

Juristische und medizinethische Herausforderung

Zwangsbearbeitung somatischer Leiden bei psychisch Kranken

Ein an einer chronischen Schizophrenie leidender Patient wurde nach langwieriger juristischer Klärung bezüglich seiner letztlich vital bedrohenden Struma operiert. Anhand dieses Fallberichtes werden aus klinischer Perspektive die unzureichenden Regelungen hinsichtlich der somatischen Behandlung psychisch Erkrankter illustriert. Während es aus juristischer Sicht Unklarheiten auszuräumen und einheitliche Bestimmungen auf Bundesebene anzustreben gilt, drängt sich medizinethisch primär eine Diskussion und damit eine Sensibilisierung für diese Frage auf.

C. Alber, K. Rabovsky,
G. Stoppe

Fallbericht

Beim Patienten handelt es sich um einen an einer chronischen paranoiden Schizophrenie erkrankten 45jährigen Mann. Er lebte – abgesehen von einem Aufenthalt in einer Wiedereingliederungsstätte im Alter von 18 bis 20 Jahren – bei seinen Eltern und arbeitete von seinem 21. bis 29. Lebensjahr als Bürolist beim Betriebsamt seines Wohnkantons. Seine Zuweisung zur insgesamt zweiten stationären psychiatrischen Behandlung erfolgte durch den Amtsarzt, der eine fürsorgliche Freiheitsentziehung ausgesprochen hatte. Dies, nachdem die Eltern des Patienten bei der Polizei Unterstützung anforderten, da ihnen ihr Sohn aggressiv gegenübertrat. Bereits im Alter von 38 Jahren führte ähnlich fremd-aggressives Verhalten (Bedrohung des Vaters mit einem Messer) zur ersten psychiatrischen Hospitalisation, die der Patient nach gut drei Monaten Dauer gegen ärztliche Empfehlung abbrach.

Eine Behandlung der Schizophrenie fand trotz der von den Eltern beschriebenen, teils über Jahre bestehenden subakuten bis akuten psychotischen Zustände des Patienten mit wiederholten Tötlichkeiten gegen Vater und Mutter und massiver Einschränkung von deren persönlicher Freiheit nur rudimentär statt. Sie beinhaltete eine etwa zweijährige Psychotherapie wegen Angstzuständen und «Sich-gestresst-Fühlens» vom 15. bis 17. Lebensjahr, eine kurzzeitige Psychopharmakotherapie im Rahmen der Betreuung durch eine berufliche Wiedereingliederungsstätte im 18. Lebensjahr und die erwähnte dreimonatige stationäre psychiatrische Behandlung im Alter von 38 Jahren. Bei beiden

stationären, psychiatrischen Hospitalisationen trat der Patient mit einer produktiv-psychotischen Symptomatik ein. Explorierbares Kardinalsymptom war ein Beeinträchtigungswahn. Der Patient war überzeugt, dass eine Verschwörung gegen ihn im Gange sei. Er traute sich nicht mehr ins Freie und fühlte sich auch zu Hause unsicher, da er glaubte, dass das Telefon abgehört würde und beim Ersatz defekter Dachziegel neue, mit Abhörwanzen bestückte, eingebracht worden wären. Unter neuroleptischer Behandlung zeigte sich jeweils rasch eine Teilremission der Positivsymptomatik. Zusätzlich bestand eine erhebliche Negativsymptomatik mit ausgeprägter Initiative- und Antriebslosigkeit, verarmtem und starrem Affekt. Krankheitsgefühl oder Krankheitseinsicht zeigte der Patient zu keinem Zeitpunkt.

Bei der zweiten stationären psychiatrischen Aufnahme zeigte sich nun im Rahmen der körperlichen Untersuchung neben einer schweren Adipositas (BMI 43 kg/m²) eine Struma °III beidseits. Im Labor zeigte sich ein TSH-Suppressionssyndrom. Hinweise auf eine Immunthyreopathie fanden sich nicht. Trotz intensiver Bemühungen des Behandlungsteams konnte der auch bezüglich der eindrucksvollen Struma krankheitsuneinsichtige Patient erst nach zehn Wochen zur weiteren Diagnostik bewegt werden. Sonographisch fand sich eine Struma multinodosa mit einem Volumen von etwa 300 ml und drei dominanten Knoten. Sowohl die vorgeschlagene Szintigraphie als auch die Feinnadelpunktion wurden vom Patienten abgelehnt. Keine Einwilligung gab er auch für die bei einer

Korrespondenz:
Prof. Dr. med. Gabriela Stoppe
Universitäre Psychiatrische
Kliniken Basel
Allgemeine Psychiatrie
Wilhelm Klein-Strasse 27
Postfach
CH-4025 Basel
Tel. 061 325 52 17
Fax 061 325 55 82
E-Mail: gabriela.stoppe@upkbs.ch

derart grossen Struma hilfreichen radiologischen Untersuchungen zur Feststellung einer allfälligen Einengung oder Wandinstabilität der Trachea sowie retrosternaler Strumaanteile. Immerhin willigte er in eine Lungenfunktionsprüfung ein. Dabei wurde eine schwere obstruktive Ventilationsstörung gefunden und als relevante Trachealstenose interpretiert. Endokrinologe und Pneumologe empfahlen eine rasche Operation der Struma aufgrund von Erstickungsgefahr schon bei leichten Gewebsschwellungen, zum Beispiel bei einer Erkältung; zudem hätte dadurch auch die Frage der Dignität der Knoten beantwortet werden können. Der Patient lehnte eine Operation mit der Begründung ab, dass «sein Hals doch in Ordnung wäre». Diese Ansicht konnte weder durch erklärende Zeichnungen, direkte Vergleiche von seinem Halsumfang mit einem unauffälligen noch durch andere rationale Argumente beeinflusst werden. Gleichzeitig äusserte er jedoch die Befürchtung, dass ihn ein operativer Eingriff beeinträchtigen könne und brachte somit indirekt schon ein «Interesse an somatischer Intaktheit» beziehungsweise Leben zum Ausdruck. Aus psychiatrischer Sicht wurde deshalb Urteilsunfähigkeit hinsichtlich der Operationsfrage attestiert. Entsprechend wurde bei der kantonalen Vormundschaftsbehörde eine Vertretungsbeistandschaft beantragt, welche innert Wochenfrist errichtet und mit einem Internisten besetzt wurde. Dieser beurteilte den mutmasslichen Willen des Patienten nach Anhörung von Patient und Behandlungsteam dahingehend, dass eine Operation baldmöglichst durchgeführt werden solle. Der Patient rekurrierte daraufhin erfolglos gegen den Entscheid durch alle Instanzen hindurch, wobei auch das Bundesgericht seine Beschwerde abwies (Tab. 1). Fünf Monate nach dem Entscheid der Vormundschaftsbehörde zur Errichtung einer Vertre-

tungsbeistandschaft wurde die geplante Thyreoidektomie elektiv durchgeführt und verlief komplikationslos. Die histologische Aufbereitung der Strumaknoten lieferte keine Hinweise für bösartige Gewebsveränderungen. Der Patient berichtete kurze Zeit nach der Operation zum einen über Erleichterung, dass diese gut verlaufen sei, zum anderen meinte er, dass sein Hals wohl sehr dick gewesen, eine Operation aber unnötig gewesen sei. Überhaupt mobilisierte er in dem Verfahren und auch nach der Operation – schliesslich war er noch nie so lange stationär und konsequent behandelt worden – viele alltagspraktische Fähigkeiten. Die Grunderkrankung und die damit verbundene fehlende Krankheitseinsicht blieben jedoch erwartungsgemäss bestehen. Wenige Wochen postoperativ konnte der nun nicht mehr subakut erstickungsgefährdete Patient in ein Wohnheim für psychisch kranke Menschen austreten.

Juristische Grundlagen

Der ärztliche Heileingriff zur psychiatrischen oder somatischen Behandlung stellt zivilrechtlich eine Verletzung der Persönlichkeit dar [1–3]. Aus strafrechtlicher Sicht ist er nach ständiger Rechtsprechung des Bundesgerichtes und kontrastierend zur deutschen Rechtspraxis, die nicht wie die schweizerische zusätzlich zu Misshandlungen und Gesundheitsschädigungen einen weiteren Fokus auf die Verletzung der körperlichen Integrität legt, eine tatbestandsmässige Körperverletzung [4–6]. Er ist rechtswidrig, wenn kein Rechtfertigungsgrund für den Eingriff vorliegt. Ein solcher ergibt sich zunächst durch die Einwilligung der betroffenen Person [7]. Zu berücksichtigen ist dabei die Urteilsfähigkeit, da eine Einwilligung nur rechtsgültig ist, wenn sie von einem urteilsfähigen Patienten stammt. Überdies ist zu beachten, dass an die Urteilsfähigkeit im Falle einer Einwilligung zu einem Eingriff höhere Ansprüche gestellt werden als im Falle der Verweigerung. Der Begriff der Urteilsfähigkeit ist im schweizerischen Recht also insofern ein relativer, als je nach Art der vorzunehmenden Rechtshandlung unterschiedliche Anforderungen an ihn gestellt werden [8]. Auf eine generelle Darstellung der wichtigsten Möglichkeiten rechtmässiger Eingriffe und deren Grenzen an dieser Stelle soll zugunsten der Fokussierung auf die im Fall geschilderte spezielle Situation unter Verweis auf entsprechende Literatur von Geiser und Thommen [9, 10] verzichtet werden. Die Zwangsbehandlung, d.h. der ärztliche Eingriff gegen den Willen des Patienten, findet ihre gesetzliche Grundlage für (unmündige) Kinder im Kindesrecht des Schweizer-

Tabelle 1

Zeitlicher Ablauf bis zum Erhalt einer Rechtsgrundlage zur somatischen Behandlung des psychisch kranken Patienten gegen seinen Willen.

Tag	Juristische Entscheide/Rekurse des Patienten
0	Antrag der Psychiatrischen Klinik an die Vormundschaftsbehörde auf Errichtung einer Vertretungsbeistandschaft
7	Entscheid der Vormundschaftsbehörde zur Errichtung einer Vertretungsbeistandschaft
45	Rekurs des Patienten gegen die Einsetzung seines Vertretungsbeistandes
59	Entscheid des Justizdepartementes als Aufsichtsbehörde der Vormundschaftsbehörde, nicht auf den Rekurs einzutreten
67	Rekurs des Patienten gegen den Entscheid des Justizdepartementes
79	Das Appellationsgericht als Verwaltungsgericht tritt nicht auf den Rekurs ein
120	Rekurs des Patienten gegen den Entscheid des Appellationsgerichtes
135	Das Bundesgericht tritt nicht auf den Rekurs ein

rischen Zivilgesetzbuches, für erwachsene Personen dagegen allein im kantonalen Recht. Dabei wurden sehr unterschiedliche Lösungen gewählt, insbesondere gibt es Kantone, die eine Zwangsbehandlung gar nicht kennen. Einheitliche Bestimmungen auf Bundesebene, welche Zwangsmassnahmen losgelöst von einer stationären Betreuung regeln, existieren derzeit nicht.

Im Falle des beschriebenen Patienten wurde der Eingriff, die Thyreoidektomie bei einer die Trachea in einem funktionell relevanten Mass einengenden Struma, verweigert. Der Patient wurde aufgrund seiner Grunderkrankung, der paranoiden Schizophrenie, bezüglich der Behandlungsfrage als urteilsunfähig beurteilt. Er konnte bewusstseinsklar und wiederholt seinen Willen kundtun, war aber nicht in der Lage, Bedeutung und Tragweite des Eingriffs zu erfassen und dieser Erkenntnis gemäss zu handeln. Er wollte einen lebensbedrohlichen Zustand nicht beseitigen, um der – erheblich geringeren – Gefährdung durch die (operative) Beseitigung zu entgehen. Inwieweit eine wahnhaftige Vorstellung bezüglich seiner körperlichen Integrität zusätzlich bestand, kann allenfalls spekuliert werden. Entsprechend bestellte die Vormundschaftsbehörde einen Vertretungsbeistand, um einen rechtsgültigen Entscheid für oder gegen die Operation gemäss dem mutmasslichen Patientenwillen zu ermöglichen. Der Patient rekurrierte gegen den Entscheid der Vormundschaftsbehörde bei der zuständigen Aufsichtsbehörde, dem Justizdepartement des Kantons. Dieses trat nicht auf seine Beschwerde ein, da er gemäss der Vormundschaftsbehörde nicht für urteilsfähig gehalten wurde und damit nicht zur Beschwerdeführung befugt war. Auch diesen Entscheid akzeptierte der Patient nicht und rekurrierte erneut. Das kantonale Appellationsgericht in Funktion als Verwaltungsgericht trat ebenfalls nicht auf den Rekurs ein. Es argumentierte, dass selbst wenn die vom Gericht verlangte schriftliche Rekursbegründung nicht als ungenügend betrachtet worden wäre und formal auf die Beschwerde hätte eingetreten werden können, die Vertretungsbeistandschaft doch rechtmässig sei, da der Patient bezüglich der Operationsfrage als nicht urteilsfähig befunden wurde. Letztlich rekurrierte der Patient auch gegen dieses Urteil und rief das Bundesgericht an, das aus formalen Gründen nicht auf die Beschwerde einging. (Erfüllt war weder die Voraussetzung für eine eidgenössische Berufung, mit der nur Bundesrechtsverletzungen gerügt werden können, noch jene für eine staatsrechtliche Beschwerde, mit der nur die Verletzung verfassungsmässiger Rechte gerügt werden kann.)

Diskussion

Der Fall ist insofern bedeutsam, als hier eine Behandlung einer somatischen Erkrankung bei einer psychischen Krankheit zur Diskussion stand. Während die Behandlung der psychischen Störung, gegebenenfalls gegen den Willen der Betroffenen, im Kanton, in welchem behandelt wurde, gesetzlich gut geregelt ist, stellte sich die Behandlung einer somatischen Erkrankung gegen den Willen des Betroffenen als ungleich komplexer dar.

Wir unterstellen, dass in ähnlichen Situationen aufgrund des erheblichen Arbeitsaufwandes und wegen der je nach Situation nicht einfachen Entscheidungsfindung unter Berücksichtigung der medizinethischen Aspekte von Patientenautonomie, Fürsorgepflicht und Nichtschaden oft eine Behandlung somatischer Leiden unterbleibt. Dies kann insofern als empirisch gestützt gelten, als Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen eine erhöhte Mortalität haben, was auch auf nichterkannte und nichtbehandelte körperliche Störungen zurückgeführt werden muss [11–16].

Während bei akuter Bedrohung des Lebens der Betroffenen oder Dritter, zumal bei bewusstseinsgestörten Patienten, die Notwendigkeit einer Behandlung in der Regel eindeutig gesehen wird und auch geregelt ist, scheint es diskussionswürdig, ob die aktuelle Praxis bei subakuten, potentiell letalen Leiden, bei denen sich die Patienten unter Umständen zum Zeitpunkt der Einwilligung oder Verweigerung der dringlich notwendigen Behandlung in einer psychischen Ausnahmesituation befinden (z.B. gewisse onkologische Leiden, fortgeschrittenes Stadium einer HIV-Infektion usw.), die aktuellen juristischen, aber auch ethischen Gegebenheiten adäquat berücksichtigt. Während im geschilderten Fall wohl die meisten nicht in der Psychiatrie tätigen Ärzte hinter der Zwangsbehandlung stehen können, ist es kaum vorstellbar, dass für jemanden ohne psychische Grunderkrankung, aber sichtlich durch die Diagnoseeröffnung psychisch alteriert, eine Zwangsbehandlung wie beim Patienten gutgeheissen würde. Natürlich sind die beiden genannten Patientengruppen meist innert Wochen zur Therapie zu motivieren, so dass argumentiert werden kann, dass sich der Verzicht einer Verletzung der hoch zu wertenden Persönlichkeitsrechte bzw. der Patientenautonomie trotz des etwas grösseren Risikos für – in extremis letale – Komplikationen und der eventuell schlechteren Chancen auf einen besseren Behandlungserfolg wegen verspäteten Behandlungsbeginns rechtfertigen lässt. Dennoch werden wohl einige die Behandlung verweigende

Patienten aufgrund ungenügender Bewertung der psychischen Verfassung als urteilsfähig angesehen und werden somit oft nicht der Therapie zugeführt, die sie für sich vor Eintritt des psychischen Ausnahmezustandes in einer solchen Situation vorgesehen hätten. Es kann aber nicht abgeschätzt werden, ob mehr Zwangsbehandlungen im genannten Sinne die Gesundheit insgesamt verbessern würden, weil Zwangsbehandlungen ihrerseits die Gesundheit negativ beeinflussen können.

Zusammenfassend stellen wir fest, dass die somatische Behandlung psychisch Erkrankter gegen deren Willen medizinethisch weder im Rahmen der Richtlinien der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften SAMW noch durch die von der Schweiz noch nicht ratifizierte Bioethikkonvention ausreichend geregelt ist [17, 18]. Eine Sensibilisierung der Ärzteschaft und entsprechender Gremien scheint daher sinnvoll. Auch juristisch ist die aktuelle Situation mit einer Vielzahl kantonaler Bestimmungen, die den Anforderungen an eine übersichtliche und einheitliche gesetzliche Regelung auf Bundesebene nicht zu genügen vermag, unbefriedigend. Auch das sich in Revision befindliche neue Erwachsenenschutzrecht scheint der Problematik nur ungenügend Rechnung zu tragen [19].

Danksagung

Dr. iur. S. Stähelin, Advokatin, gilt besonderer Dank für ihre Literaturhinweise.

Literatur

- 1 Bundesgerichtsentscheid 117 Ib 200.
- 2 Kuhn M. Die rechtliche Beziehung zwischen Arzt und Patient. In: Honsell H (Hrsg.). Handbuch des Arztrechts. Zürich: Schulthess; 1994. S. 21-65.
- 3 Wiegand W. Die Aufklärungspflicht und die Folgen ihrer Verletzung. In: Honsell H (Hrsg.). Handbuch des Arztrechts Zürich: Schulthess; 1994. S. 119-213.
- 4 Bundesgerichtsentscheid 99 IV 208.
- 5 Bundesgerichtsentscheid 124 IV 258, 260f.
- 6 Schweizerische Juristenzeitung (1999) 76.
- 7 Bucher E. In: Wiegand W (Hrsg.). Arzt und Recht. Berner Tage für die juristische Praxis. Bern: Stämpfli; 1985. S. 42.
- 8 Bucher E. Berner Kommentar, N. 87 ff zu Art. 16 Zivilgesetzbuch.
- 9 Geiser T. Die medizinisch-therapeutische Behandlung und Zwangsmassnahmen im Lichte der geltenden Rechtslage und besonderer Berücksichtigung von vormundschaftlichen Fragestellungen. Zeitschrift für Vormundschaftswesen ZVW 2001; 56:225-43.
- 10 Thommen M. Medizinische Eingriffe an Urteilsunfähigen und die Einwilligung der Vertreter. Basler Studien zur Rechtswissenschaft. Band 15. Basel: Helbing und Lichtenhahn; 2004.
- 11 Harris EC, Barraclough B. Excess mortality of mental disorders. A metaanalysis. Br J Psychiatry 1998;173:11-53.
- 12 Prior P, Hassall C, Cross KW. Causes of death associated with psychiatric illness. J Public Health Med 1996;18(4):381-9.
- 13 Joukamaa M, Heliövaara M, Knekt P, Aromaa A, Raitasalo R, Lehtinen V. Mental disorders and cause specific mortality. Br J Psychiatry 2001; 179:498-502.
- 14 Hewer W, Rossler W, Fatkenheuer B, Löffler W. Mortality among patients in psychiatric hospitals in Germany. Acta Psychiatr Scand 1995;91(3): 174-9.
- 15 Strydom A. Mental disorders predicted all cause and cause specific deaths in Finnish adults. Evid Based Ment Health 2002;5(3):93.
- 16 Politi P, et al. Mortality in psychiatric patients 5 to 21 years after hospital admission in Italy. Psychol Med 2002;32(2):227-37.
- 17 SAMW. Zwangsmassnahmen in der Medizin. Medizinisch-ethische Richtlinien der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften SAMW. Schweiz Ärztezeitung 2004; 85(50):2707-14.
- 18 Bioethikkonvention. www.conventions.coe.int/Treaty/ger/Treaties/Html/164.htm.
- 19 Zusammenfassung der Vernehmlassungen zum Vorentwurf vom Juni 2003 für eine Revision des Zivilgesetzbuches (Erwachsenenschutz, Personenrecht und Kindsrecht). www.rhf.admin.ch/themen/vormund/ve-res-d.pdf.