

Ethische und rechtliche Fragen der Behandlung von Nicht-Einwilligungsfähigen: Zwang bei gesundheitlicher Selbstgefährdung

Stand: 16.03.2023

Der selbstbestimmten Entscheidung von Patienten* über die Durchführung diagnostischer und therapeutischer Maßnahmen kommt sowohl aus ethischer als auch aus rechtlicher Sicht ein hoher Stellenwert zu. Jede ärztliche Maßnahme setzt neben der medizinischen Indikation auch die informierte Einwilligung des Patienten bzw. dessen Stellvertreters voraus. Eine besondere Herausforderung kann sich ergeben, wenn ein aktuell nicht einwilligungsfähiger Patient eine aus ärztlicher Sicht indizierte Maßnahme ablehnt und sich damit selbst gesundheitlich gefährdet. Zur Abwendung einer solchen Selbstgefährdung kann in besonders gravierenden Einzelfällen als letztes Mittel auch der Einsatz von Zwang – z. B. in Form einer Unterbringung, Fixierung oder Zwangsbehandlung – erforderlich sein.

Das Thema Zwang bei gesundheitlicher Selbstgefährdung wurde in den vergangenen Jahren vor allem im Bereich der Psychiatrie diskutiert und war dort wiederholt Gegenstand von gerichtlichen Entscheidungen¹ und Stellungnahmen.² Jüngere Stellungnahmen adressieren das Thema darüber hinaus auch in Bereichen wie der Kinder- und Jugendhilfe, der Altenpflege, der Behindertenhilfe sowie in der Intensivmedizin.³

Die vorliegenden Empfehlungen beziehen sich nicht auf einen bestimmten Zweig der Medizin. Sie wollen vielmehr Ärzte in allen Bereichen für das Thema Zwang bei gesundheitlicher Selbstgefährdung als solches sensibilisieren und ihnen eine Orientierung geben, wie sie mit dem Thema in ihrem beruflichen Alltag angemessen umgehen können.

Einführung in die ethischen und rechtlichen Grundlagen der Behandlung

Behandlungsentscheidungen werden in der Regel im Rahmen eines dialogischen Prozesses von Arzt und Patient gemeinsam getroffen (engl. *shared decision-making*). Rechtliche Grundlage hierfür bildet (auch bei der Behandlung gesetzlich versicherter Patienten) ein Behandlungsvertrag. Darüber hinaus setzt jede ärztliche Maßnahme neben der medizinischen Indikation auch

die informierte Einwilligung des Patienten voraus.⁴ In diesem Prozess können folgende Schritte mit verschiedenen Verantwortlichkeiten unterschieden werden:

- Ausgangspunkt jeglicher Behandlungsentscheidung ist das *Therapieziel*. Dieses wird von Arzt und Patient gemeinsam festgelegt.
- Mit Blick auf das Therapieziel erfolgt dann die *Indikationsstellung*, die in ärztlicher Verantwortung liegt. Der Arzt prüft, welche diagnostische bzw. therapeutische Maßnahme angezeigt ist, um das mit dem Patienten festgelegte Therapieziel mit einer gewissen Wahrscheinlichkeit zu erreichen. Ferner prüft der Arzt Alternativen und wägt im Rahmen der Indikationsstellung ab, ob der zu erwartende Nutzen die mit der Maßnahme verbundenen Belastungen und Risiken rechtfertigt.
- In dem sich anschließenden *Aufklärungsgespräch* informiert der Arzt den Patienten über die indizierte Maßnahme und deren mögliche Folgen.
- Über die Durchführung der Maßnahme entscheidet schließlich der Patient durch seine *Einwilligung*. Dies schließt die Möglichkeit ein, dass der Patient die aus ärztlicher Sicht indizierte Maßnahme auch ablehnt.

Voraussetzung für eine wirksame *Einwilligung* ist neben der Aufklärung die *Einwilligungsfähigkeit* des Patienten. Diese setzt voraus, dass der Patient auf der Grundlage der ärztlichen Aufklärung in der Lage ist, Wesen, Bedeutung und Tragweite der ärztlichen Maßnahme zu erfassen, das Für und Wider einer Durchführung abzuwägen sowie eine Entscheidung hierüber zu treffen und umzusetzen. Die Prüfung der Einwilligungsfähigkeit muss mit Blick auf die konkrete Maßnahme, bei erwachsenen Patienten jedoch nur bei konkreten Hinweisen auf fehlende Einwilligungsfähigkeit erfolgen.⁵

Aufklärung und Einwilligung sind untrennbar miteinander verknüpft. Die ärztliche Aufklärung geht der Einwilligung stets voraus und stellt unabhängig von der potentiellen Einwilligungsunfähigkeit des Patienten eine grundlegende, aus dem Behandlungsverhältnis resultierende Verpflichtung des Arztes dar.⁶ Ihr Ziel ist es, die Entscheidungsfähigkeit des Patienten im Sinne der Fähigkeit zu einer reflektierten Beurteilung der vorgeschlagenen Behandlung zu fördern; sie dient dazu, die Qualität der Entscheidung bei einwilligungsfähigen Patienten zu verbessern, Defizite der Entscheidungsfähigkeit zu beheben

* Die verwendeten Personen- und Berufsbezeichnungen beziehen sich auf alle Geschlechter.

¹ Vgl. nur Bundesverfassungsgericht, Beschlüsse vom 23.03.2011 (2 BvR 882/09) und vom 12.10.2011 (2 BvR 633/11); Bundesgerichtshof, Beschlüsse vom 20.06.2012 (XII ZB 99/12 und XII 130/12).

² Zentrale Ethikkommission bei der Bundesärztekammer (2013), Stellungnahme zu „Zwangsbehandlung bei psychischen Erkrankungen“, Deutsches Ärzteblatt, Jg. 110, Heft 26, 12.06.2013: A11334-A11338; Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (2014), Achtung der Selbstbestimmung und Anwendung von Zwang bei der Behandlung psychisch erkrankter Menschen (über www.dgppn.de).

³ Deutscher Ethikrat (2018), Hilfe durch Zwang? Professionelle Sorgebeziehungen im Spannungsfeld von Wohl und Selbstbestimmung (über www.ethikrat.org); S. Jöbges, Seidlein, AH., et al. (2022), Umgang mit Zwang in der Intensivmedizin. Empfehlung der Sektion Ethik der Deutschen Interdisziplinären Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (<https://doi.org/10.1007/s00063-022-00900-0>).

⁴ Vgl. § 630a BGB (Behandlungsvertrag), §§ 630d, 630e BGB (informierte Einwilligung).

⁵ Bundesärztekammer (2019), „Hinweise und Empfehlungen der Bundesärztekammer zum Umgang mit Zweifeln an der Einwilligungsfähigkeit bei erwachsenen Patienten“, Deutsches Ärzteblatt, Jg. 116, Heft 22, 31.05.2019: A1133-A1134.

⁶ § 630e BGB.

und auch nicht einwilligungsfähige Patienten in die Entscheidung über sie betreffende Maßnahmen so weit wie möglich einzubinden.⁷

Ist der Patient nicht in der Lage, den Behandlungsvertrag selbst zu schließen bzw. die Einwilligung zu erklären, ist sein Patientenvertreter hinzuzuziehen (Bevollmächtigter, rechtlicher Betreuer oder – in Notfällen: der Ehegatte).⁸ Kann dies im Rahmen der Notfallversorgung nicht rechtzeitig erfolgen, darf der Arzt die medizinisch gebotene Notfallversorgung durchführen.⁹ Patientenvertreter und Arzt müssen sich bei ihrer Entscheidung am Willen des Patienten orientieren. Bei der Willensermittlung sind insbesondere eine ggf. vorhandene Patientenverfügung, frühere mündliche Behandlungswünsche sowie Hinweise auf den mutmaßlichen Willen zu berücksichtigen (§§ 630d Abs. 1 S. 2–4, 1827 BGB).¹⁰

Zwangsmaßnahmen in der Medizin

Zwangsmaßnahmen beschreiben Maßnahmen, die gegen den Willen des betroffenen Patienten durchgeführt werden. Zwang kann dabei in Form physischer Gewalt (z. B. durch Festhalten), aber auch in anderer Form (z. B. durch Täuschung oder Drohung) ausgeübt werden. Zwangsmaßnahmen sind das Mittel, entscheidend ist das Ziel.

Grundsätzlich ist zu unterscheiden zwischen:

- Zwangsmaßnahmen zur Durchführung einer medizinischen Untersuchung oder Behandlung (*Zwangsbehandlung*) und
- Freiheitsentziehenden Zwangsmaßnahmen (z. B. *Unterbringung, Isolierung, mechanische oder medikamentöse Fixierung*¹¹).

Mögliche Gründe für die Durchführung einer Zwangsmaßnahme sind eine drohende Fremd- oder Selbstgefährdung. Im ersten Fall liegt die mögliche Rechtfertigung im Schutz Dritter, im zweiten Fall im Schutz der Gesundheit des betroffenen Patienten selbst.¹²

Im Folgenden soll der Frage nachgegangen werden, ob und ggf. unter welchen Voraussetzungen ein Handeln gegen den Willen eines Patienten zum Schutz seiner Gesundheit (z. T. spricht man auch von seinem „gesundheitlichen Wohlergehen“ oder seinem „gesundheitlichen Wohl“ bzw. kurzgefasst von seinem „Wohl“) zulässig ist. Diese Frage wird auch unter dem Stichwort *medizinischer Paternalismus* diskutiert.

⁷ Zentrale Ethikkommission bei der Bundesärztekammer (2016), Stellungnahme zu „Entscheidungsfähigkeit und Entscheidungsassistenz in der Medizin“, Deutsches Ärzteblatt, Jg. 113, Heft 15, 15.04.2016: A1-A6.

⁸ Vgl. Bundesärztekammer: Grundsätze zur ärztlichen Sterbebegleitung (2011), Ziff. IV., Deutsches Ärzteblatt, Jg. 108, Heft 7, 18.02.2011: A346-A348. Seit dem 01.01.2023 können Ehegatten einander in gesundheitlichen Notfällen unter den Voraussetzungen des § 1358 BGB vertreten.

⁹ Grundlage der Notfallbehandlung ist dann eine Geschäftsführung ohne Auftrag (§§ 677 ff. BGB), die ärztlichen Maßnahmen sind durch die mutmaßliche Einwilligung des Patienten gerechtfertigt (§ 630d Abs. 1 S. 4 BGB).

¹⁰ Bundesärztekammer/Zentrale Ethikkommission bei der Bundesärztekammer (2018) „Hinweise und Empfehlungen zum Umgang mit Vorsorgevollmachten und Patientenverfügungen in der ärztlichen Praxis“, Deutsches Ärzteblatt, Jg. 115, Heft 51–52, 24.12.2018: A2434-A2441.

¹¹ Unter einer medikamentösen Fixierung versteht man den Einsatz sedierender Medikamente anstelle einer körperlichen Fixierung zur Minderung von psychomotorischer Aktivität oder Erregung oder zur Minderung von Aggression. Davon zu unterscheiden ist die Gabe sedierender Medikamente zu therapeutischen Zwecken, wobei die Sedierung entweder zur Erreichung des therapeutischen Ziels (z. B. zur Symptomlinderung) eingesetzt werden oder als Nebenwirkung einer medikamentösen Therapie (z. B. einer Opiatgabe zur Schmerzlinderung) auftreten kann.

¹² Die Frage, unter welchen Voraussetzungen eine Zwangsbehandlung zum Schutz Dritter ggf. gerechtfertigt sein kann, ist nicht Gegenstand dieser Empfehlungen.

Medizinischer Paternalismus

Unter medizinischem Paternalismus versteht man ein Handeln, das dazu bestimmt ist, die Gesundheit von Patienten auch gegen deren gegenwärtig artikuliertete Wünsche und Präferenzen zu schützen. Hierbei sind unterschiedliche Formen zu unterscheiden.

Eine erste Unterscheidung bezieht sich auf den Patienten, der zum Ziel paternalistischen Handelns wird: Richtet sich das Handeln gegen den selbstbestimmten Willen eines einwilligungsfähigen Patienten, so spricht man von einem *starken Paternalismus*. Richtet es sich gegen die bewusste Ablehnung durch einen einwilligungsunfähigen Patienten (d. h. gegen seinen „natürlichen Willen“), so bezeichnet man dies als *schwachen Paternalismus*.

Eine zweite Unterscheidung betrifft die Art des ausgeübten Zwangs: Wird der Patient durch physische Gewalt oder auf andere Weise (z. B. durch eine heimliche Medikamentengabe¹³) gegen seinen erklärten Willen behandelt oder von seinem gesundheitsgefährdenden Verhalten abgehalten, so stellt dies eine *harte Form* des Paternalismus dar. *Weiche Formen* hingegen bezeichnen Maßnahmen, die auf indirekte Weise auf die Wünsche und Präferenzen des Patienten Einfluss nehmen (z. B. Überredung, Anreize für gesundheitsförderndes Verhalten).

Das Recht auf Selbstbestimmung umfasst auch das Recht auf eine – aus ärztlicher Sicht – unvernünftige Entscheidung gegen eine Behandlung („Recht auf Krankheit“). Daher sind harte Formen des starken Paternalismus zur Abwehr einer gesundheitlichen Gefahr bei einem einwilligungsfähigen Patienten ethisch und rechtlich unzulässig. Anders verhält es sich beim *schwachen Paternalismus*. Unter der Annahme, dass der gegenwärtige natürliche Wille nicht dem Willen entspricht, den der Patient im Zustand der Einwilligungsfähigkeit bilden würde, können im Einzelfall auch harte Formen des schwachen Paternalismus zulässig und mitunter sogar geboten sein.¹⁴

Fragen vor Durchführung einer Zwangsmaßnahme

Zwei zentrale Voraussetzungen für eine mögliche Rechtfertigung von Zwangsmaßnahmen im Sinne des schwachen Paternalismus sind das Vorliegen eines Selbstbestimmungsdefizits (1.) sowie eine drohende Selbstgefährdung (2.). Für die ärztliche Praxis ergeben sich hieraus folgende Fragen, die bedacht werden sollten, bevor die Anwendung von Zwang überhaupt in Erwägung gezogen wird.

1. Fragen mit Blick auf ein mögliches Selbstbestimmungsdefizit:

Liegt überhaupt ein Selbstbestimmungsdefizit in Form fehlender Einwilligungsfähigkeit vor?

Allein die Tatsache, dass der Patient eine aus ärztlicher Sicht erforderliche Maßnahme ablehnt oder sich gesundheitsgefährdend verhält, begründet noch keine fehlende Einwilligungsfähigkeit. Gleiches gilt für eine psychische Störung (z. B. Delir, Demenz, Psychose, Manie, Depression) oder eine kognitive Beeinträchtigung. Diese können Einfluss auf die Einwilligungsfähigkeit ha-

¹³ Ungeachtet des möglichen Zwangscharakters kann eine heimliche Medikamentengabe auch einen Verstoß gegen Aufklärungs- bzw. Informationspflichten des Arztes darstellen.

¹⁴ Vgl. Bundesverfassungsgericht, Beschlüsse vom 23.03.2011 (2 BvR 882/09) und vom 12.10.2011 (2 BvR 633/11), Zentrale Ethikkommission bei der Bundesärztekammer (2013), Stellungnahme zu „Zwangsbehandlung bei psychischen Erkrankungen“, Deutsches Ärzteblatt, Jg. 110, Heft 26, 28.06.2013: A1334-A1338; Deutscher Ethikrat (2018), Hilfe durch Zwang? Professionelle Sorgebeziehungen im Spannungsfeld von Wohl und Selbstbestimmung (über www.ethikrat.org).

ben und sind daher Anlass für den behandelnden Arzt, die Einwilligungsfähigkeit seines erwachsenen Patienten zu prüfen. Die Ablehnung als solche oder die bloße Diagnose einer entsprechenden Störung oder Beeinträchtigung sind aber für sich genommen noch kein Grund, dem Betroffenen die Einwilligungsfähigkeit abzusprechen.

Lässt sich das aktuelle Selbstbestimmungsdefizit beseitigen?

Ein mögliches Selbstbestimmungsdefizit kann nicht nur in der Verfasstheit des Patienten begründet sein, sondern auch aus einer fehlenden oder schlechten Aufklärung resultieren. Eine patientengerechte Aufklärung kann – wie oben dargestellt – die Entscheidungsfähigkeit von Patienten fördern und Patienten an der Schwelle zur Einwilligungsfähigkeit helfen, diese zu überschreiten.

Hat der Patient in die Maßnahme eingewilligt oder würde er dies tun, wenn er jetzt einwilligungsfähig wäre?

Eine zentrale Voraussetzung für die Rechtfertigung von Zwang in der Medizin zur Abwehr einer gesundheitlichen Selbstgefährdung des Patienten stellt die Annahme dar, dass der Patient den erforderlichen Maßnahmen zustimmen würde, wenn er aktuell einwilligungsfähig wäre. Dies festzustellen ist vorrangig Aufgabe des Patientenvertreters¹⁵ und soll im Dialog mit dem Arzt erfolgen (§ 1828 BGB). Frühere mündliche oder schriftliche Willensäußerungen, in denen der Patient in einem einwilligungsfähigen Zustand der aktuell im nicht einwilligungsfähigen Zustand abgelehnten Maßnahme zugestimmt hat, können hierbei eine wichtige Orientierung und Hilfe sein – auch wenn sie am Zwangscharakter der Maßnahme in der aktuellen Situation nichts ändern. In jedem Fall verbieten sich Zwangsmaßnahmen zur Durchführung einer medizinischen Untersuchung oder Behandlung, wenn der Patient diese in einem einwilligungsfähigen Zustand (z. B. in einer Patientenverfügung¹⁶) abgelehnt hat.

2. Fragen mit Blick auf eine Selbstgefährdung:

Liegt eine relevante Selbstgefährdung vor?

Nicht jede gesundheitliche Selbstgefährdung im Zustand der Einwilligungsunfähigkeit rechtfertigt bereits die Anwendung von Zwang. Dem Patienten muss vielmehr ein erheblicher gesundheitlicher Schaden drohen. Dafür sind u. a. die Dauer der Beeinträchtigung und eine etwaige Irreversibilität des zu erwartenden gesundheitlichen Schadens von besonderer Bedeutung.¹⁷

¹⁵ Der Patientenvertreter hat stets die Aufgabe, diesen (mutmaßlichen) Willen des Patienten festzustellen und in die Entscheidungsfindung einzubringen. Seine Befugnis, darüber hinaus in Zwangsmaßnahmen auch wirksam einzuwilligen, sind jedoch an weitere rechtliche Voraussetzungen gebunden. Dazu gehören u. a., dass sich eine Vollmacht ausdrücklich auf Zwangsmaßnahmen erstrecken muss (§§ 1832 Abs. 1 Nr. 3, 1827 BGB), ein Ehegatte nur in Fixierungen o. ä., aber nicht in eine Zwangsbehandlung oder eine Unterbringung einwilligen kann (§§ 1358 Abs. 1 Nr. 3, 6 BGB) und das Betreuungsgericht i. d. R. eine Zwangsmaßnahme genehmigen muss (§§ 1358 Abs. 6, 1831 Abs. 4, 2 BGB).

¹⁶ Zu den Voraussetzungen einer wirksamen Patientenverfügung siehe Bundesärztekammer/Zentrale Ethikkommission bei der Bundesärztekammer (2018), „Hinweise und Empfehlungen zum Umgang mit Vorsorgevollmachten und Patientenverfügungen in der ärztlichen Praxis“, Deutsches Ärzteblatt, Jg. 115, Heft 51–52, 24.12.2018: A2434-A2441.

¹⁷ Vgl. § 1832 Abs. 1 S. 1 Nr. 1 BGB. Die Gefahr erheblicher gesundheitlicher Schäden kann nach der Rechtsprechung beispielsweise zu bejahen sein bei drohenden suicidalen Handlungen (BGH, Beschluss vom 05.12.2012 (XII ZB 665/11)), bei der durch die fehlende Bereitschaft einer Magersüchtigen zur Nahrungsaufnahme begründeten Gefahr dauerhafter Schädigung des Magen-Darm-Trakts und der Knochensubstanz (Schleswig-Holsteinisches Oberlandesgericht, Beschluss vom 25.01.2002 (2 W 17/02)) und bei konstanter Eigengefährdung einer an Schizophrenie in akut exazerbiertem, teils katatonem Zustand leidenden Patientin (BGH, Beschluss vom 30.06.2021 (XII ZB 191/21)).

Lässt sich diese Selbstgefährdung ohne Zwang beseitigen?

Zwang muss stets das letzte Mittel sein. Seiner Anwendung hat deshalb der Versuch voranzugehen, den Patienten von der Notwendigkeit der Behandlung zu überzeugen. Dieser Versuch ist „ernsthaft, mit dem nötigen Zeitaufwand und ohne Ausübung unzulässigen Drucks“¹⁸ vorzunehmen. Der insofern gebotene Aufwand hängt u. a. von der Gesprächsfähigkeit des Patienten und den Folgen einer Nichtbehandlung ab.

Verantwortlich für die Durchführung des Überzeugungsversuchs im Rahmen der Behandlung ist der behandelnde Arzt, ergänzend auch der Patientenvertreter. Es mag sich aber anbieten, auch andere Personen in die Gespräche einzubeziehen, zu denen der Patient eine besondere Vertrauensbeziehung aufgebaut hat, etwa Mitglieder des Behandlungsteams, Angehörige und andere dem Patienten nahestehende Personen.

Voraussetzungen für die Durchführung einer Zwangsmaßnahme

Auch wenn ein nicht zu behebendes Selbstbestimmungsdefizit und eine nicht zu beseitigende Selbstgefährdung vorliegen, stellen Zwangsmaßnahmen einen massiven Eingriff in die Grundrechte (z. B. Freiheit, körperliche Unversehrtheit) des betroffenen Patienten dar. Ein solcher Eingriff setzt eine gesetzliche Grundlage (insbesondere aus dem Betreuungsrecht oder aus den Psychisch-Kranken-Gesetzen der Länder), die Einhaltung prozeduraler Sicherungsmechanismen sowie die Wahrung des Verhältnismäßigkeitsgrundsatzes voraus. Verhältnismäßig ist eine Zwangsmaßnahme, die einen legitimen Zweck verfolgt und zur Erreichung dieses Zwecks geeignet, erforderlich und angemessen ist.

Aus den vorstehend skizzierten Grundsätzen ergeben sich folgende Anforderungen für Zwangsmaßnahmen:

- Die Maßnahme verfolgt einen legitimen Zweck, nämlich die Abwehr einer gesundheitlichen Selbstgefährdung. Behandlungsziel und Indikation der ärztlichen Maßnahme sind geklärt. Der Einsatz von Zwang dient nicht der Ruhigstellung des Patienten ohne therapeutischen Nutzen oder der Vereinfachung von Arbeitsabläufen.
- Der Einsatz von Zwang eignet sich zur Erreichung dieses Zwecks. Dieses Erfordernis begrenzt sowohl das „Ob“ als auch die Dauer der Zwangsanwendung; sein Vorliegen ist daher während der Durchführung der Zwangsmaßnahme kontinuierlich zu überprüfen.
- Die Zwangsmaßnahme ist letztes Mittel, um den Patienten vor einer erheblichen Selbstschädigung zu bewahren, d. h. es darf kein milderes, gleich geeignetes Mittel zur Erreichung des angestrebten Zwecks (z. B. Sitzwache statt Fixierung oder Sedierung) existieren. Dies setzt u. a. voraus, dass im Vorfeld ernsthafte Versuche stattgefunden haben, den Patienten von der Notwendigkeit der Maßnahme zu überzeugen.
- Die Zwangsmaßnahme ist angemessen, d. h. der zu erwartende Nutzen der Maßnahme überwiegt die mit der Maßnahme verbundenen Belastungen und Risiken deutlich. Bei der Abwägung zu berücksichtigen sind dabei nicht nur die körperlichen Beeinträchtigungen, die mit der Maßnahme verbunden sind bzw. sein können, sondern auch die psy-

¹⁸ Bundesverfassungsgericht, Beschluss vom 23.03.2011 (2 BvR 882/09), Rn. 61; siehe auch § 1832 Abs. 1 S. 1 Nr. 4 BGB.

chischen Belastungen für den Patienten und die möglichen negativen Auswirkungen auf sein Vertrauensverhältnis zum behandelnden Team, die sich aus der Anwendung von Zwang ergeben können.

- Der Patient kann aufgrund fehlender Einwilligungsfähigkeit die Notwendigkeit der Maßnahme nicht einsehen.
- Der Patient hat der Maßnahme (z. B. in einer Patientenverfügung) zugestimmt oder es besteht die begründete Annahme, dass der Patient der Maßnahme in einem einwilligungsfähigen Zustand zustimmen würde.
- Ziel, Art, Dauer und Begründung der Zwangsmaßnahme sind zu dokumentieren. Dabei ist vor allem auf die oben genannten Anforderungen einzugehen.

Diese zentralen Voraussetzungen für Zwangsmaßnahmen zur Abwehr einer gesundheitlichen Selbstgefährdung finden sich auch in den rechtlichen Regelungen (z. B. im Betreuungsrecht in §§ 1827, 1828, 1831 und 1832 BGB und in den Psychisch-Kranken-Gesetzen der Länder sowie in den Verfahrensregelungen des FamFG) wieder.¹⁹ Sie werden im Recht weiter konkretisiert und durch prozedurale Vorgaben ergänzt. Hierbei sind zu unterscheiden:

- Zwangsbehandlung,
- Freiheitsentziehende Unterbringung²⁰,
- andere freiheitsentziehende Maßnahmen (z. B. mechanische oder medikamentöse Fixierung).

Die rechtlichen Anforderungen an Zwangsmaßnahmen zur Abwehr einer gesundheitlichen Selbstgefährdung richten sich in der Regel nach dem Betreuungsrecht, das zum 01.01.2023 umfassend reformiert worden ist. Hier sind insbesondere zu nennen:

- Ärztliche Anordnung,
- Einwilligung des Patientenvertreters (Bevollmächtigter, rechtlicher Betreuer, seit 01.01.2023: Ehegatte in gesundheitlichen Notfällen, jedoch nicht für eine freiheitsentziehende Unterbringung, sondern nur für andere freiheitsentziehende Maßnahmen wie z. B. eine Fixierung),
- Genehmigung des Betreuungsgerichts,
- für eine Zwangsbehandlung gelten besonders hohe Anforderungen: So darf sie etwa nur in einem dafür geeigneten Krankenhaus durchgeführt und muss zwingend vorher gerichtlich genehmigt werden.

Insbesondere bei einer aktuellen Krise eines Patienten mit einer psychischen Störung kommt auch eine freiheitsentziehende Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus auf der Grundlage des Psychisch-Kranken-(Hilfe-)Gesetzes des jeweiligen Bundeslandes in Betracht, das dann auch für die medizinische Versorgung des untergebrachten Patienten maßgeblich ist.²¹

¹⁹ Von der Unterbringung auf der Grundlage des Betreuungsrechts oder eines Psychisch-Kranken-Gesetzes zur Abwehr einer gesundheitlichen Selbstgefährdung zu unterscheiden ist die Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus gemäß § 63 StGB, die ein Strafgericht aus Anlass einer im Zustand der Schuldunfähigkeit oder erheblich verminderten Schuldfähigkeit begangenen Straftat anordnen kann, um erhebliche weitere Straftaten abzuwenden. Auch im Rahmen einer solchen Unterbringung können ärztliche Zwangsmaßnahmen zur Abwendung einer Selbst- oder Fremdgefährdung in Betracht kommen, unter Umständen auch solche zur Herstellung der Selbstbestimmungsfähigkeit; vgl. z. B. §§ 11, 12 StUG NRW.

²⁰ Für die Verbringung eines immobilen Patienten gegen seinen natürlichen Willen in ein Krankenhaus, um ihn dort zu behandeln, gelten dieselben rechtlichen Anforderungen (vgl. § 1820 BGB).

²¹ Eine Übersicht über die einschlägigen Landesgesetze findet sich auf der Homepage der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e. V. (DGPPN), www.dgppn.de.

- Wie im Betreuungsrecht kommt eine zwangsweise Behandlung der Erkrankung, die den Anlass für die Unterbringung bildet, nur mit ärztlicher Anordnung und unter strikter Wahrung des Verhältnismäßigkeitsgrundsatzes in Betracht; sie setzt insbesondere auch die Vornahme eines ernsthaften Überzeugungsversuchs voraus. Planmäßige Zwangsbehandlungen bedürfen der vorherigen gerichtlichen Zustimmung, die durch die ärztliche Leitung der Einrichtung zu beantragen ist. In Eilfällen ist eine vorherige Einholung der gerichtlichen Zustimmung entbehrlich; der Antrag muss aber unverzüglich nachgeholt werden, wenn die Zwangsbehandlung über einen längeren Zeitraum fortgeführt werden soll (vgl. beispielsweise § 18 Abs. 4–6 PsychKG NRW).
- Jedoch ist die Zustimmung eines Patientenvertreters für die zwangsweise Behandlung der Anlasserkrankung in der Regel nicht erforderlich. Anderes kann für Minderjährige gelten (vgl. § 18 Abs. 7 PsychKG NRW: Zustimmung der sorgeberechtigten Person) und für ärztliche Zwangsmaßnahmen, die nicht die Anlasserkrankung betreffen (vgl. § 18 Abs. 8 PsychKG NRW: Zustimmung des Patientenvertreters).

Schlussbemerkung

Die Anwendung von Zwang im Kontext der Medizin darf nur als letztes Mittel in Betracht kommen. Da der Einsatz und die Häufigkeit von Zwangsmaßnahmen allerdings nicht nur von der individuellen Situation und den daran Beteiligten abhängt, sondern auch wesentlich von institutionellen Bedingungen bestimmt wird, müssen Rahmenbedingungen, Strukturen und Prozesse in Kliniken und anderen Einrichtungen der Gesundheitsversorgung so gestaltet werden, dass Zwang gar nicht erst erforderlich oder jedenfalls möglichst vermieden wird.²² In der Praxis wurde bereits eine große Anzahl von Maßnahmen erfolgreich erprobt, die wirkungsvoll zur Reduzierung von Zwangsmaßnahmen beitragen. Sie sollten im Interesse der Patienten in allen Bereichen der Medizin eingesetzt und stetig weiter verbessert werden. Die Vermeidung von Zwangsmaßnahmen ist darüber hinaus auch eine wichtige Aufgabe der Gesundheitspolitik.

Erarbeitet durch die Mitglieder des Ausschusses für ethische und medizinisch-juristische Grundsatzfragen:

Dr. med. (I) Klaus Reinhardt (Vorsitzender)

Dr. med. Martina Wenker (Vorsitzende)

Prof. Dr. med. Dr. phil. Jens Atzpodien

Prof. Dr. med. Claudia Bausewein, PhD MSc

Erik Bodendieck

Prof. Dr. jur. Dr. h. c. Volker Lipp (Federführung)

Prof. Dr. med. Giovanni Maio M.A. phil.

Prof. Dr. phil. Alfred Simon (Federführung)

PD Dr. med. Ulrich Wedding

und

Prof. Dr. Michael Lindemann (Gast) (Federführung)

Geschäftsführung:

Prof. Dr. jur. Karsten Scholz

Dr. jur. Daniela Daute-Weiser

²² Zentrale Ethikkommission bei der Bundesärztekammer (2013), Stellungnahme zu „Zwangsbehandlung bei psychischen Erkrankungen“, Deutsches Ärzteblatt, Jg. 110, Heft 26, 28.06.2013: A1334-A1338; Deutscher Ethikrat (2018), „Hilfe durch Zwang? Professionelle Sorgebeziehungen im Spannungsfeld von Wohl und Selbstbestimmung“ (über www.ethikrat.org).