



Schweizerische Gesellschaft für Sozialpsychiatrie



Soteria Bern

igs
psychiatrie. sozial.



Internationale
Arbeitsgemeinschaft
Soteria

Psychopharmakotherapie: *Die* Gratwanderung zwischen Schutz und Selbstbestimmung

Dr. med. Walter Gekle

Chefarzt Soteria Bern

Chefarzt und stv. Direktor

Zentrum psychiatrische Rehabilitation UPD Bern

Vizepräsident Schweizerische Gesellschaft für Sozialpsychiatrie

walter.gekle@udp.ch www.sozialpsychiatrie.ch

Gliederung:

- Vorbemerkungen zum Thema
- Die schwierige Frage der Urteilsfähigkeit
- Schutz und Selbstbestimmung in der 1 : 1 Therapeut-Patient Beziehung
- Schutz und Selbstbestimmung im stationären Rahmen
- Schutz und Selbstbestimmung in Zwangssituationen
- Schutz und Selbstbestimmung nach Zwangssituationen
- Ausblick

Vorbemerkungen:

Schutz und Selbstbestimmung
oder
Abhängigkeit vs. Autonomie

- sind sich komplementär ergänzende Prinzipien («Schloss und Schlüssel»)
- sind ein Dauerthema jedes einzelnen Individuums:
- der Bedarf nach Schutz variiert zeitlich und situativ
- der Bedarf nach Selbstbestimmung variiert zeitlich und situativ

ganz unabhängig von psychischer Erkrankung



Willkommen

OPD-Seminare

Informationen

Datenschutz

Login

OPD eine Einführung

OPD an Introduction

Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik

- **Repetitiv-dysfunktionale Konflikte:**

- Individuation versus Abhängigkeit
- Unterwerfung versus Kontrolle
- Versorgung versus Autarkie
- Selbstwertkonflikt
- Schuldkonflikt
- Ödipaler Konflikt
- Identitätskonflikt

Vorbemerkungen:

Schutz und Selbstbestimmung

- In Partnerschaften
 - auf Paar – Ebene
 - auf gesellschaftlicher & politischer Ebene
- Eltern – Kind Beziehungen
- Arzt – Patient Beziehungen
 - In der Praxis
 - Somatisch
 - Psychiatrisch - psychotherapeutisch
 - Im Krankenhaus
 - Im medizinisch – juristischem Kontext - Zwang

Die schwierige Frage der Urteilsfähigkeit

• Art. 16 ZGB: Urteilsfähigkeit

- Urteilsfähig im Sinne dieses Gesetzes ist ein jeder, dem nicht wegen seines Kindesalters oder in Folge von Geisteskrankheit, Geistesschwäche, Trunkenheit oder ähnlichen Zuständen die Fähigkeit mangelt, vernunftgemäß zu handeln
- Das Gesetz kennt hier nur die Antwort Ja / Nein

• Zwang

- Nur bei aufgehobener Urteilsfähigkeit legal
- Massiver Eingriff in die Persönlichkeitsrechte
- extremste Form des Schutzes
- Schadet der therapeutischen Beziehung und muss daher mit allen Mitteln verhindert werden

Juristischer vs. medizinischer Krankheitsbegriff

- **Gesetz**

- Geisteskrankheit

- Geistesschwäche

- Trunkenheit

- ähnliche Zustände

- **Medizin**

- Psychose

 - Schizophrenie

- Persönlichkeitsstörung

- Demenz, Minderintelligenz

- Alkoholintoxikation

- andere Intoxikationen

- Affektzustände

- Anderes

Die schwierige Frage der Urteilsfähigkeit

Die Beurteilung der Urteilsfähigkeit erfordert die Prüfung von vier weiteren Kriterien:

Zwei kognitive Elemente:

- Erkenntnisfähigkeit

- Die handelnde Person muss in der Lage sein, die Aussenwelt zumindest in ihren Grundzügen richtig zu erkennen und sich ein adäquates Bild von der Realität zu verschaffen.

- Wertungsfähigkeit

- Fähigkeit zu rationaler Beurteilung und Vermögen, sich über die Tragweite und die Opportunität der in Frage stehenden Handlung ein vernünftiges Urteil zu bilden. Wertungsfähigkeit beruht auf der Erkenntnisfähigkeit, fehlt bereits diese, weitere Überlegungen nicht mehr notwendig → Urteilsunfähigkeit

Die schwierige Frage der Urteilsfähigkeit

Zwei voluntative (Willens-) Elemente:

- Willensbildung

- Fähigkeit aufgrund gewonnener Einsicht und eigener Motive einen nach aussen wirksamen Willen zu bilden und bei verschiedenen denkbaren Möglichkeiten eine Entscheidung zu treffen

- Willenskraft

- Kraft, gemäß gewonnener Einsicht und **eigenem** Willen zu handeln, d.h. auch über die Fähigkeit zu verfügen, dem Versuch einer fremden Willensbeeinflussung in normaler Weise Widerstand zu leisten

Autonomie

Ethik-Unterstützung

Sterben und Tod

Forschungsethik

Medizin im Strafvollzug

Transplantation

Vulnerable Gruppen

Urteilsfähigkeit in der medizinischen Praxis

SAMW » Ethik » Autonomie » Urteilsfähigkeit in der medizinischen Praxis

Urteilsfähigkeit ist eine Grundvoraussetzung, damit Patientinnen und Patienten in eine medizinische Behandlung einwilligen können. Die Entscheidung, ob jemand urteilsfähig ist oder nicht, hat weitreichende Auswirkungen. Gesundheitsfachpersonen fühlen sich jedoch oft unsicher, wenn sie die Urteilsfähigkeit abklären müssen. Als Hilfestellung für die Praxis hat die SAMW medizin-ethische Richtlinien ausgearbeitet.

www.samw.ch

Unterlassene Hilfeleistung

Urteilsauszug des Bundesgerichtshofes / BRD:

Um sich nicht strafbar zu machen, muss der Arzt alles unternehmen, was aus seiner persönlichen Sicht erforderlich ist. Dabei sind auch seine eigenen schutzwürdigen Interessen zu berücksichtigen. So kann nicht von jedem Arzt bei der Beschreibung eines Herzinfarktes ein sofortiger Hausbesuch erwartet werden, jedoch die Sicherstellung, dass der Patient oder seine Angehörigen einen Notarzt rufen (BGH, Urteil vom 03.04.1985, 2 StR 63/85).

[HOME](#)

[UNIVERSITÄT](#)

Welcome to JMED

JMED.ch ist das Schweizer Serviceportal für Mediziner vom ersten Studientag bis zum letzten Arbeitstag.

1. Allgemeine Bürgerpflicht zur Hilfeleistung Art. 128 StGB

.....

SAMW:	Keine Position
FMH:	keine Position

2. Besondere Pflicht für Ärzte

Nebst der allgemeinen Bürgerpflicht zur Hilfeleistung gibt es in gewissen Situationen auch eine besondere Pflicht zur Hilfeleistung. Sofern Du als Arzt eine solche Pflicht triffst, kannst Du nicht nur nach Art. 128 StGB, sondern auch wegen vorsätzlicher Tötung durch Unterlassen (sofern der Mann aufgrund der unterlassenen Hilfeleistung stirbt) oder wegen vorsätzlicher Körperverletzung (sofern sich der Gesundheitszustand des Mannes aufgrund der unterlassenen Hilfeleistung verschlimmert) verurteilt werden.

Schutz und Selbstbestimmung in der 1 : 1 Therapeut-Patient Beziehung: Grundlagen

- Geschäftsbeziehung
 - Patient hat ein Anliegen
 - Therapeut macht ein Angebot
 - Grundsatz: «primum non nocere»
- Abhängigkeiten:
 - ökonomisch
 - psychologisch
- Risiken:
 - Zu lange Behandlungen
 - Unnütze (schädliche) Behandlungen
 - Ausbeutung (ökonomisch / emotional)
 - Befriedigung unbewusster Bedürfnisse des Therapeuten

Schutz und Selbstbestimmung in der 1 : 1 Therapeut-Patient Beziehung:

- Prävention auf therapeutischer Seite:
 - Gute, gründliche Ausbildung
 - Selbsterfahrung, Supervision, Weiterbildung – bis zur Berufsaufgabe
 - Qualitätskontrolle (Q-Zirkel, KK-Berichte)
- Prävention auf der Seite der Betroffenen:
 - Auswahl unter mehreren Therapeuten
 - Zweitmeinungen
 - Informed consent & shared decision making
 - Beratungsstellen
 - Therapeutenwechsel

Schutz und Selbstbestimmung in der 1 : 1 Therapeut-Patient Beziehung: Medikation

- Therapie = Kränkung
- Medikation = Potenzierung der Kränkung
- Therapeut ist verpflichtet, falls indiziert, ein Medikament anzubieten
- Die Entscheidung bleibt beim Patienten
- Medikamente sind ein wichtiger Teil der therapeutischen Beziehung
- Fallbeispiel
- Ziel: Selbstbestimmtes Leben **ohne** Medikamente und **ohne** Therapie

Schutz und Selbstbestimmung im stationären Rahmen

- Stationäre Behandlung = subjektives Versagen auf ganzer Linie
 - Haltung der Behandelnden muss dies berücksichtigen
- Anspruch auf individuelle Behandlung
 - Ausgang und (Besuchs-) Regelungen
 - **Mitentscheid** bei der «Therapieplanung»
 - Kontrolle über mögliche Massnahmen liegt bei den Betroffenen
 - Zugang zu Informationsquellen (Internet)
 - Bereitstellung von Informationsmaterial (→ shared decision making)
 - ...
- Medikation: entsprechend der 1 : 1 Situation
- Ziel: raschestmöglicher Übergang in ambulante Behandlung, falls indiziert

Schutz und Selbstbestimmung in Zwangssituationen

- Freiheitseinschränkende Massnahmen (= Zwang):
 - FU oder Rückbehaltung
 - Bewegungseinschränkende Massnahmen
 - Zwangsmedikation
 - Isolation
 - Mech. Fixierung
- Graubereiche:
 - Wenn- Dann Verknüpfungen
 - Psychologischer Druck
- ABER: Zwangsmassnahmen sind keine «Black box» mehr:

Prävention von Zwangsmassnahmen – Warum?

- Zwangsmassnahmen
 - Unterminieren die therapeutische Beziehung
 - Beschädigen das Vertrauen der Betroffenen und Angehörigen ins Behandlungssystem
 - Sind u.U. traumatisierend und verursachen Folgeerkrankungen
 - Können zu körperlichen Verletzungen/Erkrankungen führen
 - Sind schädlich für das Stationsmilieu
 - Machen den Arbeitsplatz unattraktiv

Prävention von Fürsorgerischen Unterbringungen (FU)

- Zeit haben & Zeit geben
 - Erfahrenes Personal
 - Niederschwellige, engmaschige, aufsuchende Angebote
 - Einbezug des soz. Umfeldes
 - Suche nach der «least restrictive alternative»
 - Einheitliche Handhabung in allen Kantonen!
 - Mehr Toleranz gegenüber besonderen Verhaltensweisen in der Gesellschaft
 - «awareness» –Kampagnen
- Gilt für ALLE klinischen Situationen**



Wie
geht's
dir?

Prävention von Zwangsmedikationen

- Zeit & erfahrenes Personal
- Ruhige Station, «weiches» Milieu
- Behandlungsvereinbarung vorhanden? – falls ja: Umsetzen!
- Stationsgrösse und -architektur (u.U. anpassen)
- Raum geben (Spaziergang, Garten, Rauchen)
- Paramedizinische Angebote: Bad, Tee, Massage...)
- Vertrauensperson einbeziehen
- Peer Angebote auf Station
- Flexibilität der Behandelnden

www.soteria.ch

Prävention von Fixierungen?

NEIN: nationales Verbot von Fixierungen!

- Begründung:
 - Sehr häufig massive Traumatisierung (oft mit Verzögerung) PTBS
 - Gefahr von Übergriffen ist erhöht
 - Andere Länder sind schon dort (Australien)
 - Einige Institutionen in der CH verzichten gänzlich auf Fixierungen
 - Verzicht auf Fixierungen führt **nicht** zur Zunahme von anderen Zwangsmassnahmen (vgl ANQ)
 - Möglichkeit zur «Imagekorrektur» für Institutionen

Nach Zwangsmassnahmen: Sekundäre Prävention

- Enttabuisierung / Schweigen brechen
- Evtl. auch Thematisierung mit der Nutzergruppe auf Station
- Austausch auf Augenhöhe zw. Betroffenen und Stationsleitung (Medizin und Pflege)
- Unerlässlich: Behandlungsvereinbarung aktualisieren / erstellen
- Dokumentation und Behandlung von Folgeschäden
- Ziel:
 - Was kann in einer ähnlichen Situation besser gemacht werden?
 - Wie können ähnliche Situationen vermieden werden?

Chronische Behandlung oder chronische Erkrankung?

- Psychische Erkrankungen verändern sich über die Jahre hinweg
- Behandlungs«pläne» bleiben häufig unverändert
- Langzeitnutzen insb. der Neuroleptika ist umstritten *
- Angesichts der UAW (insb. metabolisch) sind Reduktions- und Absetzversuche angebracht
- Entsprechende Anleitungen sind vorhanden (s.u.)
- Was fehlt:
 - Bereitschaft der Profis, diesen Weg mitzugehen
 - Ausbildung der Profis in diesem Feld
 - Aufbau entsprechender Sprechstunden / Stationen an den Institutionen

*Lieberman et al: Effectiveness of Antipsychotic Drugs in Patients with Chronic Schizophrenia; New England Journal of Medicine 2005; Vol 353; No 12

Neuroleptika Trialog

Neuroleptika reduzieren und absetzen

Newsletter-Archiv

Neuroleptika reduzieren und absetzen

Eine Broschüre für Psychose-Erfahrene,
Angehörige und Professionelle aller Berufsgruppen

Eine Broschüre für Psychose-Erfahrene, Angehörige und Professionelle aller Berufsgruppen

Wie kann ein verantwortungsvoller Umgang mit Neuroleptika – und auch ein mögliches Reduzieren – gelingen? Der trialogisch zusammengesetzte DGSP-Fachausschuss „Psychopharmaka“ hat Forschungsergebnisse und Erfahrungen zusammengetragen: Die AutorInnen führen Beispiele und Erfahrungen aller Beteiligten an, zeigen behutsame Wege auf und nennen Bewältigungsstrategien gegen Ängste. Sie erklären Frühwarnzeichen von Krisen und ermuntern zu persönlichen Checklisten.

- Erhältlich gegen eine Schutzgebühr von 2€ zzgl. Versandkosten (Bezahlung auf Rechnung) unter [info\(at\)dgsp-ev.de](mailto:info(at)dgsp-ev.de) oder als Download

**Aber:
Es tut sich etwas:**

The Door to a Revolution in Psychiatry Cracks Open

A MIA Report: Norway's Health Ministry Orders Medication-Free Treatment

By **Robert Whitaker** - March 25, 2017



93827



124

www.madinamerica.com

FAZIT:

Wir haben die Instrumente,
aber es fehlt uns am Mut sie einzusetzen.

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit