



**Universität  
Zürich<sup>VZH</sup>**

Institut für Biomedizinische Ethik und Medizingeschichte

# Freiheit und Zwang in der Psychiatrie – Ethische Perspektiven

TriaPlus - Klinik Zugersee

11.04.2024

Settimio Monteverde, PhD, MAE, MME, RN

settimio.monteverde@uzh.ch



<https://www.aesdes.org/wp-content/uploads/2016/03/theory-of-constraint.jpg>



**Universität  
Zürich<sup>VZH</sup>**

Institut für Biomedizinische Ethik und Medizingeschichte

## Überblick

1. Medizinethik und klinische Ethik – eine kleine Einführung
2. Autonomie und Zwang – ethische und rechtliche Perspektiven und Debatten
3. Exemplarische Anwendungsfelder in der Psychiatrie
4. Klinisch-ethische Entscheidungsfindung
5. Ihre Fragen - Diskussion



<https://www.aesdes.org/wp-content/uploads/2016/03/theory-of-constraint.jpg>



Universität  
Zürich<sup>UZH</sup>

Institut für Biomedizinische Ethik und Medizingeschichte

## 1. Medizinethik und klinische Ethik – eine kleine Einführung



<https://www.aesdes.org/wp-content/uploads/2016/03/theory-of-constraint.jpg>

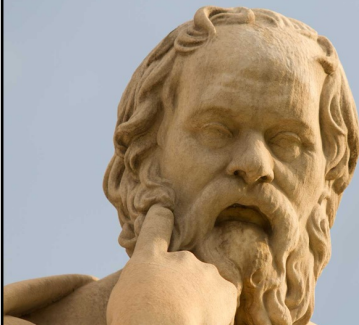


Universität  
Zürich<sup>UZH</sup>

Institut für Biomedizinische Ethik und Medizingeschichte

## Das Handwerk der Ethik: „Das Leben“ prüfen....

„Ein ungeprüftes Leben  
ist für einen Menschen  
nicht lebenswert.“



Platon: Apologie  
des Sokrates

<https://i.ibb.co/0CnHmx9/Socrates.jpg>



## Was kann von der Klinischen Ethik sinnvollerweise erwartet werden? (1)

- **IMMER:** Orientierung zu geben in Fragen des Umgangs
  - mit moralischem Pluralismus (Vielzahl an Einstellungen)
  - mit ethischem Pluralismus (Vielzahl an ethischen Begründungsmöglichkeiten)
- **MANCHMAL:** Sagen, wo es „lang“ gehen könnte oder sollte.
- **NIE:** Den Handelnden vorschreiben, was sie zu tun haben.



## Was kann von der Medizinethik sinnvollerweise erwartet werden? (2)

- **IMMER:** Verstehen, Orientieren, Möglichkeiten der Begründung aufzeigen
  - Bsp.: Einstellungen zu Suizidbeihilfe bei verschiedenen Berufsgruppen
- **MANCHMAL:** Sagen, wo es „lang“ gehen sollte.
  - Bsp.: Umsetzung einer hinreichend klaren Patientenverfügung im psychiatrischen Kontext
- **NIE:** Vorschreiben, was zu tun ist..
  - Bsp. Anordnung einer Fürsorgerischen Unterbringung bei Selbstgefährdung



Universität  
Zürich<sup>VZH</sup>

Institut für Biomedizinische Ethik und Medizingeschichte

## Die ethische Grundspannung

Der Mensch als **Individuum**



Der Mensch als Teil einer **Gemeinschaft**



Universität  
Zürich<sup>VZH</sup>

Institut für Biomedizinische Ethik und Medizingeschichte

## Orte der Güterabwägung

Ethische Fallbesprechung auf Station

Ethikkommission:

- klinische
- Begutachtung von Humanforschung

Ethikonsil

Ethische Leitlinien

Ethische Unterstützung  
in der Medizin



## Beispiele von Güterabwägungen

- Verzicht auf Fürsorgerische Unterbringung bei stabilem sozialem Umfeld
- Umsetzung einer unklaren Patientenverfügung
- Assessment unerträglichen Leidens bei Wunsch nach Suizidbeihilfe
- Freiheitsbeschränkende Massnahmen bei Fremd- oder Selbstgefährdung
- etc. ...



## Ethische Aspekte in Fallbesprechungen

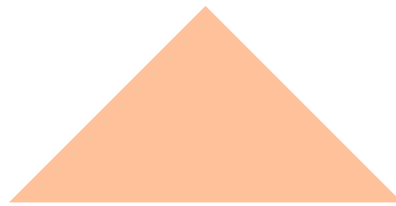
- Mutmasslicher Wille
- Lebensqualität
- Vorstellungen eines guten Lebens, Umgang mit Pflegebedürftigkeit und körperlicher Abhängigkeit
- Möglichkeiten der Medizin
- Mittel/Ressourcen
- Verhältnis von Ressourcen und erwartetem Nutzen
- Umgang mit Hoffnung
- Kommunikation (interdisziplinär, innerhalb der Berufsgruppe, mit Betroffenen und ihrem Umfeld)



## Medizinethik im 20. Jhdt.: Institutionalisierung und Transparenz

1.

Arzt-Patient-Beziehung,  
Autonomieprinzip, informed consent



2.

klinische Ethikkommissionen,  
Fallbesprechungen, Richtlinien  
(ethical committees)

3.

multidisziplinäre Gremien,  
ethische Prüfung von Projekten  
(institutional review boards)



## Möglichkeiten der Orientierung: Prinzipien der Medizinethik

*Autonomie*

*Gutes tun*

*Nicht schaden*

*Gerechtigkeit*



→ allgemeiner Konsens, dass diese  
Prinzipien wichtig sind

→ ABER: kein allgemeiner Konsens, wie  
sie im Einzelfall abzuwägen sind





### Ethical dilemmas in contemporary psychiatry: Findings from a survey of National Psychiatric Associations in Europe

Table 2. Response characteristics to the second part of the survey (open-ended questions)

Question	Responses		Countries providing YES answers
	Yes (n)	No (n)	
<b>Q17. What ethical dilemmas do you consider the most important topic for debate in your NPA?</b>			
• Category 1: Violations of clinical practice standards	10	21	GE, IT, UA, RS, BG, EE, CZ, BIH, MD, LA
• Category 2: Human rights	13	18	RO, FR, RU, HR, CZ, BY, SK, AZ, LT, TR, DE, CH, PT
• Category 3: The role of psychiatrists in making patient decisions about euthanasia, or physician-assisted suicide	7	24	BE, PL, IS, FR, HR, DE, CH
• Category 4: Stigma/minorities access to care	7	24	PL, AM, HU, BG, FR, UK, DK
• Category 5: Forensic psychiatry	1	30	RU
• Category 6: Other	5	26	GE, PL, RU, NO, BIH
<b>Q18. What ethical dilemmas do you recognize as the most important topic for debate at the level of NPA/EPA?</b>			
• Category 1: Violations of clinical practice standards	7	24	GE, UA, RU, RS, CZ, LA, PT
• Category 2: Human rights	12	19	IT, BE, CZ, BY, AZ, LT, BIH, TR, DE, DK, CH, PT
• Category 3: The role of psychiatrists in making patient decisions about euthanasia, or physician-assisted suicide	8	23	IT, BE, RO, EE, HR, BIH, DE, CH
• Category 4: Stigma/minorities access to care	8	23	BE, AM, HU, BG, HR, BIH, UK, DK
• Category 5: Forensic psychiatry	0	31	
• Category 6: Other	6	25	GE, PL, RU, NO, RU, SK
<b>Q19. What ethical dilemmas do you foresee as the most important topic for debate in the years to come?</b>			
• Category 1: Violations of clinical practice standards	6	25	RS, BG, SK, AZ, LA, PT
• Category 2: Human rights	14	17	IT, BE, PL, FR, CZ, SK, LT, BIH, MD, UK, TR, DE, CH, PT
• Category 3: The role of psychiatrists in making patient decisions about euthanasia, or physician-assisted suicide	6	25	IT, BE, PL, HR, DE, CH
• Category 4: Stigma/minorities access to care	10	21	BE, AM, HU, BG, IS, NO, RU, HR, BY, DK
• Category 5: Forensic psychiatry	0	31	
• Category 6: Other	4	27	GE, RU, RO, NO

Samochowiec J et al. *Europ Psy*. 2023; 66(1):e94. doi:10.11192/j.eurpsy.2023.2470



## Weitere theoretische und methodische Zugänge zur ethischen Entscheidungsfindung

Narrative Ethik

Care-Ethik

Nimwegener Methode

Bochumer Arbeitsbogen

7-Schritte-Dialog

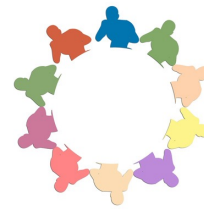
etc.





## Organisationsethische Herausforderung

- Dezentralisierung von Verantwortung in hoch arbeitsteiligen Strukturen des Gesundheitswesens
- Konsequenz: erschwerter Blick „für das Ganze“ der Person
  - Bsp. Patient\*innen mit psychiatrischen und somatischen Bedürfnissen
  - Patient\*innen, die von verschiedenen Teams betreut werden
- Risiko: Delegation von ethischer Verantwortung an klinisch-ethische Strukturen, die keine Verantwortungsträgerschaft haben



[https://cdn.pixabay.com/photo/2013/10/24/16/39/social-200284\\_1280.jpg](https://cdn.pixabay.com/photo/2013/10/24/16/39/social-200284_1280.jpg)



## Fazit: Herausforderungen im Umgang mit ethischen Dilemmas ...

- **Ethischer Pluralismus** bedeutet nicht ethische Beliebigkeit.
- **Rationaler Dissens** heisst nicht „anything goes“, sondern setzt verschiedene **plausible** ethische Begründungen voraus.
  - Bsp. „veraltetete“ Patientenverfügung, Freiwilliger Austritt versus zwangsweiser Rückbehalt bei unklarer Krankheitseinsicht, Zwangsbehandlung bei unklarer Prognose und Evidenzlage
- Rationaler Dissens bedarf wiederholter und zeitnaher Güterabwägungen.



## ..... und Chancen des offenen Umgangs mit ethischen Fragen

Der offene Umgang mit ethischen Fragen

- stärkt die **“ethische Performance“** multiprofessioneller Teams (**“moralische Resilienz“**)
- erhöht die **Zufriedenheit** und den Verbleib im Beruf von Fachpersonen
- fördert die **Patientensicherheit** durch wirksame Kommunikation und Kooperation
- stärkt das **Vertrauen** von Nutzerinnen und Nutzern sowie der Öffentlichkeit und Politik in die Einrichtungen der Gesundheitsversorgung

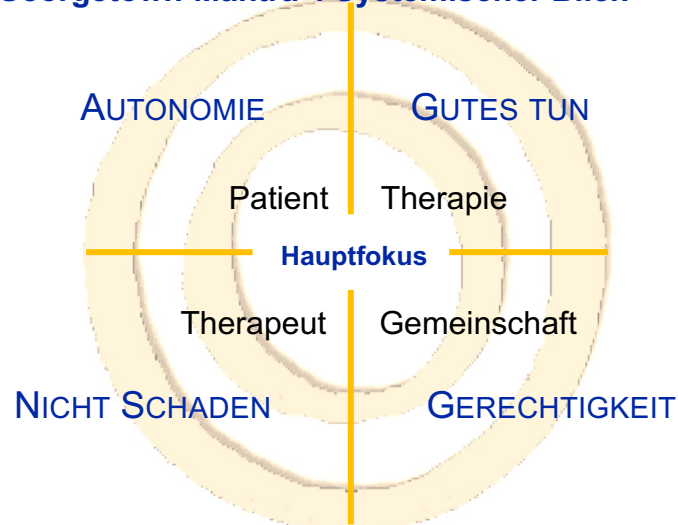


„Ein ungeprüftes Leben ist für einen Menschen nicht lebenswert.“

Platon: Apologie des Sokrates



## „Georgetown-Mantra“: Systemischer Blick





## Welchen Dilemmas begegnen Sie im psychiatrischen Alltag?

Bsp.

- Autonomie – Nicht Schaden (Gutachten zur Urteilsfähigkeit bei Wunsch nach assistiertem Suizid)
- Autonomie – Gutes tun (Abklärung Zwangsbehandlung)
- Autonomie - Nicht Schaden (Fürsorgereische Unterbringung unter Widerstand des Patienten)
- Nicht Schaden – Gerechtigkeit (Zugang zu psychiatrischer Diagnostik und Therapie in der Akutsomatik)
- ...



## Welche Ethik für die Psychiatrie?

### An ethical framework for psychiatry

SIDNEY BLOCH and STEPHEN A. GREEN

**Summary** Psychiatry has not reached a consensus hitherto concerning an optimal theoretical framework for ethical decision-making and corresponding action. Various theories have been considered, but found wanting. Moreover, classic theories may contradict one another, contribute to confusion and immobilise the clinician. We have examined major theories commonly applied in bioethics, conferred with moral philosophers and psychiatrists and striven to apply more recent insights drawn from moral philosophy. We report that instead of pursuing a single theoretical framework, we should garner the strengths of compatible approaches in a synergistic way. We propose a particular complementarity of principlism – with its pragmatic focus on respect for autonomy, beneficence, non-maleficence and justice – and care ethics, a variant of virtue theory, which highlights character traits pertinent to caring for vulnerable psychiatric patients.

Despite recognising he had 'got beyond reason', the doctor persists, because 'The damned little brat must be protected against her own idiocy... [and] others must be protected against her' (p. 59). He forces her mouth open, sees 'both tonsils covered with membrane', and finally understands 'She had fought valiantly to keep me from knowing her secret... [and] lying to her parents in order to escape just such an outcome as this' (p. 60).

Williams' poignant story raises fundamental concerns about the ethical dilemmas spawned by medical practice: What degree of paternalism may be adopted to promote a patient's well-being? Does protecting a child provide a more powerful justification to act paternalistically? How does the doctor resolve the unavoidable conflict of dual agency – serving the interests of the girl and of her parents? Is the doctor's primary responsibility always to the patient or can serving a broader community good override it?

Psychiatrists face similar ethical quandaries as their medical colleagues, and their response may have dire consequences for patients, their families and the general community. However, as the philosopher Jennifer Radden (2002) points out, issues intrinsic to mental healthcare – such as

Prinzipienethik,  
Care-Ethik



## 2. Autonomie und Zwang – ethische und rechtliche Perspektiven und Debatten



<https://www.aesdes.org/wp-content/uploads/2016/03/theory-of-constraint.jpg>



### Autonomie als Konstrukt

“Autonomy is a critical psychological need. It denotes the experience of volition and self-direction in thought, feeling, and action. People feel autonomous when their goals and behaviors are aligned with their innermost desires, interests, and ideals; when their actions are endorsed at the highest level of self-reflection.”

Legault, L., Ray, K., Hudgins, A. *et al.* Assisted versus asserted autonomy satisfaction: Their unique associations with wellbeing, integration of experience, and conflict negotiation. *Motiv Emot* **41**, 1–21 (2017). <https://doi.org/10.1007/s11031-016-9593-3>



## Autonomiekonzeptionen (1)

### Der Mensch als Vernunftwesen (Immanuel Kant, 1724-1804)

- transzendental (Kant): der konkreten Erfahrung vorausgehend, die Erfahrung ermöglichend
- Autonomie: Vorrang der Selbstbestimmung aus eigener Vernunft und Kraft gemäss er eigenen Natur, begründet den Würdeanspruch des Menschen
- Mensch als Träger von Rechten und Pflichten (Selbstzweck)
- Freiheit als notwendige Voraussetzung von Sittlichkeit



## Autonomiekonzeptionen (2)

### Der Mensch als Naturwesen (John Stuart Mill, 1806-1873)

- empirisch: Mensch als Teil der Natur mit (bloss) *quantitativem* Unterschied zu anderen Lebewesen
- Wahlfreiheit in der Deckung der Bedürfnisse
- Autonomie des Individuums trägt auch zum kollektiven Glück bei (Utilitarismus)
- liberale Grundhaltung: „Minimalstaat“



## Relativierung der Patientenautonomie

Onora O'Neill

- Krankheit vermindert Autonomie, diese ist grundsätzlich und in allen Lebensbereichen nur unvollständig möglich
- nur dauerhafte Werte und Ziele sind Ausdruck von Autonomie
- Relativierung des Autonomiebegriffs, gleichzeitig Stärkung gegen Kommunitarismus und Paternalismus
- Stellvertreterentscheide: statt der *hypothetischen* Einwilligung eines idealen Patienten → die *faktische* Einwilligung des realen Patienten

O'Neill, O. (2002):  
*Autonomy and Trust in Bioethics.*



## Spezifizierung der Patientenautonomie

Onora O'Neill

### Relationalität

- Autonomie verwirklicht sich als Unabhängigkeit von beeinflussenden Faktoren (liberty, negative Freiheit)

### Selektivität

- Autonomie kann im Individuum in verschiedenen Bereichen unterschiedlich ausgeprägt sein

### Gradualität

- Autonomie kann inter- und intraindividuell verschieden stark ausgeprägt sein (z.B. fluktuierende Demenz)

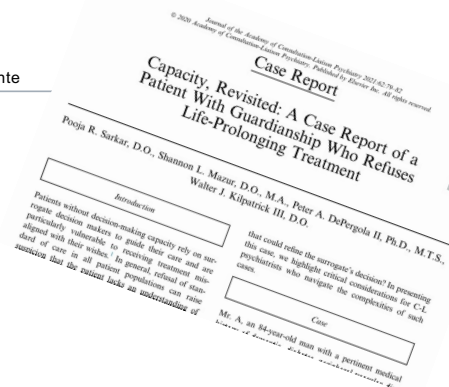
O'Neill, a.a.O., S. 23



## Das Spannungsfeld von Autonomie und Authentizität

„By looking at the patient through a lens of authenticity, we see the patient as a person along a life continuum rather than a single moment or decision in time. Acknowledging the role of authenticity within medical decision-making helps to give life coherence by bringing together choices in a way that keeps them from being arbitrary or cross-sectional.“

Pooja, R., Sarkar, S., Mazur, P. et al. (2021). Capacity, revisited: A case report of a patient with guardianship who refuses life-prolonging treatment, *J Acad Consult Liaison Psy* 2021, 62(1); 79-82, <https://doi.org/10.1016/j.psych.2020.10.007>.



## Worauf gründet der Verpflichtungscharakter von Autonomie?

### Abhängig von folgenden Fähigkeiten

- entscheidungsrelevante Information verstehen
- Information bzgl. eigener Situation würdigen
- Wünsche, Werte und Ziele haben
- Abwägen können
- Entscheidung treffen + zum Ausdruck bringen
- Ggf. situations-/entscheidungsabhängig

→ Grundsätzlich Annahme der Urteilsfähigkeit, d.h.

→ im Zweifel "für die Urteilsfähigkeit"





## Sog. "Uncoscious biases" Incapacity and the Infancy Illation

Ralph C. Brashier  
University of Memphis

**Arkansas Law Review**

Volume 71 | Number 1

- I. Introduction
- II. Statutory Requirements
- III. Why We Infantilize Adults with a Cognitive Impairment
  - A. Altruism
  - B. Assumptions
    1. *That we know what they need*
    2. *That we know how to protect them from themselves and others*
    3. *That we know what they would have wanted had they not become incapacitated*
    4. *That we should discount the wishes and preferences they now assert*
  - C. Convenience
    1. *General*
    2. *Emotional*
    3. *Financial*
  - D. Ignorance
  - E. Self-Interest
- IV. Conflating Infancy and Incapacity: On Killing With Kindness
- V. The Paramount Questions
- VI. Conclusion



## Klinische Standards

- Urteilsfähigkeit vom Arzt/Ärztin oder Pflegefachpersonen festzustellen, nur bei Unklarheit durch Psychiater
  1. Der Patient/in **erwägt** und bespricht die Entscheidungsmöglichkeiten
  2. Der Patient/in kann die folgenden **Informationen würdigen** bzw. zumindest **grob** einschätzen: medizinische Situation/Prognose, vorgeschlagener Gesamtbehandlungsplan, Behandlungsalternativen, Risiken/Nutzen jeder Alternative
  3. Die Entscheidung ist **konstant** bzw. stabil über die Zeit
  4. Die Entscheidung stimmt mit den **Zielen und Wertvorstellungen** des Patienten überein und resultiert nicht aus **Wahnvorstellungen**



## Urteilsfähigkeit vs. Mündigkeit

- *Mündigkeit*: Lebensalter, ab dem eine Person juristisch als erwachsen gilt (18 Jahre)
- *Einwilligungs-/Urteilsfähigkeit*: Voraussetzung für die Rechtmässigkeit einer Einwilligung in der konkreten Situation bzw. für die konkrete Handlung
- **Minderjährige, psychiatrisch erkrankte Patienten oder Patienten mit Beistand können bezüglich einer Behandlungseinwilligung urteilsfähig sein**



## «Mythen» bei der Bestimmung der Urteilsfähigkeit (1)

ETHICS

---

### Ten Myths About Decision-Making Capacity

Linda Gammon, MD, MPH, Ludmila Volker, MD, PhD, William A. Nelson, PhD, Ellen Fox, MD, and Arthur R. Derse, MD, JD

---

1. Verwechslung von Urteilsfähigkeit (decision-making capacity) und Handlungsfähigkeit (competency)
2. Fehlende Urteilsfähigkeit kann angenommen werden, wenn Patient\*innen gegen die Empfehlung von Fachpersonen entscheiden
3. Es gibt keinen Bedarf zur Bestimmung der Urteilsfähigkeit solange Patient\*innen den Rat von Fachpersonen befolgen
4. Urteilsfähigkeit ist ein «alles oder nichts» - Phänomen



## «Mythen» bei der Bestimmung der Urteilsfähigkeit (2)

### ETHICS

---

### Ten Myths About Decision-Making Capacity

Linda Garzoni, MD, MPH, Ludmila Volker, MD, PhD, William A. Nelson, PhD, Ellen Fox, MD, and  
Arthur R. Derse, MD, JD

---

6. Kognitive Beeinträchtigung geht zwangsläufig mit Urteilsunfähigkeit daher.
7. Urteilsunfähigkeit ist dauerhaft.
8. Unzureichend informierte Patient\*innen sind zwangsläufig urteilsunfähig
9. Patient\*innen mit gewissen psychischen Erkrankungen sind zwangsläufig urteilsunfähig.
10. Patient\*innen, die fürsorgerisch untergebracht sind oder unter Zwang behandelt werden, sind urteilsunfähig.
11. Nur Expert\*innen aus der Psychiatrie können Urteilsfähigkeit bestimmen.



## Informiertes Einverständnis (Rechtlich ethisches Minimum!)

### Voraussetzungen

- Kompetenz zu verstehen
- Freiwilligkeit im Entscheiden

### Informationselemente

- Aufklärung (materielle Informationen)
- Empfehlung eines Behandlungsplans
- Verstehen der Informationen

### Entscheidungselemente

- Entscheidung für oder gegen einen Behandlungsplan
- Ermächtigung hinsichtlich des gewählten Planes



## Ausweitung der Anerkennung des Rechts auf Autonomie bei urteilsunfähigen Patienten

**aktuell erklärter Wille** des aufgeklärten und einwilligungsfähigen Patienten (Immer gültig)

wenn nicht  
gegeben

**vorausverfügter Wille**, in Patientenverfügung (Vorsorgevollmacht) niedergelegter Wille, sofern dieser auf die aktuelle Situation anwendbar ist

wenn nicht  
vorhanden

**mutmaßlicher Wille** mit Hilfe von Angehörigen, Freunden, Hausarzt aus früheren Äußerungen und Wertvorstellungen zu ermittelnder Wille

wenn nicht  
ermittelbar

„best interest standard“

**Entscheidung im besten Interesse und zum Wohle des Patienten**, da keine Informationen zum mutmaßlichen Patientenwillen eruierbar/feststellbar sind

„substituted  
judgement  
standard“

Aufgabe der gesetzlichen Vertreter:

- Kommunikation und Durchsetzung des mutmasslichen Willens
- **nicht**: Festlegung der Behandlung



## Mutmasslicher Wille

- Gemeinsam mit den Angehörigen (vertretungsberechtigter Person), Fachperson, etc. ... zu ermitteln: *welche Entscheidung entspricht am ehesten den Wünschen und Werten des Patienten?*
- Angehörige wissen dies nicht immer
- Für Angehörige ist es oft sehr belastend, den mutmasslichen Willen zu beurteilen: unterstützen! Richtige Fragen stellen!
- Genaue Festlegung der Vertretungsberechtigung (nicht Verpflichtung!) im Gesetz





## “Objektives” Wohl ?

- Das Wohl einer Person hängt zum Teil von ihren Wünschen oder Werten ab
- “Objektives” Wohl oft schwer zu bestimmen
- Einbezug mehrerer Personen in Entscheidungsfindung vorteilhaft (verschiedene Perspektiven)
- Orientierung an Lebensqualität-Kriterien
- Wahrnehmungsfähigkeit, Interaktions-/Kommunikationsfähigkeit, Schmerz/Leid, ...



## Standards of surrogate decision making

- **deklariertes Wille (pure autonomy standard)**
  - Patientenverfügung
  - hinreichend klare Äusserungen der Person, ermittelt und festgehalten durch Vertretungsperson oder weitere nahestehende Personen
- **stellvertretende Entscheidung im Sinn der Person (substituted judgment standard)**
  - die Entscheidung treffen, welche die Person getroffen hätte aufgrund des Wissens über ihre Einstellungen und Werte
- **wohlverstandene Interessen (best interest standard)**
  - die Entscheidung treffen, welche der Person in der Situation am besten gerecht werden (Interessen, Wille und Werte unbekannt)



## Welchem Standard entspricht die Patientenverfügung?

Standard	Verpflichtungscharakter	Konkretisierungs- / Formalisierungsgrad
<i>pure autonomy</i> hinreichend klare Aussagen	+++	+++
substituted judgment unklare Aussagen	++	++
<i>best interest</i> keine Aussagen	(unklar)	(unklar)



## SAMW (2019): Ethische Orientierungen im Umgang mit Urteils(un)fähigkeit

Grundsätzlich wird von Urteilsfähigkeit ausgegangen

Urteils<sup>un</sup>fähigkeit ist eine Zuschreibung, die auf ethisch-normativen Überlegungen basiert

Urteils<sup>un</sup>fähigkeit wird situations- und zeitbezogen beurteilt

Urteilsfähigkeit setzt bestimmte mentale Fähigkeiten voraus

Eine Zuschreibung von Urteils<sup>un</sup>fähigkeit kann einzig bei signifikant eingeschränkten mentalen Fähigkeiten erfolgen

Eine Zuschreibung von Urteils<sup>un</sup>fähigkeit nur aufgrund unerwarteter Entscheidungen ist unzulässig

Mentale Fähigkeiten der Patientin unterstützen und fördern

Die Tragweite der Entscheidung ist für die Beurteilung relevant

Die Zuschreibung von Urteils<sup>un</sup>fähigkeit angemessen begründen und dokumentieren

Gesellschaftliche und persönliche Werte und Normen sowie Interessenkonflikte reflektieren

Urteilsfähigkeit in der  
medizinischen Praxis

**U-DOC EVALUATION DER URTEILSFÄHIGKEIT** Formular

Beurteilende Person(en): \_\_\_\_\_ [Patientenetikett]

Datum der Beurteilung: \_\_\_\_\_

**Ausgangslage**

Anlass/Gründe für eine ausführliche Beurteilung der Urteilsfähigkeit (inkl. einer kurzen Beschreibung der Entscheidungssituation, der verschiedenen Entscheidungsoptionen, der Tragweite der Entscheidung und bestehender Vorabklärungen):

Art 16 ZGB: Urteilsfähig im Sinne dieses Gesetzes ist jede Person, die nicht wegen eines Kindesalters, infolge geringerer Behinderung, psychischer Störung, Rauch- oder ähnlicher Zustände die Fähigkeit mangelhaft, vermindert oder zu handeln.

**Beurteilung**

Sind die Kriterien, hinsichtlich dieser Beeinträchtigungen bestehen, für die spezifische Entscheidung relevant?  JA  NEIN

Sind die Beeinträchtigungen signifikant?  JA  NEIN

Werden die Beeinträchtigungen durch urtatsfähige Fähigkeiten aufgewogen?  JA  NEIN

urteilsfähig  urteilsfähig  urteilsfähig  urteilsfähig

Abchliessende Begründung (inkl. Angabe zu allfälligen unterstützenden Massnahmen, Notwendigkeit zu weiterführenden Abklärungen, Einholung einer Zweitmeinung oder Reevaluation zu einem späteren Zeitpunkt):

**RECHTSGRUND**  
(gemäß Art. 16 ZGB: «Kindesalter, geringere Behinderung, psychische Störung, Rauch- oder ähnliche Zustände»)

Bitte spezifizieren:

**PERSÖNLICHE ERKLÄRUNG**  
Als beurteilende Person habe ich eigene Wertungen und Interessenkonflikte, die einen Einfluss auf die Beurteilung nehmen können, kritisch reflektiert. Ich kann versichern, dass meiner Einschätzung nach keine Balancenheit bezüglich der Evaluation vorliegt.

Unterschrift: \_\_\_\_\_

**Einschätzung mentaler Fähigkeiten**

**ERKENNTNISFÄHIGKEIT**  
Fähigkeit, die vorliegende Entscheidungssituation zu erfassen (Schwerpunkt: Kognition)

Wären Sie einer Gespräch nach einmal aus Ihre Perspektive zusammenfassen, besonders Ansätze möglicher Punkte, ist über Ihren Gesundheitszustand, die über die Behandlungsmöglichkeiten und die jeweiligen Vor- und Nachteile, die für und Nachteile, wenn er nach diesen gut nicht tun? Was meinen Sie, welche Auswirkungen hat (vom Patienten präferierte Option auf Ihren Abzug) und was nicht? (Was denken Sie, ist mit Ihrer Gesundheit überein mit Ordnung) Erläutern Sie, das Sie gegebenenfalls mit Behandlung brauchen? Was denken Sie, sind die Energiepunkte, Ihre zum präferierten Option zu empfehlen?

**Informationsverständnis**  
Die Person kann die wesentlichen Informationen zur Erkrankung, den Entscheidungsalternativen und den jeweiligen Vor- und Nachteilen in ihren eigenen Worten wiedergeben.

**Verständnis der lebenspraktischen Folgen**  
Die Person kann angemessene, realistische Auswirkungen der Entscheidung auf ihre Lebensführung und Lebensqualität haben können.

**Krankheitsverständnis**  
Die Person erkennt, dass sie an einem diagnostizierten Symptom/Krankheit leidet oder mit einem bestimmten Problem konfrontiert ist, oder kann ihre Ablehnung plausibel darlegen.

**Verständnis des Behandlungsbedarfs**  
Die Person erkennt, dass die vorgeschlagenen Behandlungsoptionen/ Massnahmen potenziell zu ihrem Gunsten sind, oder kann ihre Ablehnung plausibel darlegen.

**WERTUNGSFÄHIGKEIT**  
Fähigkeit, die vorliegenden Entscheidungssituation persönliche Bedeutung, bevorzugen (Schwerpunkt: Motivation und Emotion)

Sie denken, vom Patienten präferierte Option ist das Beste für Sie. Können Sie mir erklären, warum Sie so ist? (Was denken Sie, haben Erfahrungen Ihre Entscheidung beeinflusst? Was, ja, in welcher Weise? (Was nach/vom Patienten präferierte Option für Sie persönlich besser als alternative Option? Bitte für die Krankheit präferierte Option in Ihre auf)

**Bezug zu eigenen Werthaltungen**  
Die Person kann die Entscheidung mit persönlichen Werthaltungen und Überzeugungen in Verbindung bringen.

**Lebensgeschichtliche Einordnung**  
Die Person ist in der Lage, die Entscheidungssituation im Kontext ihrer bisherigen (Krankheits-) Geschichte sowie im Zusammenhang mit ihrer gegenwärtigen Lebenssituation zu betrachten.

**Informationsgewichtung/Entscheidungsgründe**  
Die Person gewichtet einzelne Aspekte verhältnismässig nach. Gibt verständliche Gründe für ihre Entscheidung an, bzw. ist sich im Klaren darüber, falls sie dies nicht tut.

**Affektive Beteiligung**  
Die Person kann sich mit einer angemessenen Affektintensität an Entscheidungsgemeinschaft beteiligen und argzt eine verständliche affektive Reaktion.

**WILLENSBILDUNG UND -UMSETZUNG**  
Fähigkeit, eine Entscheidung zu treffen, zu kommunizieren, zu begründen und zu verwirklichen (Schwerpunkt: Verhalten)

Für welche Behandlungsoptionen haben Sie sich entschieden? (Was haben Sie sich für dem Patienten präferierte Option) entschieden? (Wenn keine Entscheidung) Was macht die Entscheidung für Sie schwer? (Bitte mit der Entscheidung mitgehen)

**Treffen und Äussern einer Entscheidung**  
Die Person kann in der Lage, eine Entscheidung zu treffen und verständlich zu kommunizieren.

**Bereitstellen einer Begründung**  
Die Person kann begründen, durch rationale analytische Argumentation oder intuitiv basierte Selbstreflexion, weshalb sie sich für eine bestimmte Option entschieden hat.

**Widerstandskraft gegen inneren Drang**  
Die Person kann Impulse, Zweifel oder Ängste kontrollieren, die sie daran hindern, die getroffene Entscheidung umzusetzen.

**Widerstandskraft gegen äussere Einflüsse**  
Die Person kann ihre eigenen Willen gegenüber widersprechenden Meinungen anderer behaupten.

Universität Zürich SAMWISSM © November 2018

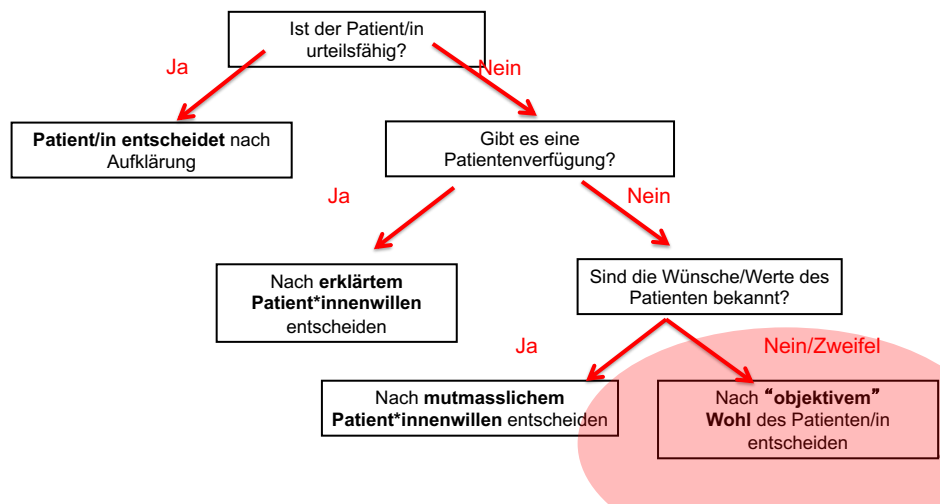
**Universität Zürich UZH**  
Institut für Biomedizinische Ethik und Medizingeschichte

## Entscheidungsfindung bei Urteilsfähigkeit

- handeln nach dem Patient\*innenwillen
  - absolute Abwehrrechte (daher kein Zwang möglich!)
  - aber: keine absoluten Anspruchsrechte
  - SAMW: kommunikative, nicht ethische Herausforderung
- Voraussetzung:
  - valide Dokumentation des Willens («pure autonomy standard»), z.B. in der Patientenverfügung oder durch die gesetzliche Vertretungsperson
- Bsp. freiwilliger Austritt aus dem Spital wider ärztlichen Rat mit konsistenter Begründung (z.B. stationäre Überwachung nach Verdacht auf TIA)



## Bei Urteilsunfähigkeit: Stellvertretende Entscheidung



## 3. Exemplarische Anwendungsfelder in der Psychiatrie





## Autonomie und Psychiatrie (1)

- Auch für therapeutisches Handeln in der Psychiatrie gilt die Orientierung an der Autonomie des Patienten

### Aber:

1. Verminderung oder Aufhebung von Autonomie durch die Erkrankung (Bsp. Demenz, Abhängigkeitserkrankungen, schizophrene Störungen, manische Episoden)
  - Symptome: imperative Stimmen, Wahnvorstellungen, Bewusstseinsstörungen, etc., partiell, fluktuierend oder rapide zunehmend
  - Freiwilligkeit, Intentionalität und Einsichtsfähigkeit sind auch strafrechtlich relevant (Schuldfähigkeit)

Borbé, R. (2013). Patientenautonomie in der Psychiatrie. In: Wiesemann, C.; Simon, A. (Hrsg.) Patientenautonomie. Theoretische Grundlagen-praktische Anwendungen. Paderborn: Mentis. S. 190-203



## Autonomie und Psychiatrie (2)

2. Verlust an Autonomie durch die (psychiatrische) Behandlung
  - krankheitsbedingt notwendige Errichtung einer Beistandschaft (KESR)
  - "therapeutische" Einschränkungen von Autonomie
    - i.d.R. in Absprache mit den Patienten, Bsp. Substanzabusus
    - zum Schutz des Patienten (Bsp. Selbstschädigung, Suizidalität)
    - zum Schutz Dritter
    - sog. "**ordnungspolitische Aufgaben**" der Psychiatrie
      - Übergang zwischen Therapie, Strafvollzug und Verwahrung (Bsp. Zwangsmassnahmen, Forensik)
  - Auch hier gilt das Prinzip der partizipativen Behandlungsgestaltung.



## Zwangsmassnahmen: Patient\*innengesetz ZH

### A. Zwangsmassnahmen: Voraussetzungen

#### Art. 24

Freiheitseinschränkende Massnahmen und Zwangsbehandlungen nach diesem Abschnitt sind gegen den Willen der Patientinnen und Patienten nur zulässig bei:

- a) Personen mit fürsorglicher Unterbringung (FU),
- b) Personen im Straf- oder Massnahmevollzug,
- c) nicht urteilsfähigen Personen, wenn die Zustimmung der gesetzlichen Vertretung oder der vormundschaftlichen Organe nicht rechtzeitig eingeholt werden kann.



## Urteilsfähigkeit nach ZGB Art. 16

---

-  d. Urteilsfähigkeit

-  Art. 16<sup>11</sup>

Urteilsfähig im Sinne dieses Gesetzes ist jede Person, der nicht wegen ihres Kindesalters, infolge geistiger Behinderung, psychischer Störung, Rausch oder ähnlicher Zustände die Fähigkeit mangelt, vernunftgemäss zu handeln.

---

<sup>11</sup> Fassung gemäss Ziff. I 2 des BG vom 19. Dez. 2008 (Erwachsenenschutz, Personenrecht und Kindesrecht), in Kraft seit 1. Jan. 2013 (AS 2011 725; BBl 2006 7001).



## Urteilsfähigkeit

- Urteilsfähigkeit ist immer aufgabenbezogen.
- Psychiatrische Erkrankungen schliessen per se Urteilsfähigkeit nicht aus, können diese aber sehr wohl beeinflussen.

### Teilkompetenzen:

- Erkenntnisfähigkeit
- Wertungsfähigkeit
- Fähigkeit zu Willensbildung
- Fähigkeit, gemäss dem eigenen Willen zu handeln



## Anwendung von «benevolentem» Zwang

Nervenarzt 2021 · 92:259–266  
<https://doi.org/10.1007/s00115-020-00998-7>  
Online publiziert: 30. September 2020  
© Der/die Autor(en) 2020



Hanfried Helmchen

Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, CBF, Charité – Universitätsmedizin Berlin, Berlin, Deutschland

### Zwangsmaßnahmen in der Psychiatrie: praktische Konsequenzen ethischer Aspekte

#### Rechtfertigung der Anwendung von Zwang

Solche Anwendungen von Zwang sind nur zu rechtfertigen, wenn

- a) aus dem Verhalten des Patienten eine schwerwiegende *Gefährdung* seiner selbst (Eigengefährdung) oder anderer Menschen (Fremdgefährdung)
  - oft in Kombination miteinander
  - droht und nur durch Zwangsmaßnahmen als Ultima Ratio unter Kontrolle zu bringen ist; und wenn
- b) dieser Gefährdung eine *Unfähigkeit zu Selbstbestimmung* zugrunde liegt.

1. Selbst und/oder Fremdgefährdung
2. Alternativlosigkeit
3. Urteilsunfähigkeit



## SAMW-Richtlinien

- Zwangsmassnahmen sind schwere Eingriffe in die verfassungsmässig geschützten Grundrechte der Patienten.
- Andererseits kann sich aus einem staatlichen Handlungsgebot bzw. einer Pflicht zur Hilfeleistung auch eine rechtliche Verpflichtung ergeben, zum Schutz des Patienten oder von Dritten eine Zwangsmassnahme zu ergreifen.



## Situationen

Bei urteilsunfähigen Personen können Zwangsmassnahmen dann unvermeidlich werden, wenn sich eine Gefährdung des Patientenwohls trotz intensiver Bemühungen nicht im Einvernehmen mit dem Patienten abwenden lässt. Bei urteilsfähigen Patienten sind medizinische Zwangsmassnahmen grundsätzlich nicht zulässig und können höchstens im Rahmen einer fürsorgerischen Unterbringung (FU), im strafrechtlichen Massnahmenvollzug oder auf Grundlage des Epidemien-gesetzes oder allenfalls aufgrund einer kantonalen gesetzlichen Grundlage<sup>5</sup> zur Anwendung kommen. Allerdings sind medizinische Eingriffe in die körperliche Integrität, insbesondere eine Therapie unter physischem Zwang bei urteilsfähigen Personen, in keinem Fall zulässig.



## Spezifikationen

Bei urteilsunfähigen Patienten können Zwangsbehandlungen auch gegen ihren Widerstand durchgeführt werden, wenn sich keine frühere ablehnende Willensäußerung eruieren lässt und eine legitimierte Vertretungsperson<sup>9</sup> die Zustimmung gegeben hat. Lässt sich eine ernsthafte Gefährdung anders nicht abwenden, kann die Zwangsbehandlung auch vor Einholung der Zustimmung begonnen werden. Bei der Behandlung psychischer Störungen im Rahmen einer FU<sup>10</sup> ist allerdings eine Zwangsbehandlung, gestützt auf Art. 434 bzw. 435 ZGB, unter bestimmten Bedingungen bei urteilsunfähigen Patienten<sup>11</sup> ohne Zustimmung einer Vertretungsperson möglich (vgl. Kap. 4.2.).

Medizinisch indizierte Massnahmen, für die aufgrund von Dringlichkeit (vgl. Kap. 2.5.) keine Informationen über den Willen des Patienten eingeholt werden können und die im besten Interesse des Patienten und ohne dessen verbalen oder nonverbalen Widerstand durchgeführt werden, gelten nicht als Zwangsbehandlung im Sinne dieser Richtlinie.



## Fürsorgerische Unterbringung, Rückbehalt und Qualitätsstandards

Eine FU ist zwar immer eine Zwangsmassnahme, erlaubt aber als solche noch keine medikamentöse Zwangsbehandlung der betroffenen Person. Der Patient darf nur gegen seinen Willen behandelt werden, wenn er urteilsunfähig ist, keine angemessene Massnahme vorliegt, die weniger einschneidend ist, und der Chefarzt die Behandlung schriftlich angeordnet hat (Art. 434 ZGB) oder wenn eine Notfallsituation vorliegt (vgl. Kap. 2.5.).

Um eine *Zurückbehaltung* (Art. 427 ZGB) handelt es sich, wenn eine Person, die an einer psychischen Störung leidet und freiwillig in eine Institution eingetreten ist, gegen ihren Willen zurückbehalten wird, weil das Risiko einer ernsthaften Selbstgefährdung oder Gefährdung Dritter besteht. Der Patient kann von der ärztlichen Leitung der Einrichtung für höchstens drei Tage zurückbehalten werden.<sup>12</sup>

Die Institution, in die eine Person im Rahmen einer FU eingewiesen wird, muss geeignet sein, die Behandlung des Patienten sicherzustellen (Art. 426 ZGB). Sie muss in der Lage sein, einen Betreuungs- bzw. Behandlungsplan zu erstellen und diesen umzusetzen. Die Behandlung kann auch darin bestehen, den Gesundheitszustand des Patienten mindestens so weit zu beeinflussen, dass eine weniger einschränkende Massnahme möglich wird (z. B. eine ambulante Behandlung).



Universität  
Zürich<sup>UZH</sup>

Institut für Biomedizinische Ethik und Medizingeschichte

## Fürsorgerische Unterbringung

- Die FU bezieht sich auf stationäre Einrichtungen (geschlossenen Einrichtungen, Krankenhäuser, Alters- und Pflegeeinrichtungen) oder auch die Wohnung eines oder einer Angehörigen
- Damit wird der Begriff der Einrichtung im Vergleich zu dem der Anstalt im geltenden Recht ausgeweitet
- Die FU ist **unabhängig** von der Urteilsfähigkeit der betroffenen Person anzuordnen, ausschlaggebend sind der Schwächezustand und die Schutzbedürftigkeit



Tages-Anzeiger

## Jeder vierte Patient ist nicht freiwillig in der Psychiatrie

Die Schweiz zählt bei Zwangseinweisungen zu den europäischen Spitzenreitern. Experten sagen, die Entwicklung sei auch eine Folge des Spardrucks.



Gegen das Recht auf Freiheit: Die am häufigsten angewandte Zwangsmassnahme in psychiatrischen Kliniken ist die Isolation. Foto: Steffen Schmidt / Keystone

Seit knapp zwei Jahren gelten in der Schweiz einheitliche Regeln, inwiefern psychisch kranke Menschen gegen ihren Willen in Kliniken mit Medikamenten behandelt, eingesperrt oder an Betten fixiert werden dürfen. Eine Studie des Vereins für Qualitätsentwicklung in Spitalern und Kliniken (ANQ) präsentiert nun erstmals Zahlen zu diesem Thema und zeigt, dass es grosse Unterschiede zwischen den psychiatrischen Kliniken gibt: In rund der Hälfte der 63 befragten Einrichtungen werden kaum Zwangsmassnahmen angewendet – bei 10 Kliniken gibt es hingegen signifikant mehr Behandlungen gegen den Willen der betroffenen Personen. Im Jahr 2013 war die am häufigsten angewandte Zwangsmassnahme die Isolation (2554

Von Simone Schmid  
Redaktorin Recherche  
@MadameSchmid 17.11.2014

### Stichworte

[Justiz](#)  
[Medizin](#)  
[Psychiatrie](#)

### Artikel zum Thema

#### In den Teppich gewickelt



Ein manisch-depressiver Mann wird gegen seinen Willen in einer psychiatrischen Klinik behandelt. Er wehrt sich vor Gericht und bekommt zum Erstaunen der Ärzte recht.

[Mehr...](#)  
Von Simone Schmid, 17.11.2014



## Werte und FU

### Fürsorgerische Unterbringung in der Schweiz: Hintergründe, Unterschiede, Strategien

Im Vergleich zu anderen Ländern ist die Rate an Fürsorgerischen Unterbringungen (FU) in der Schweiz hoch. Über die Kantons Grenzen hinweg scheinen patientenbezogene Risikofaktoren vergleichbar, dennoch zeigen sich deutliche kantonale Unterschiede in der Anordnung von FU. Dieser Artikel beschäftigt sich mit möglichen Hintergründen dieser Unterschiede, Strategien zur Reduktion von FU und der Wichtigkeit zur Auseinandersetzung mit der eigenen Haltung gegenüber Zwang.

Hotzy et al. 2020

<https://www.rosenfluh.ch/psychiatrie-neurologie-2020-03/fuersorgerische-unterbringung-in-der-schweiz-hintergruende-unterschiede-strategien>

#### Merkpunkte:

- Fürsorgerische Unterbringungen (FU) werden kantonal mit unterschiedlicher Häufigkeit angeordnet. Im internationalen Vergleich ist die FU-Rate in der Schweiz hoch.
- Für die Schweiz erhobene patientenbezogene und soziodemografische Risikofaktoren für FU sind vergleichbar mit anderen Ländern.
- Die Definition des Personenkreises, der zur Anordnung einer FU befugt ist, kann die FU-Rate mitbeeinflussen.
- Die Haltung von Professionellen gegenüber Zwang in der Psychiatrie wird stärker durch die Klinikkultur geprägt als jene der Patienten.
- Psychiatrische Patientenverfügungen bzw. Behandlungsvereinbarungen, Psychoedukation, Krisenpläne sowie ein offenes Stationsklima können zu einer Reduktion von FU und Zwangsmassnahmen beitragen.
- Die Auseinandersetzung mit der persönlichen Haltung gegenüber Zwang in der Psychiatrie scheint unabdingbar, um einerseits eine Diskussionskultur zu Präventionsstrategien zu fördern, andererseits diese Massnahmen im Kollegenkreis und insbesondere mit den betroffenen Patienten aufzuarbeiten.



## Was sind freiheitsbeschränkende Massnahmen (FbM)?

Massnahmen, die in die körperliche und geistige Integrität sowie in die Bewegungsfreiheit eingreifen

Sie können unterschieden werden in:

- bewegungseinschränkende Massnahmen (z.B. Bettgitter, Bauchgurt, Stecktisch)
- medikamentöse Massnahmen zum Zwecke der Freiheitseinschränkung (z.B. Sedativa, Neuroleptika)
- weitere Massnahmen der Überwachung und Kontrolle (z.B. Bewegungsmelder, Besuchs- oder Ausgehverbot)

KOKES 2012 (S. 273)



## Freiheitseinschränkende Massnahmen als Verletzung von Grundrechten (SAMW 2018)

### 2.1. Freiheitseinschränkende Massnahmen

Unter dem Begriff *Freiheitseinschränkung* werden Einschränkungen der Bewegungsfreiheit sowie anderer Grundrechte verstanden. In erster Linie werden freiheitseinschränkende Massnahmen eingesetzt, wenn eine Selbstgefährdung nicht anders verhindert werden kann, in selteneren Fällen kann auch die Abwendung einer Fremdgefährdung oder schweren Störung des Gemeinschaftslebens eine Rolle spielen. Eine Freiheitseinschränkung, die auf Wunsch der betroffenen Person durchgeführt wird oder als Behandlungsnebenfolge vorgängig besprochen und von ihr in Kauf genommen wird, gilt nicht als Zwangsmassnahme im Sinne dieser Richtlinie. Einschränkungen der persönlichen Freiheit, die von der betroffenen Person passiv geduldet oder gar nicht wahrgenommen werden, können eine Zwangsmassnahme sein, nämlich dann, wenn sie dem mutmasslichen Willen widersprechen.

Zwangsmassnahmen  
in der Medizin



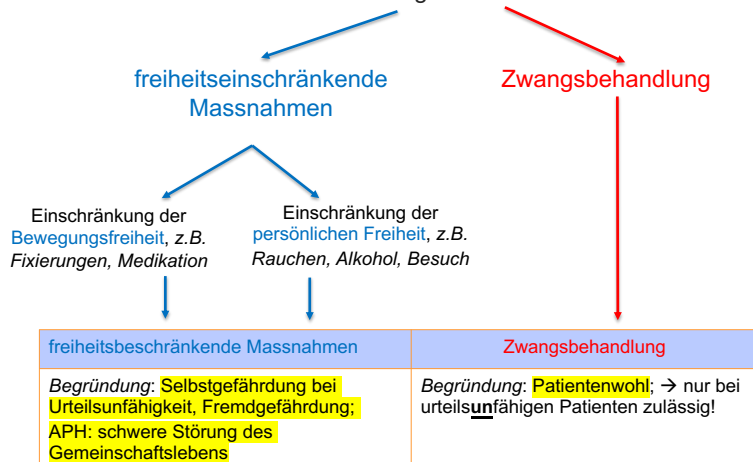
## Differenzierung von FEM

1. **mechanische freiheitseinschränkende Massnahmen** (z.B. Bettgitter, ZEWI-Decken)
2. **medikamentöse freiheitseinschränkende Massnahmen** (z.B. Benzodiazepine, Neuroleptika)
3. **Überwachungsmassnahmen** mit der freiheitseinschränkender Wirkung (z.B. Klingelmatten, GPS; Sitzwachen wenn sie dieses Ziel haben)
4. **weitere Massnahmen** (z.B. Sicherheitsdienst mit Befugnis A oder B vor Einleiten einer FU; Rauchverbot, Besuchsverbot, Verbot des Schriftverkehrs, etc.).



## Grundbegriffe (in Anlehnung an SAMW 2015)

### Zwangsmassnahmen





## Begründungen für FbM

### Risikogruppen:

- Pflegeheim: Menschen, die an Demenz erkrankt sind
- Vergleich Akutspital: Menschen, die an Demenz erkrankt sind, aber auch Sterbende, die eine intravenöse Leitung, Nasensonde, etc. haben (USA, 2015)

### Die Begründungen lauten:

- Sturzgefährdung (72,4%) wegen Gangunsicherheit
- Verhaltensauffälligkeiten, Unruhe, Wandern (82,8%)
- Sicherheit bei laufenden medizinischen Interventionen
- selten: Aggressivität, Suizidalität, Unruhe, Personalmangel  
Joanna Briggs Institute (2014), Kvale et al. 2015



## Kriterien für die Zulässigkeit von FbM

1. **Selbst- und/oder Selbstgefährdung, schwerwiegende Störung des Gemeinschaftslebens (CH: SME, APH)**
2. **Alternativlosigkeit der FbM**
  - **Ebene des Assessments: Subsidiarität**  
Alternativen zur FbM wurden ausgeschöpft und waren unwirksam (Bsp. Sichtkontakt zum weglaufgefährdeten Patienten vs. Klingelmatte / GPS)
  - **Ebene der Durchführung: Proportionalität**  
Die gewählte Massnahme ist der festgestellten angemessen ist (Bsp. Zimmerisolation bei zeitweisem herausforderndem Verhalten versus Aufenthalt der Person in eine „ruhigen“ *offenen* Bereich)
3. **Dokumentation**
  - Vorliegen der der Kriterien 1 und 2, Entscheidungsprozess, Verordnung und Durchführung, Wirkung, Anpassung, ggf. Aufhebung oder Eskalation
  - Information, resp. Einwilligung der Betroffenen (Vertreter), Rechtsmittelbelehrung



## Ethische Problemfelder

- Subsidiarität und Proportionalität der Massnahme berücksichtigt nur **personenspezifische Faktoren**
- Personen**un**spezifische Faktoren wie Wissensstand, Haltung, Ausbildungsgrad und Berufserfahrung spielen eine wichtige Rolle in der Bereitschaft, eine FbM anzuwenden.
- Ausnahme- versus Regelcharakter von FbM
- **Sicherheitsdenken bei gleichzeitig fehlender Entlastung** durch die Institution triggert den Teufelskreis zunehmender FbM.



## Ethische Perspektiven

- Alternativen zum Sicherheitsdenken:
  - Kultur gemeinsam geteilter Risiken (Risikoassessment als Teil des Shared Decision Making)
  - FbM keine „Sache der Pflege“, sondern ethische Verantwortung des gesamten Behandlungsteams
  - Gefässe der klinischen Ethik:
    - Identifikation vulnerabler Gruppen für FbM
    - Thematisierung in der Fort- und Weiterbildung
  - Organisationsethische Aspekte
    - Gesetzeskonforme FbM-Dokumentation
    - FbM-Monitoring und Reporting



### 3. Klinisch-ethische Entscheidungsfindung



<https://www.aesdes.org/wp-content/uploads/2016/03/theory-of-constraint.jpg>



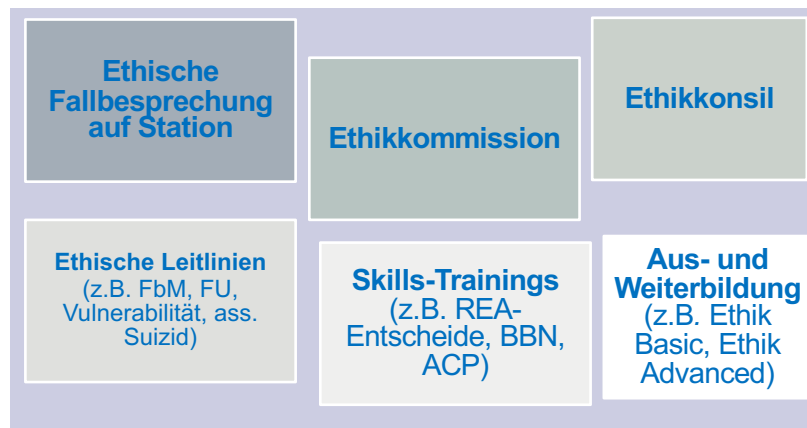
### Beispiel Klinische Ethik USZ

- **Kernteam Klinische Ethik seit 2006:**
  - aktuell 150% Leitung/2 Co Leitungen
  - 1 Doktorandin
  - Fallbearbeitung, Fort- und Weiterbildung, Lehre, Forschung, Vernetzung und Vertretung nach aussen
- **Klinisches Ethikkomitee**
  - seit 2008: aktuell 17 Mitglieder, primär organisationsethische Fragen, 6 Sitzungen/Jahr
- **Kindeschutzgruppe** 3 Sitzungen/Jahr
- **Ethikverantwortliche der Kliniken** 2 Sitzungen/Jahr
  - «Hub and Spokes Modell»





## Formen und Instrumente der Klinischen Ethik am USZ



## Fallbearbeitungen 2023

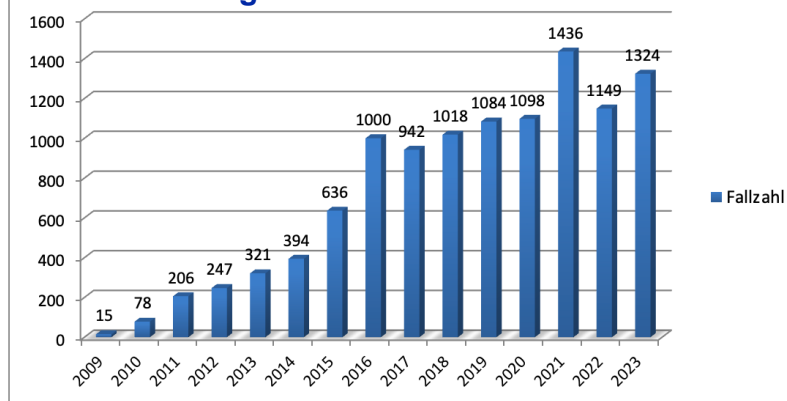


Diagramm 1: Fallzahlen der Klinischen Ethik bis 2023



## Lokalisation

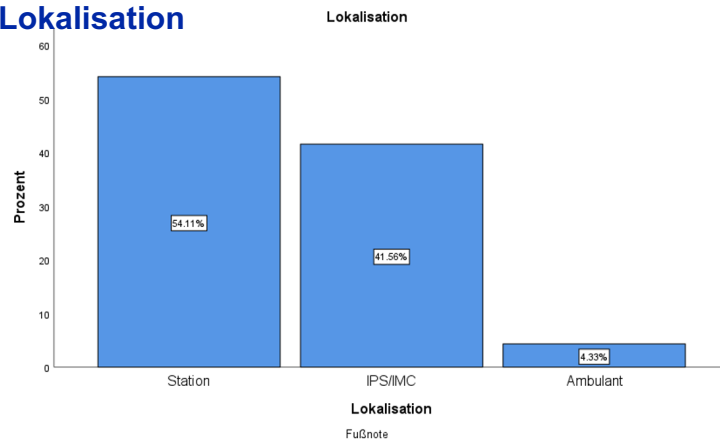
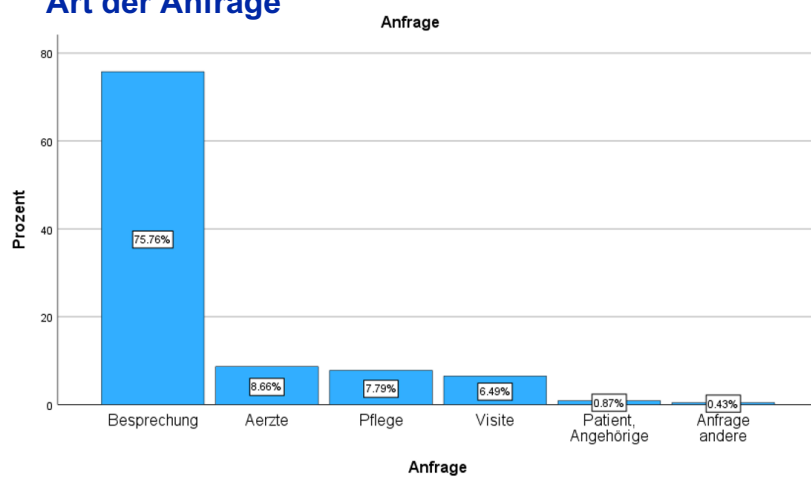
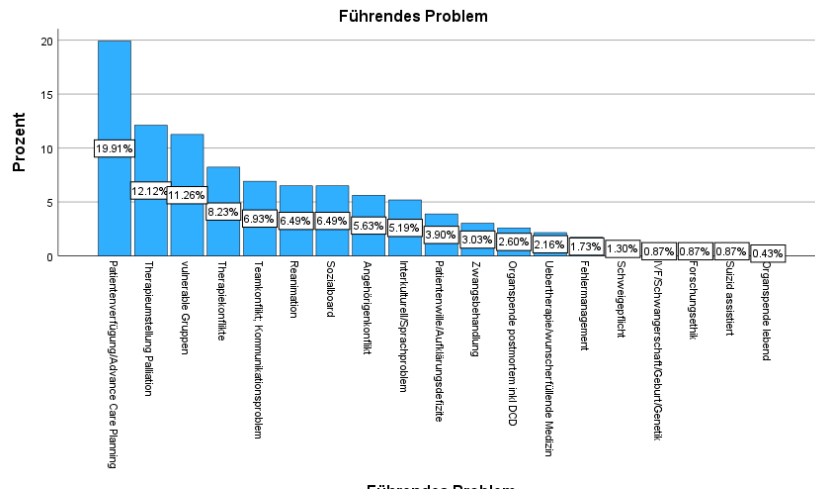


Diagramm 2 Anfragen nach Bereichen



## Art der Anfrage





## Die Perspektive der Institution

„Das Interaktionsmodell der Ethik in Organisationen des Gesundheitswesens zielt darauf ab, die Teilhabe der Gesundheitsberufe an der Fallbesprechung zu intensivieren und zugleich das Nachdenken über ethische Fragen auch zur Verantwortlichkeit der Leitungsebene werden zu lassen.“

Steinkamp, N., Gordijn, B. : Ethik in Klinik und Pflegeeinrichtung. Ein Arbeitsbuch. 3.A. 2010



Universität  
Zürich<sup>UZH</sup>

Institut für Biomedizinische Ethik und Medizingeschichte

## Die Njmwegener Methode: „Klinisch-ethisches Interaktionsmodell“

TOP

Leitbild – Identität der Organisation –  
Richtlinien – ethische Theorien



BOTTOM

Besprechung des Einzelfalls auf der Station  
(im Team und/ oder mit dem Bewohner)



Universität  
Zürich<sup>UZH</sup>

Institut für Biomedizinische Ethik und Medizingeschichte

## Das klinisch-ethische Interaktionsmodell

(Steinkamp/ Gordijn)



Klinisches Ethikkomitee



Weiterentwicklung  
der Richtlinien

Entwicklung ethischer  
Leitlinien



Anbindung an  
die Praxis



Moderatoren  
Fallbesprechung



Fallbesprechung auf Station





## „Lernende Organisation“: Die Nimwegener Methode (1)

1. Bestimmung des ethischen Problems
2. Analyse der Fakten
  - a. medizinische
  - b. pflegerische
  - c. weltanschauliche, soziale
  - d. organisatorischen
3. Bewertung und Entwicklung von Argumenten aus dem Blickwinkel ethischer Normen
  - a. Wohlbefinden des Patienten
  - b. Autonomie des Patienten
  - c. Verantwortlichkeit von Fachpersonen und Betreuenden

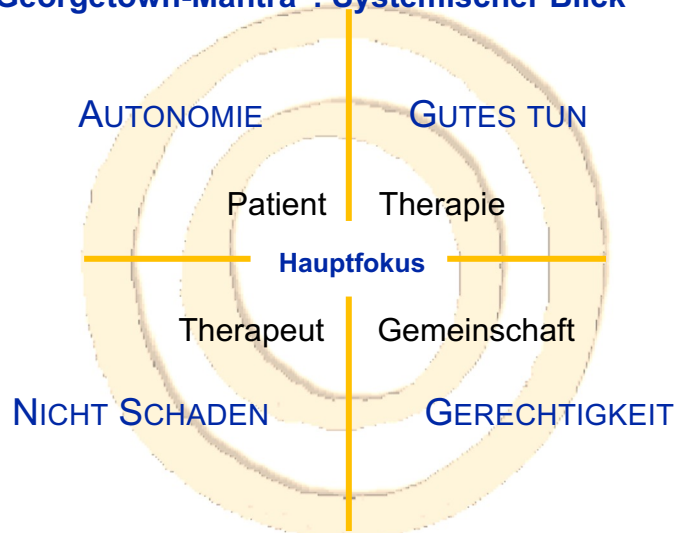


## „Lernende Organisation“: Die Nimwegener Methode (2)

4. Beschlussfassung, Zusammenfassung der Argumente
  - a. Neuformulierung des ethischen Problems
  - b. Klärung der noch offenen Fragen
  - c. Bestimmung von Grenzen und Prioritäten
5. Entscheidung und Auswertung
  - a. spezielle Situation: Urteilsunfähigkeit
  - b. spezielle Situation: Kinder
  - c. spezielle Situation: lange andauernde Behandlung



## „Georgetown-Mantra“: Systemischer Blick



## Welchen Dilemmas begegnen Sie im psychiatrischen Alltag?

Bsp.

- Autonomie – Nicht Schaden (Gutachten zur Urteilsfähigkeit bei Wunsch nach assistiertem Suizid)
- Autonomie – Gutes tun (Abklärung Zwangsbehandlung)
- Autonomie - Nicht Schaden (Fürsorgereische Unterbringung unter Widerstand des Patienten)
- Nicht Schaden – Gerechtigkeit (Zugang zu psychiatrischer Diagnostik und Therapie in der Akutsomatik)

**Wie könnte ein Interaktionsmodell in Ihrem Umfeld aussehen?**



**Universität  
Zürich<sup>VZH</sup>**

Institut für Biomedizinische Ethik und Medizingeschichte

## Übung in Kleingruppen



**Universität  
Zürich<sup>VZH</sup>**

Institut für Biomedizinische Ethik und Medizingeschichte

## Diskussion



**Universität  
Zürich<sup>UZH</sup>**

Institut für Biomedizinische Ethik und Medizingeschichte

**Danke!**