Die Behandlung somatischer Krankheiten bei psychiatrischen Patienten gegen deren Willen in der Schweiz

K. Rabovsky, C. Alber, G. Stoppe

Psychiatrische Klinik, Universitäre Psychiatrische Kliniken Basel

Summary

Rabovsky K, Alber C, Stoppe G. [Compulsory treatment of somatic symptoms of psychiatric patients in Switzerland.] Schweiz Arch Neurol Psychiatr. 2007;158:4–11.

Unvoluntary treatment measures are sometimes unavoidable in the treatment of psychiatric inpatients. Apart from the law concerning the treatment of epidemics ("Epidemiengesetz"), a nationwide regulation of compulsory medical measures is not available in Switzerland. The Civil Law deals with compulsory admissions, but unvoluntary treatment should be controlled by cantonal rules. These guidelines differ considerably regarding their structure and content. Whereas compulsory treatment of psychiatric symptoms is at least mentioned in most of them as well as in the international scientific literature, this is not true for the treatment of not immediately life-threatening, but in the short term dangerous somatic diseases (like severe diabetes, hypertension, etc.) against the will of mentally ill patients. Clinicians and lawyers who have to deal with such cases often face complex problems with a variety of uncertainties, due to the lack of clear regulations and theoretical concepts.

The following paper starts with a clinical case-report, followed by a thorough review of the relevant scientific literature as well as the legislation in Switzerland. Special attention is paid to the weight of fundamental ethical principles (especially care versus autonomy), as well as constructs and legal instruments like the competence to judge ("Urteilsfähigkeit") and the Swiss civil law concerning compulsory admission ("Fürsorgerische Freiheitsentziehung"). We analyse the difficulties in the field and discuss possible solutions.

It becomes evident that compulsory treatment, even in the international literature, remains a neglected field, whereas numerous articles are available concerning adjacent topics (like compulsory admission, the capacity to consent to treatment, the right to refuse treatment, etc.). Due to national differences most of the publications are restricted to the legal conditions in one country. Problems related to compulsory treatment of physical disorders in mentally ill patients are mostly described casuistically. Concerning Switzerland legal and logical gaps, especially at the interfaces of national and cantonal rules, lead to considerable legal uncertainties for clinicians. The development of nation-wide applicable regulations is highly recommended. Transparency concerning the role and weight of fundamental ethical principles and distinctness regarding the validity of threshold criteria (like competence/"Urteilsfähigkeit") and applied measures (like compulsory admission/ "Fürsorgerische Freiheitsentziehung") could help to make the principles of treatment decisions in those cases more rational, transparent and equal, irrespective of cantonal borders.

Keywords: involuntary treatment; compulsory treatment; informed consent; competence; ethics in psychiatry

Korrespondenz:
Dr. Kristin Rabovsky
Psychiatrische Klinik
Universitäre Psychiatrische Kliniken
Wilhelm-Klein-Strasse 27
CH-4025 Basel
e-mail: kristin.rabovsky@upkbs.ch

Einleitung

Behandlungen gegen den Patientenwillen sind im Rahmen stationärer psychiatrischer Behandlungen generell und auch in der Schweiz nicht selten. Bei den psychiatrischen Zwangsmassnahmen kann man die Behandlung mit Psychopharmaka, die Fixierung mittels Gurten und das Einschliessen in Einzelzimmern (Isolierung) unterscheiden. Häufige Anlässe für diese Massnahmen sind Erregungszustände bei psychotischen Störungen, Manien oder dementiellen Erkrankungen mit potentiell fremdgefährlichem Verhalten. Seltener führen katatone Zustände oder schwere Depressionen zu Zwangsbehandlungen. Die Behandlung somatischer Symptome bei psychisch Kranken

gegen deren Willen ist im klinischen Alltag seltener notwendig, birgt jedoch zahlreiche Unsicherheiten und bleibt in der wissenschaftlichen Literatur und in Gesetzestexten bislang weitgehend unberücksichtigt.

Bis auf das «Epidemiengesetz» über die Bekämpfung übertragbarer Krankheiten des Menschen (Bundesgesetz 818.101) gibt es bislang in der Schweiz keine bundeseinheitlichen Gesetzesgrundlagen für medizinische Zwangsbehandlungen. Das Zivilgesetzbuch (im folgenden ZGB) regelt die zwangsweise Einweisung per fürsorgerische Freiheitsentziehung und lässt, wenn es auch weitgehend auf psychische Krankheiten fokussiert, mit der Möglichkeit, den Betroffenen in eine «geeignete Anstalt» einzuweisen, Spielraum bezüglich der Auswahl der Institution (ZGB Art. 397). Die Details der Behandlungseingriffe sind gemäss ZGB kantonal zu regeln, wobei diese Richtlinien bezüglich Inhalt und Struktur erhebliche Unterschiede aufweisen.

In Anbetracht dieser Situation hat die Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW) kürzlich medizinisch-ethische Richtlinien bezüglich «Zwangsmassnahmen in der Medizin» publiziert. Angestrebt wird eine bundesweit einheitliche Gesetzesgrundlage, mit der die kantonalen bzw. institutionellen Unterschiede ausgeglichen werden. Der Text beschreibt bei den «Speziellen Problemsituationen» «Im somatischen Bereich» die Notfallsituationen erstens bei vital gefährdeten Patienten, die sich im Schock- oder Erregungszustand gegen die Behandlung wehren, und zweitens im Rahmen von Hilfe nach einem Suizidversuch. Von dem «somatischen» wird neben dem «geriatrischen» der «psychiatrische Bereich» unterschieden. Hier wird unter anderem auch «schwere Selbstgefährdung» als Grund für den Einsatz von Zwangsmassnahmen genannt, wobei der Kontext (Prüfung der «Machbarkeit einer Einzelbetreuung») eine Fokussierung auf Suizidalität bzw. aktive Selbstverletzungstendenz nahelegt [1]. Hingegen findet die Problematik von nicht unmittelbar zur Lebensrettung notwendigen, aber dringend indizierten somatischen Behandlungen von psychisch Kranken gegen deren expliziten Willen aber auch hier keine spezifische Berücksichtigung.

Nun ergeben sich in der klinischen Praxis aber gerade hierbei immer wieder Unklarheiten. Wird von einem psychisch Kranken eine dringend indizierte körperliche Behandlung verweigert, sehen sich Kliniker und Juristen einem vielschichtigen Problem in rechtlich besonders ungesichertem Raum und auch theoretisch nur wenig bearbeitetem Terrain gegenüber. Diese Problematik wollen wir zunächst analysieren, um anschliessend mögliche Lösungsansätze zu diskutieren.

Methodik

Grundlage der vorliegenden Arbeit sind einerseits eine typische Fallvignette und andererseits eine umfassende Literaturrecherche. Hierzu haben wir die Datenbanken MEDLINE (1966–2004), die inzwischen BIOETHICSLINE integriert, und BELIT auf relevante Schlüsselbegriffe (involuntary treatment, compulsory treatment, informed consent, ethics in psychiatry, competence bzw. deren deutsche und schweizerische Entsprechungen) hin durchsucht. Darüber hinaus wurden die Literaturverzeichnisse der so gefundenen Arbeiten sowie zahlreiche Handbücher und Monographien beigezogen, wobei bis auf wenige Ausnahmen nur englisch- oder deutschsprachige Publikationen berücksichtigt wurden. Im Literaturverzeichnis haben wir uns weitgehend auf die für unsere (national begrenzte) Fragestellung unmittelbar relevante beschränkt.

Es folgt eine Darstellung der entsprechenden gesetzlichen Grundlagen in der Schweiz. Die Analyse spezieller Aspekte wie der Gewichtung von relevanten ethischen Prinzipien oder Feststellung und Bedeutung von Urteilsfähigkeit leiten über zur Diskussion und den Schlussfolgerungen.

Fallbeispiel

Vorangestellt werden soll der Fall eines Mitte 50jährigen Patienten mit einer langjährig bestehenden paranoiden Schizophrenie mit langsam zunehmendem Residuum. Der per fürsorgerische Freiheitsentziehung (FFE) eingewiesene Patient leidet darüber hinaus unter massiver Adipositas, Hypertonie, einer Herzinsuffizienz sowie Status nach zerebrovaskulärem Insult mit residuellem leichtem Hemisyndrom rechts, Status nach mehrfacher tiefer Beinvenenthrombose und schwerer chronisch obstruktiver Lungenerkrankung. Das Risikoprofil für kardiovaskuläre und pulmonale Erkrankungen wird vervollständigt durch einen jahrzehntelangen Nikotinabusus von derzeit etwa 4 Päckchen Zigaretten pro Tag. Neben der neuroleptischen Medikation braucht der Patient regelmässig seine ausgebaute antihypertensive Kombinationsbehandlung unter anderem mit einem hochdosierten Schleifendiuretikum sowie eine Thromboseprophylaxe. Insbesondere die Auslassung der antihypertensiven Therapie, die der Patient häufig, aber nicht ausschliesslich, im Zu-

sammenhang mit Exazerbationen der paranoiden Symptomatik ablehnt, führen immer wieder zu massivem Hypertonus und Atemnot. Erschwerend kommt in solchen somatischen Krisensituationen hinzu, dass sich gerade dann die Einsicht des Patienten in die Behandlungsnotwendigkeit durch die möglicherweise initial körperlich bedingte, dann aber regelmässig paranoid getönte Angst rapide auflöst. Es kommt, wenn nicht frühzeitig eingegriffen wird, zu hochgradig riskanten und komplexen Situationen.

Aufgrund der im Behandlungskanton ausgeprägt patientenautonomieorientierten Gesetzgebung wurde bei diesem Patienten unter Inkaufnahme der beschriebenen Risiken bislang auf eine Zwangsmedikation der somatischen Symptomatik verzichtet.

Problemanalyse und Literatur

Es handelt sich also um einen Patienten, der eine – nach heutigem Kenntnisstand – von seiner psychiatrischen Störung unabhängige schwere körperliche Erkrankung hat, die ohne Behandlung zumindest mittelfristig mit einem hohen weiteren Gesundheitsrisiko (z.B. durch Hypoxie oder Hirninfarkt) oder sogar Lebensgefahr einhergeht. Deshalb fühlt sich das Behandlungsteam zu diagnostischem und therapeutischem Handeln aufgerufen, bevor es zu einem vital bedrohlichen Notfall kommt. Dieser würde ja juristisch jedenfalls einen Eingriff erlauben (bzw. dann sogar fordern), wäre aber medizinisch wahrscheinlich nur sehr schwer beherrschbar.

Der Patient hat aber nicht nur nicht eingewilligt, sondern die einzelnen diagnostischen bzw. therapeutischen Eingriffe explizit und andauernd verweigert. Nun ist gerade bei schizophrenen Patienten die Willensbildung häufig schwer gestört. Vor allem im Zusammenhang mit den Störungen der Wahrnehmung und des Denkens, wie auch der Affektivität (Ambivalenz) und Kognition kann ihre Fähigkeit, zwischen verschiedenen denkbaren Möglichkeiten abzuwägen, zu entscheiden bzw. aufgrund schlüssiger Motive und gewonnener Einsicht einen eigenen Willen zu bilden, deutlich eingeschränkt sein. Bei Patienten, die zu einer stabilen Willensäusserung gar nicht in der Lage sind (z.B. bei Bewusstseinsstörungen und schweren Demenzen), wird die Einwilligung entsprechend dem «mutmasslichen Willen» bzw. durch den gesetzlichen Vertreter an seiner Stelle abgegeben [2] und führt insofern auch nicht per se zu einer eigentlichen «Zwangsbehandlung». Dies aber ist in dem hier dargestellten Fall entscheidend anders. Die Problematik der Verweigerung einer medizinisch indizierten bzw. ärztlich empfohlenen Behandlung somatischer Symptome unterscheidet sich von der psychopathologischer nun noch dadurch, dass auch psychisch gesunde und eindeutig urteilsfähige Patienten sich gelegentlich – aus Sicht der Ärzte – gänzlich «unvernünftig» gegen einen Eingriff entscheiden. Die Existenz dieser Möglichkeit, die es bei psychiatrischen Interventionen quasi per definitionem nicht gibt, ist einer der Aspekte, die eine Unterscheidung zwischen der «widerwilligen» Behandlung somatischer Symptome und der von psychopathologischen bei psychisch Kranken nahelegen ([3], S. 61–75). Möglicherweise ist die Komplexität der Fragestellung auch einer der Gründe dafür, dass die nicht-notfallmässige somatische Behandlung gegen den Willen eines psychisch Kranken einen rechtlich derart ungesicherten Raum darstellt und auch theoretische Konzepte noch weitgehend fehlen. Mit der Implikation, dass ein Patient *gleichzeitig frei* über seinen Körper entscheiden *und* bezüglich seiner psychopathologischen Symptome *nicht urteilsfähig* sein könne, lebt hier – hinsichtlich der gesetzlichen Regelung – ein eigenwilliger Leib-Seele-Dualismus fort.

Während umfangreiche Literatur über das klinische, juristische und ethische Umfeld von Zwangsbehandlungen (Zwangseinweisungen, «Einwilligungsfähigkeit», Recht zur Behandlungsverweigerung usw.) vorliegt, ist die eigentliche «Zwangsbehandlung» ein «Stiefkind» geblieben. Aufgrund der länderspezifischen Unterschiede beschränkt sich die häufig auf die entsprechende Gesetzeslage und Begrifflichkeit fokussierende Literatur meistens auf die Bedingungen in einem Staat (z.B. [4–6]), nur selten werden in die psychiatrischen oder juristischen Abhandlungen darüber hinaus grundlagentheoretische Erörterungen (z.B. hinsichtlich der basalen Frage nach der Bedeutung von «Urteilsfähigkeit», «Vernunft» o.ä.) integriert ([3], S. 49–60; [7]). Selbst aktuelle und repräsentative, empirisch gewonnene Daten zu Häufigkeit und Umständen von Zwangsbehandlungen *psychiatrischer Syndrome* in der Schweiz fehlen völlig, wenn man von einer Stichprobenuntersuchung an unserer Klinik aus dem Jahre 1991 [8] absieht [9, 10].

Die «Dunkelziffer» von notwendigen Behandlungen *somatischer Krankheiten* bei psychiatrischen Patienten ist wahrscheinlich hoch. Wenn auch genaue Zahlen für die Schweiz fehlen, so weist die internationale epidemiologische Literatur doch darauf hin, dass die erhöhte Mortalität bei psychisch Kranken auch auf nichtdiagnostizierte und nicht suffizient therapierte körperliche

Krankheiten zurückzuführen ist (z.B. [11]). Unübersichtliche rechtliche Grundlagen mit entsprechender Verunsicherung der Fachleute scheinen einerseits die Anwendung von «Zwang» und andererseits dessen Reflexion in diesem Kontext zu erschweren. Dies wird – meistens kasuistisch – in der nationalen und internationalen Literatur wiederholt beschrieben (z.B. [12–17]). In Dänemark wurden in einer Revision 1989 in das Psychiatriegesetz Regelungen aufgenommen, die sich speziell auf Zwangsmassnahmen im Falle behandlungsbedürftiger somatischer Krankheiten bei psychisch Kranken beziehen ([18], S. 3–28; [19]).

Im Zusammenhang mit der Frage nach einer Legitimation von Zwangsbehandlungen wird in der Literatur häufig auf die Urteilsfähigkeit als Unterscheidungskriterium zwischen einer zu respektierenden «Irrationalität» eines psychisch gesunden und der eines z.B. psychotischen Patienten hingewiesen. Nun ist zu konstatieren, dass die Feststellung der situations- bzw. entscheidungsbezogenen Urteils-(oder – in Deutschland – Einwilligungs-)unfähigkeit zwar in verschiedenen europäischen Ländern weitgehend übereinstimmenden Kriterien folgt, von einem objektiven, operationalisierten und geschweige denn einheitlichen Assessment ist man trotz diverser Anstrengungen aber noch weit entfernt (s.u.). Davon abgesehen wird das «Requisit» der Urteilsfähigkeit [20] in dem ärztlich-juristischen Verfahrensablauf bislang auch uneinheitlich positioniert.

Im Hinblick auf eine erhöhte Transparenz und argumentative Kohärenz sowie auch Justiziabilität von Entscheidungen bei der Behandlung somatischer Symptome bei psychisch Kranken gegen deren Willen scheint uns zusammenfassend für folgende Bereiche vordringlich Klärungsbedarf gegeben:

1.) Die Gewichtung von Fürsorge- vs. Autonomieprinzip und
2.) die Bedeutung von «Requisiten» und Instrumenten der ärztlichen und juristischen Entscheidungsfindung: zum Beispiel Urteilsfähigkeit und fürsorgerische Freiheitsentziehung.

Die schweizerische Gesetzgebung und Rechtspraxis betreffend die Behandlung somatischer Symptome bei psychisch Kranken gegen ihren Willen

Bundesweit einheitliche Regelungen von Behandlungen wider den Patientenwillen, sei es die Anwendung von psychiatrischen oder somatischen Behandlungsmethoden bei psychischen oder somatischen Störungsbildern, existieren in der Schweiz mit Ausnahme des Epidemiegesetzes nicht. Unfreiwillige Spitaleinweisungen per «fürsorgerische Freiheitsentziehung» (im folgenden: FFE) sind im ZGB Art. 397a–f geregelt. Demzufolge können Patienten wegen «Geisteskrankheit, Geistesschwäche, Trunksucht, anderen Suchterkrankungen oder schwerer Verwahrlosung» «in einer geeigneten Anstalt untergebracht» werden. Dass in Art. 397e spezifizierend hervorgehoben wird, dass dies «bei psychisch Kranken nur unter Beizug von Sachverständigen entschieden werden» kann, scheint zu implizieren, dass diese Regelung prinzipiell auch für rein somatisch Kranke gilt. Dies entspricht aber nicht der üblichen Auslegung und Rechtspraxis, der zufolge eine FFE nur bei psychisch Kranken unter Einschluss suchtkranker und schwer verwahrloster Personen verfügt wird. Mit der Formulierung «in einer geeigneten Anstalt», legt sich der Gesetzgeber aber nicht auf psychiatrische Kliniken als aufnehmende Institutionen fest, wenngleich diese in der Praxis favorisiert werden. Das genaue Vorgehen bei einer FFE und Zwangsbehandlungen ist gemäss Art. 397e kantonal zu regeln. Die bestehenden kantonalen Regelwerke aber sind bezüglich Struktur und Ausführlichkeit sehr verschieden. Sie beziehen sich teilweise ausschliesslich auf psychisch kranke Personen, teils orientieren sie sich an der Art der Behandlung. Begriffe wie «Zwangsmassnahme» werden unscharf gebraucht bzw. nicht auf eine «Behandlung» bezogen, oder es bleibt unklar, ob eine Zwangsbehandlung auch ambulant oder nur stationär erfolgen kann. In einigen Kantonen fehlen das ZGB ergänzende Bestimmungen noch völlig, so dass dort eigentlich gar keine Rechtsgrundlage für eine Zwangsbehandlung besteht. Diese unbefriedigende «Unübersichtlichkeit» [10] ist in der juristischen Literatur inzwischen mehrfach aufgegriffen und kritisiert worden (z.B. [21]).

Exemplarisch sollen hier das Basler «Psychiatriegesetz» und das Berner «Gesundheitsgesetz» dargestellt werden. Beide sind detailliert ausgearbeitete Regelwerke, die aber dennoch einige wesentliche Unterschiede aufweisen.

Für Basel-Stadt wurde 1996 das «Gesetz über Behandlung und Einweisung psychisch kranker Personen (Psychiatriegesetz)» beschlossen. Dieses beschränkt sich gemäss § 1 explizit darauf, zu regeln, wann bzw. wie «psychisch kranke Personen ambulant oder stationär psychiatrisch behandelt und in eine Behandlungsinstitution eingewiesen werden können». Damit gelten die bezüglich Einwilligung und Behandlung gegen Widerstand besonders relevanten Paragraphen 13 und 22 nicht für somatische Krankheiten oder somatische Behandlungen. Der baselstädtischen Rechtspraxis

zufolge wird im Fall einer somatischen Behandlungsverweigerung auf das ZGB zurückgegriffen und gemäss Art. 392 ein Vertreter für die Einwilligung eingesetzt. Dies ist gesetzlich vorgesehen, «wenn eine mündige Person in einer dringenden Angelegenheit infolge von Krankheit, Abwesenheit oder dergleichen weder selbst zu handeln noch einen Vertreter zu bezeichnen vermag», und kommt sonst meistens im Zusammenhang mit geschäftlichen Angelegenheiten zur Anwendung. Erforderlich für die vormundschaftliche Regelung ist eine fachärztliche Bescheinigung der Urteilsunfähigkeit des Patienten im Hinblick auf die infragestehende Behandlungsentscheidung (z.B. aufgrund einer wahnhaft bedingten Fehlinterpretation der Symptomatik). Dies gilt auch bei Patienten und Patientinnen, die per FFE in eine Klinik eingewiesen sind, wobei dies gemäss dem Gesetzestext andererseits aber nicht Voraussetzung für eine Vertreterentscheidung gegen den Patientenwillen ist. Der Patient kann gegen die Entscheidung rekurrieren.

Hingegen ist das 1984 beschlossene und zuletzt 2001 unter anderem in bezug auf medizinische Zwangsmassnahmen modifizierte Berner «Gesundheitsgesetz» für alle Bereiche der Gesundheitsfürsorge gültig, insbesondere wird hier nicht zwischen psychiatrischen und somatischen Krankheiten bzw. Behandlungen unterschieden. Prinzipiell müssen Patientinnen und Patienten vor einem Eingriff umfänglich aufgeklärt werden und einwilligen (Art. 39 und 40). Bei Urteilsunfähigen ist die Einwilligung von einem Vertreter einzuholen, wenn keine Vertretung besteht, handelt die Fachperson nach Anhörung Angehöriger «gemäss den objektiven Interessen, dem mutmasslichen Willen», sowie einer allfällig vorliegenden Patientenverfügung. Ist eine schwere Gefahr für Leben und Gesundheit des Patienten nicht anders abwendbar, so kann ein Eingriff auch ohne oder gegen seinen Willen durchgeführt werden, die Vormundschaftsbehörde ist hierüber unverzüglich zu informieren (Art. 40a). Die separat aufgeführten «medizinischen Zwangsmassnahmen» sind möglich bei Patienten, die per FFE in eine Institution eingewiesen sind. Sie bezeichnen «Massnahmen, die gegen den Willen der betroffenen Person durchgeführt werden mit dem Ziel, deren Gesundheitszustand zu erhalten, zu verbessern oder Dritte zu schützen, insbesondere medikamentöse Behandlung, Isolierung, Anbindung oder Beschränkung der Aussenkontakte» (Art. 41). Dem Gesetzestext zufolge ist hierfür eine formelle Bestätigung der Urteilsunfähigkeit nicht erforderlich. Voraussetzung für ihre Anwendung sind unter anderem, dass keine freiwillige bzw. mildere Behandlungsalternative zur Verfügung steht und dass «das Verhalten der … Person ihre eigene Sicherheit oder Gesundheit schwerwiegend gefährdet», «eine unmittelbare Gefahr für Leib und Leben Dritter abzuwenden» ist oder «um eine schwerwiegende Störung des Zusammenlebens … zu beseitigen» (Art. 41a). Angeordnet werden sie auf Vorschlag des behandelnden Arztes durch die ärztliche Leitung einer Institution (Art. 41b). Es besteht Rekursrecht. Insbesondere das Kriterium der Gefährdung der eigenen Gesundheit ermöglicht die Anwendung prinzipiell auch bei nichtpsychiatrischen Symptomen. Offensichtlich bestehen hierzu aber unterschiedliche Auffassungen und Auslegungspraktiken, insbesondere was die Notwendigkeit einer formellen Prüfung der Urteilsfähigkeit bei bestehender FFE betrifft (persönliche Mitteilungen).

Schon beim Vergleich dieser beiden noch verhältnismässig ähnlichen kantonalen Richtlinien bzw. Rechtspraktiken in Basel-Stadt und Bern wird deutlich, dass die Koppelung von FFE und Zwangsbehandlung, insbesondere somatischer Krankheiten, unterschiedlich gehandhabt wird, sie gilt ohnehin als «umstritten» [22, 23]. Bemerkenswert ist auch, dass die «widerwillige» somatische Behandlung, anders als die psychiatrische, in Basel-Stadt über Massnahmen nach ZGB durchzusetzen ist, während in Bern beide via kantonale Gesetzgebung und vor dem Hintergrund eines offensichtlich weitergehenden FFE-Verständnisses prinzipiell gleich geregelt sind. Bei der somatischen Zwangsbehandlung wird in Basel die Schwelle höher angesetzt, der Wirksamkeitsbereich des Autonomieprinzips wird weiter ausgedehnt, unter Inkaufnahme längerer Verfahrenszeiten. In der Folge bleibt hier aber die Rechtslage im obengenannten Fall des gemäss § 22 des Psychiatriegesetzes wohl psychiatrisch, nicht aber somatisch zwangsbehandelbaren Patienten uneindeutig und lässt den Kliniker mit der Frage nach der Grenze zur Unterlassung letztlich allein. Fast noch schwerer fällt es zu verstehen, warum hochrangige Rechtsgüter (Autonomie, Persönlichkeitsrechte) und entscheidungsrelevante Rechtsinstrumente (wie eine FFE) in zwei fast benachbarten Regionen so unterschiedlich verstanden und gehandhabt werden. Unseres Erachtens haben wir derzeit keine eindeutige Gesetzesgrundlage, auf deren Basis Kliniker und Juristen konsistent argumentieren und ihr Handeln begründen können [21].

Die Wertigkeit ethischer Prinzipien, und Bedeutung und Assessment von Urteilsfähigkeit

Die im Zusammenhang mit der Behandlung somatischer Symptome bei psychisch Kranken relevanten und im strittigen Grenzbereich widerstrebenden ethischen Prinzipien [24] sind, neben dem Grundsatz des Nicht-Schadens, das der Fürsorge und das der Autonomie. Sowohl die gesetzlichen Grundlagen als auch die Rechtssprechung/-praxis in der Schweiz weisen bei der Behandlung psychisch Kranker, in weitgehender Übereinstimmung mit anderen (EU-)europäischen Ländern ([18], S. 281–303), auf eine Vorrangigkeit des Autonomieprinzips hin [20, 21, 25]. Dies ist im Rahmen der Persönlichkeitsrechte auch grundlegend in der Bundesverfassung niedergelegt (Art. 10). Eine nähere Betrachtung der einzelnen Richtlinien bzw. Rechtspraktiken offenbart aber kantonal erhebliche, um nicht zu sagen, prinzipielle Unterschiede wie auch Kontroversen im juristischen und (rechts-)philosophischen Diskurs. Zu Recht sieht darüber hinaus z.B. Bucher in einer «Urteilsanmerkung» zu zwei Bundesgerichtsurteilen über «Zwangsmedikationen» hierbei das grundsätzliche Problem berührt, ob denn bei einem als urteilsunfähig beurteilten Patienten überhaupt von «Freiheit» (in der Entscheidung) und folglich von «Zwang» (zur Behandlung) gesprochen werden könne [20]. Dies mündet konsequenterweise in die Frage, ob das Prinzip der Autonomie bei einem Urteilsunfähigen überhaupt noch Anwendung finden kann oder aber an dieser Schwelle anderen ethischen Grundsätzen (Fürsorge, Nicht-Schaden) schon aus logischen Erwägungen weichen muss [7].

Um so grössere Bedeutung, quasi als «Schwelle», gewinnt der Aspekt (oder, wie Bucher es nennt, das «Requisit») der Urteilsfähigkeit. Versteht man es so, dass die Einwilligung die Verantwortung für die Beeinträchtigung eigener und die Schuld die Verantwortung für die Schädigung fremder Rechtsgüter regelt [7], so würde eine der strafrechtlichen vergleichbare zivilrechtliche «Schwellenfunktion» der Urteilsfähigkeit durchaus berechtigt erscheinen. Um so höhere Ansprüche wären an ihr Assessment zu stellen. Die Beurteilung der Urteilsfähigkeit in zivilrechtlichen Angelegenheiten erfolgt in der Schweiz in der Regel durch einen Psychiater. Umfassende neuropsychologische Testverfahren, wie sie z.B. bei strafrechtlichen Begutachtungen fehlender oder verminderter Zurechnungsfähigkeit häufig zum Einsatz kommen, werden in aller Regel nicht angewendet. Operationalisierte Assessments bzw. Standards fehlen für die Feststellung der Urteilsfähigkeit, wobei hier auch auf europäischer Ebene länderübergreifend Defizite konstatiert werden ([18], S. 307–21). Auch hinsichtlich der Prüfung von Verhandlungs- und Testierfähigkeit bei alten Menschen wurde diese Problematik bereits beschrieben, aus jüngster Zeit datiert der praxisorientierte Vorschlag, neuropsychologische Tests hier als Screeningverfahren bzw. zum weitgehenden Ausschluss einer Demenz einzusetzen [26–28]. In einer Übersicht über standardisierte Testverfahren und empirische Untersuchungen zur Einwilligungsfähigkeit (dem – in diesem Kontext – deutschen Pendant zur schweizerischen Urteilsfähigkeit) von psychisch Kranken betonen die Autoren, dass die Festlegung eines Schwellenwertes für Einwilligungsfähigkeit weiterhin eine offene Forschungsfrage bleibt und formale Testinstrumente die klinische und situative Einschätzung nicht ersetzen, sondern allenfalls ergänzen können [29]. Kindt weist darauf hin, dass Einwilligungsfähigkeit neben individuellen und situativ-entscheidungsbezogenen auch einen interaktiven Aspekt in der persönlichen Arzt-Patient-Beziehung aufweist [30]. Vielbeachtete aus den USA stammende Instrumente werden unter anderem wegen der geringen Berücksichtigung anderer als kognitiver Elemente im Entscheidungsprozess kritisiert [31]. Eine (rechts-)philosophische Analyse verweist auf die normative Dimension von Konstrukten wie «Willensfreiheit», «Autonomie» und Fähigkeit zu «Einwilligung» bzw. «Urteils»-bildung [7]. Gerade wegen der derzeitig noch bestehenden begriffs- und grundlagentheoretischen Unbestimmtheit verlangt die im Einzelfall notwendige «Feststellung» einerseits die persönliche Verantwortung des (meist ärztlichen) Entscheidungsträgers [7] sowie unseres Erachtens darüber hinaus eine von der Gesellschaft legitimierte Operationalisierung, die der obengenannten normativen Dimension gerecht wird.

Gemäss schweizerischer Gesetzgebung und Rechtspraxis ist «Urteilsfähigkeit» die Fähigkeit, «vernunftgemäss» zu handeln, und stets «relativ», d.h. in bezug auf eine bestimmte Handlung bzw. Entscheidung, zu bestimmen. Sie wird anhand von vier Kriterien festgestellt: Erkenntnisfähigkeit, Wertungsfähigkeit, Fähigkeit zur Willensbildung und die Fähigkeit, gemäss dem eigenen Willen zu handeln; das Fehlen auch nur eines Kriteriums bedingt Urteilsunfähigkeit [22]. In Deutschland wird darüber hinaus eine abgestufte Beurteilung befürwortet: Ein hohes Mass an «Einwilligungsfähigkeit» wird für die Zustimmung zu risikoreichen bzw. die Verweigerung von risikoarmen und erfolgversprechenden Eingriffen verlangt, ein mittleres oder auch nur niedriges Niveau hingegen für die Zustimmung zu risikoarmen und die Ver-

weigerung gefährlicher und wenig erfolgversprechender Eingriffe (Wichtigkeit der «risk-benefit-ratio»). In Abhängigkeit von der «Schwere» der Entscheidung werden auch entweder ein Arzt, ein psychiatrischer Facharzt oder ein («neutraler») Psychiater ohne direkte Behandlungsbeteiligung für die Beurteilung verlangt ([18], S. 316–20; [32]).

Hinsichtlich der Frage, inwiefern in der Schweiz allgemein oder speziell bei der Behandlung somatischer Symptome bei psychisch Kranken standardisierte Instrumente oder ein alternatives einheitliches, zumindest qualitativ standardisiertes Vorgehen bei der Beurteilung von Urteilsfähigkeit bezüglich der Einwilligung zu Therapiemassnahmen eingesetzt werden, könnten empirische Daten weiterhelfen. Allenfalls vorliegende internationale Daten sind wegen der national unterschiedlichen Rechtsstrukturen bzw. relevanten Begriffe und Konstrukte nicht ohne weiteres auf die hiesigen Verhältnisse übertragbar.

Zusammenfassung und Schlussfolgerungen

Auf der Basis einer Fallvignette, einer fokussierten Literaturübersicht und der Darstellung der hiesigen Gesetzgebung wurde die Problematik der nicht-notfallmässigen somatischen Zwangsbehandlung bei psychisch Kranken in der Schweiz analysiert. Besondere Aufmerksamkeit wurde dabei der Bedeutung von Konstrukten wie der Urteils(un)fähigkeit und Rechtsinstrumenten wie der fürsorgerischen Freiheitsentziehung als zivilrechtlicher Zwangsmassnahme gewidmet. Es wurde exemplarisch gezeigt, dass theoretische bzw. logische Inkongruenzen, wie auch Brüche in der kantonalen sowie an den Nahtstellen zwischen Bundes- und kantonaler Gesetzgebung, Unklarheiten und letztlich Rechtsunsicherheiten für die behandelnden Kliniker bedingen.

Die derzeitige Heterogenität sollte Anlass zu vergleichenden Untersuchungen geben, deren Ergebnisse in eine nationale Empfehlung einfliessen. Gerade für den Umgang mit derartig höchstpersönlichen Rechtsgütern, noch dazu im Zusammenhang mit so hochrangigen menschlichen Funktionen wie «Autonomie» und «Freiwilligkeit» ist

1.) die Entwicklung rationaler und dann auch «mit Recht» bundesweit gültiger Handlungsgrundlagen wünschenswert.

Für das Problem der Behandlung somatischer Symptome bei einem psychisch Kranken gegen dessen Willen bedeutet dies insbesondere, dass

2.) die Gewichtung der ethischen Prinzipien (v.a. Autonomie und Fürsorge) transparent gemacht und ihre Grenzen markiert werden, sowie
3.) auf der instrumentellen Ebene Schwellenkriterien und eingesetzte Massnahmen (Urteilsfähigkeit, fürsorgerische Freiheitsentziehung) bezüglich ihres Geltungsspektrums klar konturiert sein sollten.

Hinsichtlich des anfangs beschriebenen Fallbeispiels würde dies sicherstellen, dass der Patient (1.) in der ganzen Schweiz prinzipiell gleich, (2.) nach expliziten und nachvollziehbaren ethischen Prinzipien und (3.) nach einem für alle Beteiligten klaren Verfahren mit definierten Beurteilungskriterien und Massnahmen behandelt würde. Das würde auch die Rechtssicherheit der behandelnden Kliniker, die sich bis anhin oft zwischen dem Vorwurf ungerechtfertigter Zwangsmassnahmen und dem der Unterlassung bewegen, deutlich erhöhen.

Darüber hinaus und tiefergehend braucht eine befriedigende Rechtfertigung von unfreiwilligen Behandlungen unseres Erachtens eine Klärung der entscheidungs- und handlungsbegründenden psychiatrischen Konstrukte und Begriffe. Stattdessen beruht unsere rechtsrelevante Begrifflichkeit nach wie vor auf psychologischen und psychopathologischen Kategorien, die aus dem Anfang des letzten Jahrhunderts stammen und moderne, vor allem neurowissenschaftliche, Befunde nicht integrieren. Dies findet sich auch in der hochaktuellen interdisziplinären Diskussion um die Frage des neuronalen Determinismus versus Freiheit des Willens gespiegelt (z.B. [33, 34]). Bisher haben sich daraus abgeleitete Konkretisierungen weitgehend auf die Rechtssprechung und – in der Medizin – die Forensik konzentriert, die Problematik der Einwilligung und Freiwilligkeit trägt diese Problematik aber auch in den Bereich der allgemeinen klinischen Psychiatrie. Es ist zu hoffen, dass die weitgreifende Diskussion zu einer stärkeren Gewichtung entsprechender Forschung im Rahmen einer als Kombination von Naturwissenschaften und Philosophie verstandenen Neurowissenschaft führt und die Entwicklung einer begründeten Ethik und klaren Rechtslage in unserem Fach fördert.

Danksagung: Wir danken Frau lic. iur. Chantal Hell, ehemalige Präsidentin am Strafgericht Basel, und Herrn Dr. Andreas Bernoulli, beide Mitglieder des Präsidiums der Psychiatrie-Rekurskommission Basel-Stadt, für ihre freundliche und konstruktiv-kritische Durchsicht im Hinblick auf die juristischen Aspekte der Arbeit.

Literatur

1 Zwangsmassnahmen in der Medizin. Medizinisch-ethische Richtlinien der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften SAMW. Schweiz Ärztezeitung. 2005;86(34):1992–9.

2 Thommen M. Medizinische Eingriffe an Urteilsunfähigen und die Einwilligung der Vertreter. Basel: Helbing und Lichtenhahn; 2000.

3 Marquard O, Seidler E, Staudinger H, Herausgeber. Medizinische Ethik und soziale Verantwortung. München: Fink; Paderborn: Schöningh; 1989.

4 Müller M. Zum Erfordernis einer hinreichenden gesetzlichen Grundlage für schwere Grundrechtseingriffe. recht. 1994;1:31–9.

5 Steinert T, Hinüber W, Arenz D, Röttgers HR, Biller N, Gebhardt RP. Ethische Konflikte bei der Zwangsbehandlung schizophrener Patienten. Nervenarzt. 2001;72:700–8.

6 Eichhorn M, Zimmermann R, Kräuchi K, Finzen A. Entscheide der Psychiatrierekurskommission des Kantons Basel-Stadt im Jahr 2000. Psychiatrische Praxis. 2003;30:139–44.

7 Amelung K. Über die Einwilligungsfähigkeit. ZStW 1992;104(3):525–48 (Teil I) und (4):821–33 (Teil II).

8 Finzen A, Haug H-J, Beck A, Lüthy D. Hilfe wider Willen – Zwangsmedikationen im psychiatrischen Alltag. Bonn: Psychiatrie-Verlag; 1993.

9 Zinkler M, Priebe S. Detention of the mentally ill in Europe – a review. Acta Psychiatr Scand. 2002;106:3–8.

10 Geiser T. Die medizinisch-therapeutische Behandlung und Zwangsmassnahmen im Lichte der geltenden Rechtslage und besonderer Berücksichtigung von vormundschaftlichen Fragestellungen. ZVW. 2001;4:225–43.

11 Harris EC, Barraclough B. Excess mortality of mental disorders. A metaanalysis. Br J Psychiatry. 1998;173:11–53.

12 Kämpf M, Strnad J, Bahro M. Medizinethische Aspekte der Behandlung psychisch und körperlich schwer Erkrankter. Schweiz Rundsch Med Prax. 1999;88:1347–50.

13 Irving TL. Legal, ethical and clinical implications of prescribing involuntary, life-threatening treatment: the case of the sunshine kid. J Forensic Sci. 2003;48(4):856–60.

14 Monden MAH, Zandbergen MW. Een patient met een psychiatrische stoornis die behandeling van een somatische aandoeing weigert. Ned Tijdschr Geneeskd. 1997;141(5):247–9.

15 Lang K. Mental illness and the right to refuse lifesaving medical treatment. Princet J Bioeth. 2002;5:48–58.

16 Alber C, Rabovsky K, Stoppe G. Zwangsbehandlung somatischer Leiden bei psychisch Kranken – juristische und medizinethische Herausforderung. Schweiz Ärztezeitung. 2006;2:65–8.

17 Venzlaff U, Foerster K. Psychiatrische Begutachtung. 3. Auflage. München: Urban und Fischer; 2000. S. 601.

18 Koch H-G, Reiter-Theil S, Helmchen H, editors. Informed Consent in Psychiatry. Baden-Baden: Nomos; 1996.

19 Jacobsen LA, Madsen AL, Schulz V. Tvangsforanstaltninger ved behandlingskraevende somatische sygdom hos sindsyge. Ugeskr Laeger. 1995;157(23):3319–22.

20 Bucher E. Das Horror-Konstrukt der «Zwangsmedikation»: zweimal (ohne Zuständigkeit) ein Ausflug ins juristische Nirvana. ZBJV. 2001;137:764–807.

21 Aemisegger H, Scherrer K. Fürsorgerische Freiheitsentziehung und Zwangsmedikation nach der Praxis des Bundesgerichtes. Jusletter. 3. Mai 2004.

22 Dittmann V. Forensische Psychiatrie in der Schweiz. In: Nedopil N. Forensische Psychiatrie. 2. Auflage. Stuttgart, New York: Georg Thieme Verlag; 2000. S. 318–29.

23 Geiser T. Die fürsorgerische Freiheitsentziehung als Rechtsgrundlage für eine Zwangsbehandlung? In: Gauch P, Schmidt J, Steinauer P-H, Tercier P, Werro F. Familie und Recht – Famille et Droit. Freiburg i.Ue.: Universitätsverlag; 1995. S. 289–314.

24 Beauchamp TL, Childress JF. Principles of Biomedical Ethics. 5th edition. Oxford University Press; 2001.

25 Engelhardt HAT. Autonomie und Selbstbestimmung: Grundlegende Konzepte der Bioethik in der Psychiatrie. In: Pöldinger W, Wagner W, Herausgeber. Ethik in der Psychiatrie. Berlin, Heidelberg, New York: Springer-Verlag; 1991. S. 61–71.

26 Cording C. Die Begutachtung der Testier(un)fähigkeit. Fortschr Neurol Psychiatr. 2003;71:1–13.

27 Stoppe G. Die Verhandlungsfähigkeit des alten (multimorbiden) Patienten. Rechtsmedizin. 2005;15:143–7.

28 Stoppe G, Lichtenwimmer A. Die Feststellung der Geschäfts- und Testierunfähigkeit beim alten Menschen durch den Notar – ein interdisziplinärer Vorschlag. DNotZ. 2005;11:806–13.

29 Bauer A, Vollmann J. Einwilligungsfähigkeit bei psychisch Kranken. Eine Übersicht empirischer Untersuchungen. Nervenarzt. 2002;73:1031–8.

30 Kindt H. Einwilligungsfähigkeit in der Partnerschaft zwischen Arzt und Patient. Zeitschrift für medizinische Ethik. 2001;47:363–70.

31 Breden TM, Vollmann J. The cognitive based approach of capacity assessment in psychiatry: a philosophical critique of the MacCAT-T. Health Care Anal. 2004;12(4):273–83.

32 Vollmann J. Ethische Probleme in der Psychiatrie. In: Berger M, Herausgeber. Psychiatrie und Psychotherapie. 1. Auflage. München, Wien, Baltimore: Urban, Schwarzenberg; 1999. S. 993–9.

33 Singer W. Verschaltungen legen uns fest. Wir sollten aufhören, von Freiheit zu sprechen. In: Geyer C, Herausgeber. Hirnforschung und Willensfreiheit. Frankfurt: Suhrkamp; 2004. S. 30–65.

34 Bieri P. Das Handwerk der Freiheit. Über die Entdeckung des eigenen Willens. 3. Auflage. Frankfurt: Fischer Taschenbuch Verlag; 2005.