führen können. Es handelte sich also um eine potentiell lebensbedrohliche Situation. Vom zuständigen Amtsgericht wurde weiterhin eine Zwangsbehandlung ausgeschlossen; auch die Voraussetzungen für „einen rechtfertigenden Notstand“

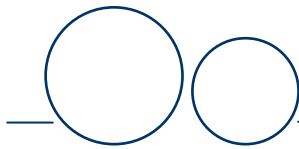


(§34 SGB) wurden nicht gesehen. Erst nach einer derartigen Zuspitzung stimmte die Patientin schließlich unvermittelt zu, sich dialysieren zu lassen.

Die wissenschaftliche Fachgesellschaft sowie Fachverbände haben wiederholt geäußert, dass sie die Position des Bundesgerichtshofes nachvollziehen können und die hiermit verbundene Stärkung der Patientenautonomie unterstützen. Uns Psychiatern ist bewusst und wir erleben dies in unserem klinischen Alltag, dass Zwangsbehandlungen für die betroffenen Patienten eine große Belastung darstellen und die Vertrauensbeziehung zu ihren behandelnden Ärzten nachhaltig stören können. Wir sehen uns deshalb einer partizipativen Entscheidungsfindung in der Psychiatrie wenn immer möglich verpflichtet, die 1. den gegenseitigen Informationsaustausch mit Berücksichtigung der Erfahrungen des Patienten mit seinem Gesundheitszustand, 2. die gemeinsame Festlegung des Behandlungsziels sowie 3. die Einigung auf eine Behandlungsstrategie und die Verpflichtung des Arztes hierauf vorsieht. Eine solche partizipative Entscheidungsfindung aber kann gelegentlich aufgrund von krankheitsbedingt fehlender Einwilligung- bzw. Einsichtsfähigkeit nicht erreicht werden.

Wir begrüßen den Gesetzentwurf, der ärztliche Zwangsmaßnahmen nur als letztes Mittel in Situationen drohender erheblicher Selbstgefährdung im Zustand der Einwilligungsunfähigkeit zulässt. Die oben dargestellten Beispiele machen deutlich, dass ein grundsätzlicher Ausschluss einer Zwangsbehandlung und damit eine Situation, wie sie derzeit vorliegt, Psychiatern und alle in psychiatrischen Krankenhäusern tätige Berufsgruppen vor unlösbare ethische Dilemmata, auch im rechtlichen Sinne unzumutbare Entscheidungskonflikte (Körperverletzung vs. unterlassene Hilfeleistung) und auch die behandelnden Einrichtungen vor erhebliche Probleme stellt. In der Vergangenheit konnte in zu den geschilderten Fallbeispielen vergleichbaren Situationen gewöhnlich eine initiale medikamentöse Behandlung schnell einen vertrauensvollen-therapeutischen Zugang zum Patienten ermöglichen und nach wenigen Tagen gemeinsam die weitere Therapie geplant werden. Durch die Zwangsbehandlung konnte also für die Patienten meist schnell Einwilligungsfähigkeit wiederhergestellt werden, die ihnen erlaubte, sich für oder auch gegen eine weitere Behandlung ihrer Erkrankung zu entscheiden.

In der derzeitigen rechtlichen Situation aber müssen Patienten in größerer Zahl und für längere Zeit freiheitsbeschränkende Maßnahmen erdulden, die durch eine Behandlung verkürzt oder vermieden werden könnten. Nicht selten verlängert sich bei Patienten mit psychotischen Erkrankungen der Zeitraum, in dem der Patient während der Unterbringung auf der Station unter akuten Ängsten leidet. Auch ist es derzeit nicht möglich, einen älteren Patienten mit einer Demenzerkrankung, der offensichtlich krankheitsbedingt eine dringend notwendige medizinische Maßnahme ablehnt, im Notfall auch gegen seinen Willen zu behandeln. Hier ergibt sich das Dilemma, dass man bei einem Patienten, von dem man annehmen kann, dass dieser im Zustand der Einwilligungsfähigkeit sein Leben mit Hilfe einer medizinischen Maßnahme weiterführen würde, lebensrettende Maßnahmen nicht anwenden darf bzw. vorenthält, wenn der Patient sie in einem Verwirrheitszustand ablehnt. Hieraus resultieren für Patienten verlängerte Leidenszustände, aber auch eine erschwerte Behandelbarkeit bis hin zu körperlichen und seelischen Dauerschäden oder sogar Suiziden und Todesfällen. Auch ist damit zu rechnen, dass Mitpatienten und Mitarbeiter der Einrichtungen vermehrt Opfer von Patientenübergriffen werden.



Wir begrüßen die Neuregelung exakter Verfahrens- und Entscheidungsstandards und halten vor allem die Berücksichtigung folgender Aspekte für zielführend:

- Es muss eine weniger eingreifende Behandlung aussichtslos sein.
- Es muss ein nachvollziehbares unmittelbar erreichbares Behandlungsziel für die Zwangsbehandlung vorliegen, und die Behandlung muss erfolgversprechend sein.
- Es muss eine sorgfältige Nutzen-/Risikoabwägung erfolgen, d.h. die Vorteile der Zwangsbehandlung müssen größer sein als die Beeinträchtigungen durch die Zwangsbehandlung. Es muss die Verhältnismäßigkeit der Maßnahmen gewahrt sein.
- Es muss überprüfbare Versuche gegeben haben, die Zustimmung des Patienten zu der beabsichtigten Behandlung ohne Zwang zu erreichen.
- Die einzuleitende therapeutische Maßnahme und deren Ziel bzw. die zu erreichenden Effekte müssen, genauso wie der Zeitraum, in dem diese erzielt werden sollen, zuvor genau definiert sein. Dabei entsprechen die jetzt vorgeschlagenen Zeitkriterien der klinischen Erfahrung.
- Eine Zwangsbehandlung sollte gewöhnlich nur mit gerichtlicher Genehmigung und Möglichkeit zur Beschwerde durchgeführt werden. Ausnahmen dürfen nur streng definierte Situationen sein, in denen Lebensgefahr besteht oder eine erhebliche und akute Gefahr für die eigene und/oder für die Gesundheit anderer Personen vorliegt. Dann muss es möglich sein, die betreuungsgerichtliche Genehmigung im Nachhinein zu beantragen.
- Patienten sollte immer ein Rechtspfleger beigeordnet werden.

Der Gesetzesentwurf enthält diese Aspekte weitgehend; zu ergänzen wären Ausführungen zum letztgenannten Punkt.

- Es muss gesetzlich geregelt werden, ob und wie eine Patientenverfügung auch dann umgesetzt werden muss, wenn sie dem aktuellen natürlichen Willen widerspricht, oder wenn sie in einer akuten Krankheitsphase zurückgezogen wird.

Mit freundlichen Grüßen

gez. Prof. Dr. med. Sabine Herpertz