



**University of
Zurich**^{UZH}

**Zurich Open Repository and
Archive**

University of Zurich
University Library
Strickhofstrasse 39
CH-8057 Zurich
www.zora.uzh.ch

Year: 2021

**Kommentar I zum Fall: „Unter welchen Umständen darf man psychiatrische
Patient*innen zum Leben zwingen?“**

Trachsel, Manuel ; Westermair, Anna

DOI: <https://doi.org/10.1007/s00481-021-00616-3>

Posted at the Zurich Open Repository and Archive, University of Zurich

ZORA URL: <https://doi.org/10.5167/uzh-213211>

Journal Article

Accepted Version

Originally published at:

Trachsel, Manuel; Westermair, Anna (2021). Kommentar I zum Fall: „Unter welchen Umständen darf man psychiatrische Patient*innen zum Leben zwingen?“. *Ethik in der Medizin*, 33(1):121-123.

DOI: <https://doi.org/10.1007/s00481-021-00616-3>

Kommentar I zum Fall: „Unter welchen Umständen darf man psychiatrische Patient*innen zum Leben zwingen?“

Manuel Trachsel^{1,2}, Anna Westermair^{1,2}

¹ Institut für Biomedizinische Ethik und Medizingeschichte, Universität Zürich (UZH), Schweiz

² Abteilung Klinische Ethik, Universitätsspital Basel (USB) und Universitäre Psychiatrische Kliniken (UPK) Basel, Schweiz

Anschriften:

Korrespondierender Autor:

PD Dr. med. Dr. phil. Manuel Trachsel
Universität Zürich
Institut für Biomedizinische Ethik und Medizingeschichte
Winterthurerstrasse 30
CH-8006 Zürich
Schweiz
manuel.trachsel@uzh.ch

Dr. med. Anna Westermair
Universität Zürich
Institut für Biomedizinische Ethik und Medizingeschichte
Winterthurerstrasse 30
CH-8006 Zürich
Schweiz

Die mit viel Einfühlungsvermögen und präziser Beobachtungsgabe skizzierte psychiatrische Behandlung von Lea, einer 19-jährigen Frau mit einer vor fünf Jahren diagnostizierten Borderline-Persönlichkeitsstörung (BPS) und chronisch selbstschädigendem sowie suizidalem Verhalten, hat bei der Autorin die ethische Frage aufgeworfen, ob eine Person über längere Zeit mit invasiven Interventionen wie Überwachung, Isolierung oder mechanischer Fixierung am Leben erhalten werden darf oder gar soll, obwohl die Person ihr Leben „als schlimmer als den Tod empfindet“.

Menschen, die im Kontext einer psychischen Erkrankung akut eigen- oder fremdgefährdend sind, können die Konsequenzen ihres Verhaltens oft nur ungenügend einschätzen und/oder ihre Impulse nur schwer kontrollieren. Deshalb werden in der stationäre Akutpsychiatrie verschiedene Formen der Überwachung angewandt, wobei die Einzelbetreuung (auch 1:1-Betreuung) besonders intensiv ist. Daneben werden zum Schutz der PatientInnen manchmal auch bewegungseinschränkende Maßnahmen wie das Abschließen von Türen, Festhalten oder im äußersten Fall der mechanischen Fixierung angewandt. Im Fall einer Fixierung wurde eine gleichzeitige 1:1-Betreuung in Deutschland

2018 vom Bundesverfassungsgericht für obligatorisch erklärt (2 BvR 309/15); dies primär mit der Intention, PatientInnen vor schweren oder gar tödlichen Verletzungen durch die Fixierung zu bewahren.

Eine 1:1-Betreuung hat einerseits eine solche *Schutzfunktion*, indem sie PatientInnen vor Schaden beispielsweise infolge Selbstverletzungen bewahren soll. Andererseits hat die 1:1-Betreuung auch eine *Therapiefunktion*, da damit eine Betreuung durch besonders geschultes Personal erfolgt, das mit der Patientin in Beziehung treten soll. Dies ist umso wichtiger, als dass eine tragfähige Beziehung ein zentraler Wirkfaktor für eine erfolgreiche Behandlung ist. Der Fallbericht lässt jedoch vermuten, dass die Therapiefunktion der 1:1-Betreuung im Fall von Lea nur unzureichend erfüllt worden ist.

Gemäß der Prinzipienethik nach Beauchamp und Childress (2019) sind verschiedene ethische Prinzipien relevant: (1) Die Patientin vor Selbstverletzungen zu schützen, kann mit dem *ethischen Prinzip des Wohltuns* (Beneficence) im Sinne einer Schadensvermeidung gerechtfertigt werden.

Zudem wird damit auch der langfristigen Aussicht auf ein besseres Leben Rechnung getragen.

Mehrere lange Follow-up-Studien zeigten, dass die BPS bei über 90 % der PatientInnen phasenweise oder vollständig remittiert. Insbesondere bessert sich über die Zeit meistens selbstverletzendes und suizidales Verhalten (Biskin 2015). Da genau dieses Verhalten die 1:1-Betreuung rechtfertigt, ist also die Prognose bezüglich deren zukünftiger Notwendigkeit gut. Dabei ist einschränkend zu erwähnen, dass die epidemiologischen Daten die individuellen Aussichten der Patientin nur näherungsweise wiedergeben. Aufgrund der Krankheitsschwere ist bei Lea von einer geringeren Aussicht auf

Remission auszugehen. Da validierte Prognose-Instrumente für die BPS bislang fehlen, lässt sich dies allerdings nicht näher eingrenzen. (2) Eine unfreiwillige 1:1-Betreuung entspricht einer starken Einschränkung von Privatsphäre und Selbstbestimmung, was dem ethischen *Prinzip des Respekts vor der Autonomie* entgegensteht. Allerdings ist Lea wahrscheinlich krankheitsbedingt aufgrund fehlender Einwilligungsfähigkeit nicht in der Lage, diesbezüglich einen selbstbestimmten Willen zu bilden, was dieses Prinzip in den Hintergrund treten lässt. (3) Freiheitsbeschränkende Maßnahmen inklusive 1:1-

Betreuung können PatientInnen nicht nur kurzfristig belasten (z.B. durch Gefühle der Ohnmacht), sondern auch nachhaltig schädigen – beispielsweise durch eine Traumatisierung. Wäre eine zukünftige Besserung der BPS mit hoher Wahrscheinlichkeit auszuschließen, so könnte auch die angestrebte

Lebensverlängerung durch die 1:1-Betreuung als Schaden im Sinne der Verlängerung eines leidvollen Zustands angesehen werden. Beides widerspricht dem *ethischen Prinzip des Nichtschadens* (Nonmaleficence).

Diesen drei betroffenen Prinzipien kann im Fall von Lea nicht gleichzeitig entsprochen werden. Es ist folglich eine ethische Güterabwägung erforderlich, um zu entscheiden, wie stark die einzelnen Prinzipien gewichtet werden sollen.

Zweifellos gibt es PatientInnen, bei denen es ethisch gerechtfertigt ist, ihr Versterben an der psychischen Erkrankung nicht um jeden Preis zu verhindern. Hierzu gehören Personen mit jahrzehntelangen Krankheitsverläufen, bei denen verschiedene evidenzbasierte Behandlungsversuche keine Besserung gebracht haben und deswegen keine realistische Aussicht auf Besserung durch weitere Versuche mehr besteht. In diesen Fällen kann von *Futility* (dt. Aussichtslosigkeit) gesprochen werden (Levitt und Buchman 2020).

Ohne Aussicht auf Besserung der psychischen Störung und damit der Lebensqualität wäre eine 1:1-Betreuung eine rein lebensverlängernde und weder eine therapeutische Maßnahme noch eine Vorbereitung einer solchen. Statt einer solchen Verlängerung des Leidens könnte es ethisch gerechtfertigt sein, mit der betroffenen Person und allfälligen Stellvertretern gemeinsam eine Änderung des Behandlungsziels in Richtung einer möglichst hohen Lebensqualität in der Gegenwart zu beschließen. Beispielsweise könnte mit der Patientin erarbeitet werden, in welchen Situationen die 1:1-Betreuung für sie am belastendsten ist (z. B. bei der Körperpflege). Eine Reduktion der Betreuungsintensität in diesen Situationen könnte die Patientin entlasten und ihre Lebensqualität in der Gegenwart erhöhen, wenn auch zum Preis von möglichen Selbstverletzungen. Bei einem solchen palliativen Ansatz würde also das Risiko eines letalen Ausgangs akzeptiert, um eine iatrogene Verschlechterung der Lebensqualität zu vermeiden (z. B. Trachsel et al. 2019, für Überlegungen zu Palliative Care spezifisch bei BPS siehe Strand et al. 2020).

Im Fall von Lea scheint aktuell jedoch keine eindeutige Aussichtslosigkeit zu bestehen. Die noch nicht abgeschlossene Hirnentwicklung, die relativ wenigen Vorbehandlungen und der typischerweise positive Langzeitverlauf der BPS sprechen dafür, dass bei Lea die Aussicht auf ein Leben außerhalb der stationären Akutpsychiatrie mit einer höheren Lebensqualität besteht. Deswegen ist es

gerechtfertigt, die ethischen Prinzipien des Respekts vor der Autonomie und des Nichtschadens kurz- bis mittelfristig weniger hoch zu gewichten als das Prinzip des Wohltuns im Sinne der Schadensvermeidung. Dies würde bedeuten, die 1:1-Betreuung fortzuführen. Diese sollte neben ihrer Sicherungs- jedoch auch stärker ihrer Therapiefunktion gerecht werden, um Leas Aussichten auf Besserung zu maximieren.

Interessenkonflikt

M. Trachsel und A. Westermair geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Literatur

Beauchamp TL, Childress JF (2019) Principles of biomedical ethics. Oxford University Press, Oxford

Biskin RS (2015) The lifetime course of borderline personality disorder. *Can J Psychiatry* 60(7):303-308

Levitt S, Buchman DZ (2020) Applying futility in psychiatry: a concept whose time has come. *J Med Ethics*. Published Online First: 22 December 2020. <http://dx.doi.org/10.1136/medethics-2020-106654>

Strand M, Sjöstrand M, Lindblad A (2020) A palliative care approach in psychiatry: clinical implications. *BMC Med Ethics* 21(1):29

Trachsel M, Irwin SA, Biller-Andorno N, Hoff P, Riese F (2016) Palliative psychiatry for severe persistent mental illness as a new approach to psychiatry? Definition, scope, benefits, and risks. *BMC Psychiatry* 16:260