
Einwilligungsunfähige Patienten in der Psychiatrie

Hanfried Helmchen

Fraglos wird jeder gesund erscheinende Erwachsene als einwilligungsfähig angesehen. Ebenso fraglos wird auch jeder bewusstlose Patient als einwilligungsunfähig beurteilt. Und fast ebenso selbstverständlich, wie prima vista Einwilligungsfähigkeit auch bei körperlich Kranken, ja selbst Schwerkranken angenommen wird, wird sie bei psychisch Kranken als nicht gegeben unterstellt. Beschäftigt man sich jedoch näher mit einem körperlich Kranken, etwa einem Kranken mit akutem Herzinfarkt oder mit einer schmerzhaften Krebserkrankung im Terminalstadium, dann können schon Zweifel an dessen voller Einwilligungsfähigkeit aufkommen, während die Umsicht oder auch Leistungsfähigkeit oder auch nur der krankheitseinsichtige Wunsch auf Klinikaufnahme und Behandlung manches psychisch Kranken überraschen mögen – besonders denjenigen, der nicht weiß, dass nur eine Minderheit von psychisch Kranken nicht einwilligungsfähig ist – und dies meist auch nur partiell und nur vorübergehend.

Möglicherweise aus einem hinter solchem Erstaunen stehenden negativen Vorverständnis heraus beschäftigen sich Juristen mit der Frage, ob die konkludent erscheinende Einwilligung von psychiatrischen Patienten, die nicht zwangseingewiesen sind, in jedem Fall als selbstbestimmt anzusehen sei: „The problem of ‚non-protesting‘ patients arises when persons are confined in fact but not under the force of law. A person may succumb to a show of authority,

or may be unable to provide informed consent. In such cases, advocates argue, they should be treated as if they were under detention and safe-forded all appropriate procedural safe-guards“ (Gostin, 2004).

In eigenen Untersuchungen wurde in Übereinstimmung mit der internationalen Literatur gefunden, dass – bei jeweils ausgeprägten Krankheitsbildern – etwa zwei Drittel der Demenzkranken, die Hälfte der schizophrenen Kranken und ein Fünftel der Kranken mit affektiven Krankheiten nicht einwilligungsfähig für die Teilnahme an einer Forschungsuntersuchung waren (Vollmann et al., 2003).

Klar aufgeworfen wird die Frage nach der Einwilligungsfähigkeit üblicherweise aber erst dann, wenn ein Patient eine für ihn notwendige Behandlung ohne ersichtliche Gründe ablehnt – und der Psychiater zum Ausschluss einer zugrundeliegenden psychischen Krankheit und zur Beurteilung der Einwilligungsfähigkeit konsiliarisch gerufen wird. Allerdings gibt es kein klinisches Standardverfahren zur zuverlässigen Feststellung der Einwilligungsfähigkeit, obwohl die Zuverlässigkeit, mit der die Einwilligungsfähigkeit festgestellt wird, ethisch bedeutsam ist. Denn ihre unzutreffende Einschätzung könnte entweder zu einer ungültigen Einwilligung führen und damit die Entscheidungsverantwortung bei einem eigentlich nicht einwilligungsfähigen Patienten belassen oder aber einen einwilligungsfähigen Patienten diskriminieren. Ich muss deshalb zunächst etwas zur Feststellung der Einwilligungsfähigkeit sagen, bevor ich mich dem Umgang mit einwilligungsunfähigen Patienten in der Psychiatrie zuwende.

Das gegenwärtig übliche Verfahren besteht in einer groben, hauptsächlich auf dem Eindruck basierenden Schätzung. Bestenfalls wird der Patient danach gefragt, was er von der Information über seine Krankheit, über die Ziele, Durchführung, Erfolgsaussichten sowie mögliche Belastun-

gen und Risiken der empfohlenen diagnostischen oder therapeutischen Maßnahmen verstanden hat. Ein einwilligungsfähiger Patient sollte dann mit eigenen Worten wiedergeben können, was und wie es getan werden soll, warum es getan werden soll und was das für ihn selbst bedeutet.

Standardisierte Tests, wie beispielsweise die – in unserer erwähnten Untersuchung angewandte – McArthur Test Battery (Appelbaum et al. 1995; Grisso et al. 1995), sind kaum bekannt und werden praktisch nicht angewandt, da sie sehr zeitaufwändig sind und ihre Spezifität unzureichend ist (Vollmann et al. 2003; Vollmann et al. 2004).

Auf diese Weise wird deutlich, ob ein Patient einen bestimmten Sachverhalt verstanden hat und dessen Bedeutung für sich auch beurteilen kann, aber auch zur gleichen Zeit möglicherweise einen weiteren, aber vielleicht komplizierteren oder seiner Erfahrungswelt ferner liegenden Sachverhalt nicht verstehen und bewerten kann. Somit ist die Einwilligungsfähigkeit nicht global, sondern nur relational, d. h. nur in Bezug zu bestimmten Sachverhalten, festzustellen. Sie ist auch nur für den aktuellen Zeitpunkt zu bestimmen, denn sie kann im Laufe der Zeit schwanken, sie ist keine unveränderliche Eigenschaft des Menschen. Wenn allerdings von nachweislich aufgeklärten chirurgischen Patienten schon nach wenigen Wochen viele sich nicht mehr an die Tatsache eines Aufklärungsgespräches, geschweige denn an dessen Inhalt erinnern können, dann ist dies kein Beleg für die unzureichende Aufklärbarkeit und damit auch die Einwilligungsunfähigkeit von Patienten. Denn es geht nicht um die Erinnerungsfähigkeit, sondern um die Einwilligungsfähigkeit hier und jetzt. Nebenbei bemerkt hängt das Verständnis des Patienten auch von den sprachlichen und empathischen Fähigkeiten des aufklärenden Arztes ab und neue Arbeiten belegen, dass sich die Einwilligungsfähigkeit, z. B. von schizophrenen Kranken,

durch entsprechendes Training verbessern lässt (Carpenter et al. 2000).

Wenn weiterhin auch bei psychisch Kranken zunächst einmal Einwilligungsfähigkeit unterstellt werden soll, dann müssen die Bedingungen näher benannt werden, unter denen die Einwilligungsfähigkeit geprüft werden soll. So sollte sie nicht nur bei unbegründet erscheinender Ablehnung einer erforderlichen, vielleicht sogar lebensrettenden Maßnahme, z. B. der Amputation eines gängrösen Gliedes, geprüft werden, sondern auch – und dies umso eher und sorgfältiger –, je höher das Risiko und je geringer der Nutzen der durchzuführenden Intervention ist.

Wenn dann anhand der genannten Kriterien die Einwilligungsfähigkeit geprüft und für die in Frage stehende Intervention als nicht gegeben angesehen werden muss, dann ist weiterhin zu fragen, wie die fehlende Einwilligungsfähigkeit ersetzt werden kann. Bei zwingendem Handlungsbedarf, wenn etwa zur Abwehr von Gefahren für den Kranken selbst oder Andere eine Klinikeinweisung oder Behandlung gegen den Willen des nicht einwilligungsfähigen Patienten erforderlich ist, muss – wie das Gesetz es vorschreibt – eine Betreuung durch den zuständigen Vormundschaftsrichter eingerichtet werden und der Betreuer dann nach entsprechender Aufklärung eine Entscheidung zum Wohl des ihm anvertrauten Kranken treffen. Dies gilt vorrangig auch für eine Vertrauensperson des Kranken, die er als zu einem früheren Zeitpunkt noch einwilligungsfähiger zur Wahrnehmung seiner gesundheitlichen Interessen bevollmächtigt hat („Vorsorgevollmacht“).

Sofern es um Entscheidungen nicht nur zur unmittelbaren Gefahrenabwehr, sondern auch um ärztlich indizierte Interventionen zum Wohl des Patienten geht, wird ein entsprechend aufgeklärter Betreuer oder Bevollmächtigter des Patienten in der Regel darein einwilligen. Tieferegreifende Erwägungen sind jedoch bei lebenswichtigen Entscheidun-

gen notwendig, z. B. dem Verzicht auf die kausale Behandlung einer interkurrenten Pneumonie oder dem Abbruch einer künstlichen Ernährung bei einem höchstwahrscheinlich irreversibel einwilligungsunfähigen Demenzkranken, bei dem der vom Patienten vorausverfügte Verzicht oder Abbruch gegen einen aktuell erkennbaren „natürlichen“ Lebenswillen oder gegen Garantenpflicht und Gewissensüberzeugungen des Arztes oder der Pflegepersonen steht (Helmchen et al. 2006; Lauter et al., im Druck).

Besonders problematisch schließlich ist die Einbeziehung einwilligungsunfähiger Patienten in Forschungsuntersuchungen. Dies will ich am Beispiel der sogenannten nichttherapeutischen und umstrittenen Forschung mit nicht mehr einwilligungsfähigen Demenzkranken erläutern. Das ethische Grundproblem dabei besteht darin, dass die Krankheit gerade die Einwilligungsfähigkeit als Voraussetzung für eine gültige Einwilligung in patientenbezogene Forschung, besonders zu Ursachen der Einwilligungsunfähigkeit, zerstört. Forschungsbedarf ergibt sich daraus, dass die Ursachen altersassoziierter Demenzen, vor allem solcher vom Alzheimer-Typ, noch ungeklärt sind und damit auch eine kausale Therapie noch nicht zur Verfügung steht, obwohl die Demenzen mit über einer Million in Deutschland häufig sind und wegen des demographischen Wandels weiter zunehmen werden und somit ursächlich wirksame Behandlungsverfahren sehr wünschenswert sind. Vor allem Forschung mit einwilligungsunfähigen Demenzkranken, von der diese nur einen fragwürdigen oder keinen individuellen Nutzen erwarten können, bleibt ein schwieriges und kontroverses Problem. Das zeigt sich auch darin, dass solche Forschung in einigen Ländern wie Frankreich oder England rechtlich zulässig ist, in anderen Ländern – nicht zuletzt aus historischen Gründen – wie Deutschland aber fragwürdig oder unzulässig ist (Helmchen, 2000).

Eine weltweit 30 Länder vergleichende Analyse recht-

licher Vorschriften zeigte, dass die Diskussion dieses Problems in vielen Ländern noch nicht zu umfassenden Klärungen für rechtliche Maßnahmen geführt hat und normative Standardisierungen sich höchstens auf der Ebene von Leitlinien bewegen (Helmchen 2002). Eine zentrale Kontroverse ist die zwischen einer deontologischen Position, nach der das Recht auf Selbstbestimmung in gesundheitlichen Angelegenheiten ein höchstpersönliches ist, das nicht an andere delegiert werden kann, und einer eher konsequentialistischen Position, nach der Forschung mit einwilligungsunfähigen Kranken als ethisch akzeptabel angesehen wird, allerdings nur, wenn ein erheblicher Nutzen für den in das Forschungsprojekt einbezogenen „Probanden“/Patienten oder für die Behandlung der zur Einwilligungsunfähigkeit führenden Krankheit erwartet werden kann und wenn definierte Schutzmaßnahmen angewandt werden (Helmchen 2002). Dementsprechend hat die Zentrale Ethikkommission bei der Bundesärztekammer 1997 zum „Schutz nicht einwilligungsfähiger Personen in der medizinischen Forschung“ Stellung genommen und folgende Schutzkriterien definiert (Zentrale Ethikkommission 1997):

Das Forschungsprojekt ist nur dann zu rechtfertigen, wenn

1. es nicht auch mit einwilligungsfähigen Patienten durchgeführt werden kann (Subsidiarität),
2. es wesentliche neue Erkenntnisse (zu Erkennung, Ursachen, Vermeidung und Behandlung der Krankheit) erwarten lässt,
3. es im Verhältnis zum erwarteten Nutzen vertretbare Risiken erwarten lässt (relative Schwelle),
4. der gesetzliche Vertreter des Patienten nach Aufklärung (unter der Voraussetzung ausreichender Kenntnis der Persönlichkeit des Patienten zu dessen mutmaßlicher Teilnahmebereitschaft) wirksam eingewilligt hat,

5. ein ablehnendes Verhalten des Patienten nicht vorliegt und
6. die zuständige Ethikkommission das Forschungsvorhaben zustimmend beurteilt hat (und – wie ich hinzufügen möchte – ihr positives Votum begründet).

Das ethische Problem der Forschung mit einwilligungsunfähigen Demenzkranken ist seit der heftigen öffentlichen Debatte Mitte der 90er Jahre zu Artikel 17.2 des Menschenrechtsübereinkommens zur Biomedizin des Europarates, der damals sogenannten Bioethik-Konvention, ungelöst. Zwar hat die Diskussion sowohl manche Klärung als auch eine Sensibilität für die hohe Schwelle solcher Forschung gebracht (Helmchen, im Druck). Aber unterschiedliche Positionen bestehen nach wie vor im Hinblick auf ethische und rechtliche Fragen ebenso wie auch entsprechend historische, regionale und kulturelle Traditionen. Deshalb diskutiert die Enquetekommission Ethik und Recht in der Medizin des Deutschen Bundestages derzeit erneut die Frage der Forschung mit einwilligungsunfähigen Personen (Helmchen 2003).

Literatur

- Appelbaum, P. S. / Grisso, T. (1995): The MacArthur Treatment Competence Study. I Mental Illness and Competence to Consent to Treatment. Law and Human Behavior 19 (2): 105–126.*
- Carpenter, W. T. / Gold, J. M. / Lahti, A. C. / Queern, C. A. / Conley, R. R. / Bartko, J.J. / Kovnick, J. / Appelbaum, P.S. (2000): Decisional capacity for informed consent in schizophrenia research. Arch Gen Psychiatr 57 (6): 533–538.*
- Gostin, L.O. (2004): International human rights law and mental disability. Hastings Cent Rep 34: 11–12.*
- Grisso, T. / Appelbaum, P. S. (1995): The MacArthur Treatment Competence Study. III Abilities of Patients to Consent to Psychiatric and Medical Treatments. Law and Human Behavior 19 (2): 149.*

- Helmchen, H. (2000):* Research Involving Incompetent Patients. A Current Problem in the Light of German History. In: Ethics, Culture and Psychiatry (Okasha, A., Arboleda-Flórez, J., Sartorius, N., eds.), pp 147–166. Washington: American Psychiatric Association.
- Helmchen, H. (2002):* Biomedizinische Forschung mit einwilligungsunfähigen Erwachsenen. In: Das Menschenrechtsübereinkommen zur Biomedizin des Europarates – taugliches Vorbild für eine weltweit geltende Regelung? (Taupitz, J., ed), pp 83–115. Berlin – Heidelberg – New York: Springer.
- Helmchen, H. (2003):* Forschung an Nichteinwilligungsfähigen. www.bundestag.de/gremien15/kommissionen/ethik_med/anhoeerungen1/03_09_22_forschung_ni_fae/index.html.
- Helmchen, H. (2005):* The problem of informed consent in dementia research (Helmchen, H. [1990]. Med Law 9: 1206–1213): the development up to 2005. Med Law (im Druck).
- Helmchen, H. / Kanowski, S. / Lauter, H. / Neumann, E. M. (2006):* Ethik in der Altersmedizin. In: Tesch-Römer, C. / Wahl, H. W. / Weyerer, S. / Zank, S. (Hrsg.): „Grundriss Gerontologie“. Stuttgart: Kohlhammer.
- Lauter, H. / Helmchen, H. (2005):* Vorausverfügter Behandlungsverzicht bei Einwilligungsunfähigkeit infolge persistierender Hirnkrankheit. Versuch einer psychiatrischen Stellungnahme. Nervenarzt (im Druck).
- Vollmann, J. / Bauer, A. / Danker-Hopfe, A. / Helmchen, H. (2003):* Competence of Mentally Ill Patients: A Comparative Empirical Study. Psychol Med 33: 1463–1471.
- Vollmann, J. / Kühl, K. P. / Tilmann, A. / Hartung, H. D. / Helmchen, H. (2004):* Einwilligungsfähigkeit und neuropsychologische Einschränkungen bei dementen Patienten. Nervenarzt 75: 29–35.
- Zentrale Ethikkommission bei der Bundesärztekammer (1997): Stellungnahme „Zum Schutz nicht einwilligungsfähiger Personen in der medizinischen Forschung“. Deutsches Ärzteblatt 94: B811–B812.