

# Praxisleitfaden

für einen ethisch begründeten Umgang  
mit psychiatrischen Krisensituationen  
im Altenpflegeheim

Stand: Februar 2022

## Impressum

### Herausgeber

Frankfurter Ethiknetzwerk e.V. – Ethik in stationären Altenpflege- und Behinderteneinrichtungen

### Autorinnen

Susanne Filbert, M.A.

Dr. Barbara Wolf-Braun

Dr. Gwendolin Wanderer

### Beteiligte Expertinnen und Experten

Prof. Dr. Johannes Pantel, Leiter des Arbeitsbereichs Altersmedizin, Institut für Allgemeinmedizin der Goethe-Universität Frankfurt a.M.

Detlef Buchstab, Richter im Amtsgericht Frankfurt a.M.

Dr. Barbara Bornheimer, stellvertretende Ärztliche Direktorin der Vitos-Klinik Bamberger Hof

**Unter Mitarbeit der Mitglieder des Ethikkomitees Netzwerk (EKII)**

## Inhaltsverzeichnis

1.	<b>Einführung</b>	<b>S. 04</b>
2.	<b>Definitionen</b>	<b>S. 05</b>
3.	<b>Notfallsituationen – Handlungsempfehlungen und rechtliche Aspekte</b>	<b>S. 06</b>
	<b>3.1 Fremdgefährdung</b>	<b>S. 06</b>
	<b>3.2 Selbstgefährdung</b>	<b>S. 08</b>
	3.2.1 <i>Suizidalität</i>	<i>S. 08</i>
	3.2.2 <i>Weitere Situationen der Selbstgefährdung</i>	<i>S. 10</i>
4.	<b>Nachbesprechung als Maßnahme der Aufarbeitung und Prävention</b>	<b>S. 12</b>
5.	<b>Erarbeitung eines Konzepts / Anpassung des Konzepts der Einrichtung zum Umgang mit psychisch kranken Bewohnern</b>	<b>S. 13</b>
	<b>Kurzfassung der Handreichung</b>	<b>S. 14</b>
	<b>Literatur</b>	<b>S. 17</b>
	<b>Anhang</b>	<b>S. 17</b>
	<i>Auszüge aus den Gesetzestexten des PsychKHG und des Betreuungsgesetzes (BGB)</i>	<i>S. 17</i>
	<i>Institutsambulanzen der zuständigen Sektor-Klinik</i>	<i>S. 19</i>
	<i>Weitere hilfreiche Materialien</i>	<i>S. 19</i>
	<i>Fortbildungen zum Themenbereich des Praxisleitfadens/Kontakt</i>	<i>S. 19</i>

# Praxisleitfaden für einen ethisch begründeten Umgang mit psychiatrischen Krisensituationen im Altenpflegeheim

## 1. Einführung

Die Zahl der Bewohnerinnen und Bewohner<sup>1</sup> in Altenpflegeeinrichtungen mit psychiatrischen Erkrankungen nimmt seit vielen Jahren zu. Das sind zum einen Heimbewohnerinnen und Heimbewohner mit neurologischen oder gerontopsychiatrischen Krankheitsbildern, immer häufiger sind es aber auch jüngere Menschen, teilweise mit Suchterkrankungen und/oder krankheitsbedingtem Verlust der Fähigkeit zur Selbstversorgung.

Diesen Menschen können weder die klassischen Altenheimkonzepte gerecht werden, noch sind die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Einrichtungen für die Pflege und Betreuung dieser Bewohnergruppe mit ihren eigenen Bedürfnissen und Problemlagen fachgerecht ausgebildet. Erschwerend kommt ein chronischer Mangel an Ressourcen, insbesondere an qualifiziertem Fachpersonal hinzu, der häufig zu einer zeitlichen und professionellen Überforderung der Mitarbeitenden führt.

Dieser Praxisleitfaden soll daher einerseits eine Problemanzeige sein, dass strukturelle Defizite offensichtlich sind. **Gleichzeitig soll sie eine Orientierungshilfe leisten und Empfehlungen geben, wie man in bestimmten krisenhaften Situationen zu einer ethisch begründeten Handlungsentscheidung kommt. Das Recht der Betroffenen auf Selbstbestimmung und eine menschenwürdige Behandlung, wie das Gebot einer professionellen Sorge für das Wohl und die Sicherheit der Betroffenen, der anderen Bewohnerinnen und Bewohner sowie der Mitarbeitenden sind dabei zu berücksichtigen.** Nicht verstanden werden soll der Leitfaden als konkrete Handlungsanweisung, da es aufgrund der Vielschichtigkeit der Situationen keine Automatismen geben kann.

Der Grund für das Frankfurter Ethiknetzwerk diesen Leitfaden zu erarbeiten, war die Zunahme von Anfragen an das Ethikkomitee-Altenpflege und den NAEHE-Gesprächskreis nach den rechtlichen Rahmenbedingungen und den ethischen Handlungsbegründungen in den genannten Situationen. Der Leitfaden richtet sich daher primär an die Mitarbeitenden der Frankfurter Altenpflegeeinrichtungen.

Der richtige Umgang mit einer krisenhaften Problemlage setzt voraus, dass die Gefahr, die von einer solchen Situation ausgeht, angemessen eingeschätzt wird. Dabei gilt es, die verschiedenen Perspektiven der involvierten Personen zu beachten und zu berücksichtigen, dass jede Krisensituation eine Vorgeschichte hat. Diese ist den Mitarbeitenden in der konkreten Situation oftmals nicht bekannt. Im Anschluss sollte die Situation im Sinne der Fürsorge für alle Beteiligten gründlich aufgearbeitet werden.

<sup>1</sup> Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird im folgenden Text überwiegend das generische Maskulinum verwendet. Sämtliche Personenbezeichnungen gelten gleichermaßen für alle Geschlechter.

Wichtig sind die innere Haltung der handelnden Personen und die Beziehungsaufnahme mit der/dem Betroffenen, mit dem Ziel einer Deeskalation. Zwangsmaßnahmen wie eine vorübergehende Unterbringung in der Psychiatrie stellen häufig nur eine kurzfristige Verschiebung des Problems dar. Sie können zudem von Betroffenen als beängstigend, traumatisierend und entwürdigend erlebt werden und auch rückwirkend wiegt aus Sicht der Betroffenen der mögliche Nutzen den verursachten seelischen Schaden gegebenenfalls nicht auf [1]. **Eine Überstellung in die Psychiatrie (möglichst eine gerontopsychiatrische Abteilung) sollte daher nur ein letztes Mittel sein. Es ist ein ethisches Gebot, frühzeitig geeignete Präventionsmaßnahmen zu ergreifen und professionelle Deeskalationsstrategien für konfliktreiche Situationen im Umgang mit herausforderndem Verhalten zu entwickeln, um den Einsatz von Zwangsmaßnahmen möglichst zu verhindern.**

Um weiteren Eskalationen präventiv zu begegnen, aber auch um das Vertrauen zwischen den betroffenen Bewohnern (gegebenenfalls auch Angehörigen) und den Mitarbeitenden nicht zu beschädigen, ist eine Nachbearbeitung der Situation in jedem Fall von besonderer Bedeutung. Diese kann im Sinne einer angemessenen Versorgung unter anderem darin bestehen, psychiatrische Expertise hinzuzuziehen.

Der Praxisleitfaden wurde von einer Arbeitsgruppe des Ethiknetzwerk Frankfurter e.V. entwickelt. Er orientiert sich an den gesetzlichen Regelungen im Betreuungsrecht und der landesrechtlichen Regelung in Hessen sowie an der Stellungnahme des Deutschen Ethikrats „Hilfe durch Zwang? Professionelle Sorgebeziehungen im Spannungsfeld von Wohl und Selbstbestimmung“. Die hieraus abgeleiteten Empfehlungen wurden mit den Mitgliedern eines Ethikkomitees von Frankfurter Einrichtungen der stationären Altenpflege diskutiert.

## 2. Definitionen

**Deeskalation:** Maßnahmen, welche die Entstehung oder Steigerung von Aggressionen und Gewalt verhindern können.

**Freiheitsbeschränkung:** Das Hindern einer Person, einen Ort aufzusuchen oder sich dort aufzuhalten, der ihm/ihr tatsächlich und rechtlich zugänglich ist. [1]

**Freiheitsentzug:** Schwerste Form der Freiheitsbeschränkung. Die körperliche Bewegungsfreiheit ist nach jeder Richtung aufgehoben (Bsp. Fixierung, Anbringen von Bettseitenteilen, medikamentöse Sedierung etc.) [1]

**Fremdgefährdung:** Erhebliche Gefahr, andere zu schädigen oder deren Interessen fundamental zu verletzen.

**Krise:** Zeitlich befristetes Ereignis, das aus einer akuten Überforderung eines gewohnten Verhaltens- und Bewältigungssystems durch belastende äußere oder innere Auslöser resultiert. [2]

**Notfall:** Situation, in der erhebliche Gefahr einer Selbst- oder Fremdgefährdung besteht und zu deren Abwendung akut Handlungsbedarf besteht.

**Selbstgefährdung:** Erhebliche, von einer Person selbst ausgehende Gefahr für deren eigenes Leben oder deren Gesundheit.

**Zwangmaßnahmen:** Maßnahmen, die den direkten oder indirekt geäußerten Willen der adressierten Person überwinden. Dazu gehören sowohl freiheitsentziehende bzw. freiheitsbeschränkende Maßnahmen als auch Maßnahmen zur medizinischen Behandlung und pflegerischen Versorgung gegen den Willen des Betroffenen. [3]

### 3. Notfallsituationen – Handlungsempfehlungen und rechtliche Aspekte

#### 3.1 Fremdgefährdung

##### Beispielsituation 1:

Ein Heimbewohner mit diagnostizierter paranoider Schizophrenie randaliert im Eingangsbereich der stationären Altenpflegeeinrichtung. Er wirft mit Stühlen um sich und schreit.

##### I. Deeskalation [4] [5]

###### Frage:

Was tue ich, um die Situation zu deeskalieren und dem Bewohner zu helfen, aus der angespannten Situation herauszukommen?

###### Antwort:

1. **Greifen Sie möglichst früh ein**, um eine weitere Eskalation zu verhindern.
2. Nehmen Sie **unbeteiligte Personen** (andere Bewohner, Angehörige etc.) **aus der Situation heraus** bzw. bitten Sie diese, den Raum zu verlassen.
3. Achten Sie auf ihre **eigene Sicherheit**, halten Sie Fluchtmöglichkeiten offen und entfernen Sie gefährliche Gegenstände.
4. Holen Sie **andere Personen zur Unterstützung**, die den Betroffenen (besser) kennen und möglicherweise gut mit ihm umgehen können.
5. **Bleiben Sie ruhig** und lassen Sie sich nicht in den Konflikt hineinziehen, um die Eskalation nicht zu verstärken.
6. Sprechen Sie den Betroffenen **mit ruhiger Stimme** und möglichst **persönlich** (mit seinem Namen) an.
7. **Vermeiden Sie eine bedrohliche Körperhaltung und dominantes Auftreten**, da ein Machtkampf die Aggressionshandlung verschärfen könnte.
8. Machen Sie deutlich, dass Sie die **Person ernst nehmen**, z. B. „Sie sind ja wirklich sehr aufgeregt heute, können Sie mir sagen, warum?“.
9. Formulieren Sie **eindeutige Aussagen**, z. B.: „Herr Maier, hören Sie bitte sofort auf damit!“  
**Vermeiden Sie dabei, anzuklagen, zu belehren oder zu beschimpfen.**

10. Versuchen Sie durch einfache Fragen den **Auslöser des Konflikts** zu **finden**, z. B.:  
„Was macht Sie so wütend?“ „Was ist denn passiert?“.
11. **Bieten Sie Lösungen** (z.B.: Kompromisse oder Alternativen) an!

## II. Weitere Handlungsoptionen

### Frage:

Was tue ich, wenn sich die Situation nicht deeskalieren lässt?

### Antwort:

- Es ist die akute Gefahrenabwehrstelle des Ordnungsamtes (**Tel.: 069-212-48686**)  
Geschäftszeiten: Mo-Mi: 07-15:30 Uhr; Do: 07-15 Uhr; Fr: 07-14.30 Uhr zu rufen.<sup>2</sup>
- Außerhalb der Geschäftszeiten ist unverzüglich die **Polizei (Tel.: 110)** zu rufen.
- **Nur** in Fällen, in denen sich eine **erhebliche Gefährdung** anderer Personen nicht abwenden lässt, können weitere Maßnahmen (Bsp. Festhalten der Person) geboten sein. Dies jedoch nur unter der Voraussetzung, dass man sich hierdurch nicht selbst in erhebliche Gefahr bringt, beziehungsweise dass man nicht auf sich alleine gestellt ist.
- Freiheitsentziehende Maßnahmen (Einschließen, Fixieren) sind immer genehmigungspflichtig. *Nach einer Entscheidung des BVerfG<sup>3</sup> ist davon auszugehen, dass dies bei 5- und 7-Punkt Fixierungen in der geschlossenen Psychiatrie erfolgen muss, wenn absehbar ist, dass die Maßnahme länger als 30 Minuten andauern wird. Inwieweit diese Rechtsprechung auf andere Bereiche und andere Arten der freiheitsentziehenden Maßnahmen übertragbar ist, ist im Einzelnen strittig.*
- Bei Bewohnern für die eine Betreuung eingerichtet ist, ist zusätzlich der **Betreuer/die Betreuerin** (bzw. **Bevollmächtigte**) zu informieren.

## III. Ethische Begründungen

### Frage:

Warum ist bei Fremdgefährdung einzugreifen und warum sollte die Entscheidung, einen Bewohner gegen dessen Willen in die Psychiatrie zu überstellen, wohlüberlegt sein?

### Antwort:

Einerseits gebietet das Prinzip der Fürsorge, den Betroffenen aber auch Mitbewohner und Beschäftigte zunächst in ihrer körperlichen Integrität zu schützen. Andererseits verpflichtet das Nicht-Schadens-Prinzip auch die belastenden (seelischen wie körperlichen) Folgen intervenierender Handlungen zu beachten.

<sup>2</sup> Geschäftszeiten können sich ändern. Wir bitten dies gegebenenfalls anzupassen.

<sup>3</sup> BVerfG Urteil vom 24 Juli 2018, 2 BvR 309/15 und 2 BvR 502/16.

Die Überwindung des Willens einer anderen Person ist immer brisant, da die Wahrung der Menschenwürde grundsätzlich auch eine Beachtung des Willens einer Person beinhaltet. Es bedarf dafür immer einer plausiblen Rechtfertigung. Dies umfasst auch den nicht-autonomen Willen.<sup>4</sup> Wenn aber die Integrität Anderer massiv in Gefahr gerät, sind einschränkende Maßnahmen gerechtfertigt. Aufgrund der Brisanz willenseinschränkender Maßnahmen ist ihre Verhältnismäßigkeit zu prüfen.

Es besteht eine ethische Pflicht, eskalierende Situationen im Vorfeld zu erkennen und zu vermeiden. Krisensituationen haben oftmals eine Vorgeschichte, die es zu beachten gilt. Die Berücksichtigung der subjektiven wie auch objektiven Situation des Bewohners ist bedeutsam, um mit Leiden verbundene Krisensituationen möglichst zu verhindern. Sinnvoll ist eine Einweisung in die Psychiatrie, wenn nur dort eine adäquate psychiatrisch und psychotherapeutische Versorgung gewährleistet werden kann.

#### IV. Unterbringung bei Fremdgefährdung - Rechtliche Aspekte:

##### Frage:

Wann kann ein Altenheimbewohner auch gegen seinen Willen in einer psychiatrischen Einrichtung untergebracht werden?

##### Antwort:

Über die vorläufige Unterbringung entscheidet bei Eilfällen bei Gefahr im Verzug nach Zuführung der betroffenen Person in die Klinik zunächst der bestellte Psychiater, der dann unverzüglich eine einstweilige Anordnung beim Gericht zu beantragen hat.

#### Rechtliche Regelung zur Unterbringung bei Fremdgefährdung – Unterbringung nach PsychKHG

Die Zuführung in die Klinik bei Freiheitsentziehungen nach der landesrechtlichen Regelung in Hessen (Gesetz zur Regelung des Rechts der Hilfen und Unterbringung bei psychischen Krankheiten, „PsychKHG“) erfolgt soweit erforderlich als **staatlich angeordnete Zwangsmaßnahme durch die zuständige Ordnungsbehörde beziehungsweise die Polizei**.

Der gesetzliche Betreuer bzw. Vorsorgebevollmächtigte ist unverzüglich zu informieren.

## 3.2 Selbstgefährdung

### 3.2.1 Suizidalität

#### Beispielsituation 2:

Eine Pflegekraft sieht beim Betreten eines Zimmers im 3. Stock, dass der Bewohner vor dem offenen Fenster steht und im Begriff ist, sich aus dem Fenster zu stürzen. Er hatte zuvor bereits auf dem Flur geäußert, dass er nicht mehr leben wolle.

<sup>4</sup> Der nicht-autonome Wille (oder natürliche Wille) wird als nicht von Einsichts- und/oder Steuerungsfähigkeit getragen definiert. Einsichtsfähigkeit ist die Fähigkeit, Art, Bedeutung und Tragweite einer Maßnahme erfassen zu können. Steuerungsfähigkeit ist die Fähigkeit, den Willen nach der erlangten Einsicht bestimmen zu können. Eine einsichts- und/oder steuerungsunfähige Person ist nicht einwilligungsfähig.



## I. Umgang mit Suizidalität

In der angegebenen Beispielsituation gibt es häufig keine praktisch umsetzbare Alternative zur vorübergehenden Unterbringung des Bewohners in der Psychiatrie.<sup>5</sup>

Da es in Frankfurt keine aufsuchende ambulante psychiatrische Akutversorgung gibt, könnte ein Verbleib eines Betroffenen in der Einrichtung nur dann verantwortbar erwogen werden, wenn eine 1:1 Betreuung gewährleistet werden kann, bis eine ambulante psychiatrische Versorgung erfolgt ist. Eine ambulante psychiatrische Versorgung kann über die Institutsambulanzen der zuständigen Sektor-Klinik (siehe Anhang) angefragt werden.

In allen anderen Fällen sind der gesetzliche Betreuer, die Polizei und der Notarzt zu rufen. Bis zu deren Eintreffen darf der Bewohner nicht alleine gelassen werden.

## II Ethische Begründung

### Frage:

Warum ist bei akuter Selbstgefährdung einzugreifen? Und warum ist es geboten, sich selbst gefährdende Bewohner gegen ihren Willen in die Psychiatrie einweisen zu lassen, wenn sich die Gefahr nicht anders abwenden lässt?

### Antwort:

Auf der einen Seite fordert der Respekt vor der Autonomie selbstbestimmte Entscheidungen oder Handlungen eines Betroffenen auch dann anzuerkennen, wenn sie unvernünftig sind. Auf der anderen Seite verpflichtet das Fürsorgeprinzip, die körperliche Integrität und das Leben von Bewohnerinnen und Bewohnern zu schützen.

Ob es sich bei einem Suizidversuch um eine Entscheidung aus freiem Willen handelt, kann in der akuten Situation nicht geklärt werden. Sicher ist jedoch, dass die betroffene Person einen erheblichen Leidensdruck verspürt und sich in einer existentiellen Krise befindet. Aus diesem Leiden ergibt sich die Pflicht zur Hilfeleistung und Fürsorge sowie die Rechtfertigung, selbstschädigendes Verhalten zu verhindern.

Wie bei Fremdgefährdung besteht auch bei drohender Selbstgefährdung eine ethische Pflicht, eskalierende Situationen im Vorfeld zu erkennen und zu vermeiden. Krisensituationen haben oftmals eine Vorgeschichte, die es zu beachten gilt. Es ist wichtig, die Beziehung mit den Bewohnern so zu gestalten, dass eine Vertrauensbasis entsteht und Betroffene ermutigt werden, sich mit ihren Leiden mitzuteilen.

Eine vorübergehende Behandlung in der Psychiatrie ist bei einem Suizidversuch meist geboten, weil dem Leidensdruck in der Regel nur dort adäquat, d.h. durch eine psychiatrische und psychotherapeutische Versorgung begegnet werden kann.

<sup>5</sup> Sofern bereits Kontakt zu einer gerontopsychiatrischen Einrichtung (bzw. Abteilung) besteht, sollte die Unterbringung nach Möglichkeit dort erfolgen.

### III. Rechtliche Regelungen

#### Frage:

Kann ein Altenheimbewohner bei vorliegender Suizidalität auch gegen seinen Willen in einer psychiatrischen Einrichtung behandelt werden?

#### Antwort:

Bei akuter Selbstgefährdung erfolgt vorrangig eine Unterbringung durch einen gesetzlichen Betreuer oder einen Bevollmächtigten. Ist dieser nicht zu erreichen, ist die **akute Gefahrenabwehrstelle des Ordnungsamtes (Tel.: 069-212-48686)**, Geschäftszeiten: Mo-Mi: 07-15:30 Uhr; Do: 07-15 Uhr; Fr: 07-14.30 Uhr zu rufen.<sup>6</sup> Außerhalb der Geschäftszeiten ist die **Polizei (Tel.: 110)** zu rufen.

#### (a) Betreuungsrechtliche Unterbringung

Eine Unterbringung kann nach § 1906 BGB durch einen gesetzlichen Betreuer, sofern die Aufgabenkreise der Betreuung diese umfassen, wie auch durch einen durch eine Vorsorgevollmacht Bevollmächtigten veranlasst werden, wenn ihm eine solche Befugnis in der Vollmacht ausdrücklich eingeräumt wurde.

#### (b) Unterbringung nach PsychKHG

Auch im hessischen PsychKHG wird die krankheitsbedingte Selbstgefährdung als Unterbringungsgrund angeführt. Die Verbringung erfolgt über die akute Gefahrenabwehrstelle des Ordnungsamtes oder die Polizei.

Der Vollzug einer betreuungsrechtlichen Unterbringung (a) ist nach § 9 Abs. 3 PsychKHG vorrangig gegenüber einer Unterbringung nach dem PsychKHG. D.h., dass zunächst der Betreuer hinzuzuziehen ist. Erst wenn dieser nicht erreichbar ist, ist die akute Gefahrenabwehrstelle des Ordnungsamtes (beziehungsweise die Polizei) zu rufen.

### 3.2.2 Weitere Situationen der Selbstgefährdung

#### Beispielsituation 3:

Eine Bewohnerin ist aufgrund eines vorliegenden Korsakow-Syndroms kognitiv eingeschränkt und lehnt beständig jegliche ärztliche Untersuchung oder Behandlung trotz Vorliegens einer tiefen Wunde am Unterschenkel ab. Die Wunde entzündet sich, und die Wundmanagerin findet die Bewohnerin am Morgen mit hohem Fieber auf. Sie schließt auf eine Sepsis und informiert die Bewohnerin darüber, dass ein Krankenhausaufenthalt unumgänglich ist. Die Bewohnerin wehrt sich dennoch vehement gegen jegliche Intervention.

### I. Grundsätzliche Empfehlung

#### Frage:

Was kann getan werden, um zu verhindern, dass die Einweisung ins Krankenhaus gegen den Willen der Betroffenen erfolgt?

<sup>6</sup> Geschäftszeiten können sich ändern. Wir bitten dies gegebenenfalls anzupassen.

**Antwort:**

Präventiv sollte man unter Hinzuziehung einer Bezugspflegekraft versuchen, über vertrauensbildende Maßnahmen ihre Zustimmung zur Wundversorgung zu erhalten. Auch der gesetzliche Betreuer, der in jedem Fall sofort hinzuzuziehen ist, sollte dies versuchen.

**II. Weitere Handlungsempfehlungen und rechtliche Regelungen****Frage:**

Kann der Bewohner gegen seinen Willen notfallmäßig in die Klinik eingewiesen werden?

**Antwort:**

Es handelt sich in dem Fall um eine akute, lebensbedrohliche Situation. Es ist daher **unverzüglich** sowohl der gesetzliche Betreuer/ der Bevollmächtigte **als auch** der Notarzt und die Polizei zu verständigen.

*Für die geschlossene Unterbringung der Bewohnerin in der Klinik gegen ihren Willen ist eine Genehmigung des Betreuungsgerichts durch den Betreuer einzuholen. Ohne diese kann die Unterbringung nur durchgeführt werden, wenn „mit dem Aufschub Gefahr verbunden ist; die Genehmigung ist unverzüglich nachzuholen.“ (§ 1906 Abs. 2, BGB siehe Anhang).*

Verfügt der Bewohner über eine Patientenverfügung oder sind Behandlungswünsche bekannt, sind diese zu berücksichtigen.

**III. Ethische Begründungen****Frage:**

Warum ist bei Selbstgefährdung einzugreifen und warum kann es ethisch geboten sein, die Klinikeinweisung als *Ultima Ratio* gegen den Willen der Betroffenen zu veranlassen?

**Antwort:**

Ob die Bewohnerin aufgrund ihrer kognitiven Einschränkung die Folgen ihrer Ablehnung abschätzen kann, ist unsicher. In der akuten Situation kann nicht geklärt werden, ob es sich bei der Ablehnung der Wundversorgung um das Ergebnis einer freiverantwortlichen Willensbildung handelt.

Die drohende Sepsis stellt ein akut lebensbedrohliches Ereignis dar. Hier gebietet es die pflegerische Fürsorgepflicht eine angemessene Wundversorgung zu ermöglichen, um die Bewohnerin vor einem Versterben zu schützen. Aus ethischer Sicht ist die Anwendung von Zwang nur dann vertretbar, wenn die Betroffene vor einer erheblichen Selbstschädigung geschützt werden kann. Dies ist im vorliegenden Fall gegeben.

Sofern alle Möglichkeiten ausgeschöpft sind, die Bewohnerin zu einer Einwilligung in eine erforderliche Klinikeinweisung zu motivieren (ausführliches Aufklärungsgespräch, vertrauensbildende Maßnahmen, Hinzuziehung einer Bezugsperson), ist die Einweisung gegen den Willen der Bewohnerin als *Ultima Ratio* gerechtfertigt und aufgrund der lebensbedrohlichen Situation auch ethisch geboten.

## 4. Nachbesprechung als Maßnahme der Aufarbeitung und Prävention

Die in der Krisensituation erfolgten Maßnahmen sind verstehbar und transparent zu machen und kritisch in den Blick zu nehmen. Dafür ist es notwendig, die Situation nach zu besprechen. Die Gespräche müssen zeitnah nach dem Ereignis (möglichst innerhalb von einer Woche) von einer erfahrenen Person mit Leitungsfunktion durchgeführt und moderiert werden. Im Sinne einer guten Transparenz und Nachhaltigkeit sollte ein Protokoll angefertigt werden.

Es ist wichtig, das **Gespräch mit allen Betroffenen** zu suchen: dem Bewohner, den Angehörigen/gesetzlichen Vertretern wie auch den Mitarbeitenden, eventuell auch mit weiteren involvierten Heimbewohnern. Die Seelsorge kann, wenn dies nicht explizit ausgeschlossen wird, hinzugezogen werden, weil diese eine weitere Perspektive auf die Lebenssituation des Bewohners einbringen kann.

In der Regel – wenn es die Gespräche zeitlich nicht zu sehr verzögert – sind auch die behandelnden Ärzte wie auch eine zusätzliche psychologische, neurologische oder psychiatrische Expertise hinzuzuziehen. Wichtig ist es, in den Gesprächen die Situation **rückwirkend zu verstehen** (*Retrospektive Situationsanalyse*) und **aufzuarbeiten** (*Aufarbeitung*).

Für die unterschiedlichen Gesprächskonstellationen sollen die angeführten Leitfragen Anhaltspunkte geben.

### 4.1 Leitfragen für das Gespräch mit dem Bewohner/ den Angehörigen/ gesetzlichen Vertretern

#### Retrospektive Situationsanalyse

- Was war? (Ereignisschilderung)
- Was ging der Situation voraus? Gab es einen besonderen Auslöser?
- Wie ging es Ihnen/ Ihrem Angehörigen/ Betreuten?
- *Spezielle Frage im Umgang mit einem Sterbewunsch: Warum wollten Sie Ihr Leben beenden? Was meinen Sie, warum Ihr Angehöriger/ Betreuter nicht mehr leben wollte?*

#### Aufarbeitung

- Wie wurde die Situation erlebt?
- Was hätte man anders machen sollen?
- Was ist gut gelaufen?
- Welche Wünsche und Bedürfnisse haben die Beteiligten, um mit solchen Situationen besser umgehen zu können?

Gebenenfalls kann eine Behandlungsvereinbarung mit dem Bewohner getroffen werden, wenn dieser hinreichend entscheidungsfähig ist (Medikamentenwünsche, favorisierte Kontaktpersonen, Vorgehensweisen, siehe Punkt 5).

Im Rahmen von **unterstützter Entscheidungsfindung**<sup>7</sup> können darüber hinaus grundsätzlich Wünsche psychisch kranker und/oder kognitiv eingeschränkter Bewohner zu ihrer Alltagsgestaltung berücksichtigt werden. [6]

<sup>7</sup> [6] Kremer-Preiß U (2021), S. 42f

Zusätzlich können im Rahmen einer **gesundheitlichen Vorausplanung** künftige Behandlungswünsche gemeinsam schriftlich festgehalten werden.

#### 4.2 Leitfragen für das Gespräch im interprofessionellen Team

##### Retrospektive Situationsanalyse

- Was war? (Ereignisschilderung)
- Was ging der Situation voraus? Gab es einen besonderen Auslöser?
- Ist das Verhalten des Bewohners in der Krisensituation nachvollziehbar?  
Welche Gründe könnte er gehabt haben? (Blick auf die psychosoziale, die pflegerische und die medizinische Situation des Betroffenen). Kennen die Mitarbeitenden seine Bedürfnisse?
- Wie reagierten die Mitarbeitenden und andere an der Situation Beteiligte auf die Situation?
- Welche strukturellen Gegebenheiten haben die Entstehung der Krisensituation möglicherweise befördert?
- *Spezielle Frage im Umgang mit dem Sterbewunsch: Wie interpretieren Sie den Sterbewunsch des Bewohners? [7]*

##### Aufarbeitung

###### *...in Bezug auf die Krisensituation und die daran Beteiligten*

- Wie haben die Beteiligten die Situation erlebt?
- Was hätte man anders machen sollen?
- Was ist gut gelaufen?
- Welche Wünsche und Bedürfnisse haben die Beteiligten, um mit solchen Situationen besser umgehen zu können? Ggf. zusätzliche Unterstützung durch Supervision und andere Gesprächsangebote anbieten.

###### *...in Bezug auf die Situation in der Einrichtung insgesamt*

- Was könnte helfen, solche Krisensituationen in Zukunft zu vermeiden?

## 5. Erarbeitung eines Konzepts / Anpassung des Konzepts der Einrichtung zum Umgang mit psychisch kranken Bewohnern

Bei Menschen mit psychischen Erkrankungen handelt es sich aufgrund der Gefahr diskriminiert zu werden, um eine besonders vulnerable Personengruppe. Es gibt eine ethische Verpflichtung, diese zu schützen und gleichzeitig ihre Autonomie zu bewahren. In Krisensituationen müssen bisweilen jedoch auch Gefährdungssituationen abgewendet werden. Aus diesem Grund sollten die Einrichtungen ein eigenes Konzept entwickeln, das die besonderen Bedürfnisse dieser Bewohnergruppe in den Blick nimmt.

Die Ausarbeitung dieses Konzepts kann im Kontext dieser Handreichung nicht vorweggenommen werden. Im Folgenden seien einige wichtige Maßnahmen genannt, die sich aus den bisherigen Ausführungen ergeben. In die Maßnahmen sollten möglichst alle mit den Betroffenen befassten internen und externen Mitarbeitenden einbezogen werden.

### **Empfohlen werden beispielsweise:**

- **regelmäßige Fallbesprechungen** im Team aber auch interprofessionell, z. B. mit (Geronto-) Psychiatern, ärztlichen oder psychologischen Psychotherapeuten, mit Dokumentation. Handlungsrelevante Informationen, insbesondere auch zur subjektiven Situation des Bewohners sollten – unter Beachtung der Persönlichkeitsrechte des Betroffenen – kommuniziert werden.
- **Etablierung eines Ethik-Beauftragten**  
Dieser könnte für die Information über und den Umgang mit Empfehlungen und Leitlinien in der Einrichtung sorgen sowie Konfliktgespräche ethisch und moderierend begleiten. In schwierigen Fällen könnte er eine **Ethik-Fallberatung** anregen.
- **Schulung und Qualifikation der Mitarbeitenden**
  - Fortbildungen zu gerontopsychiatrischen, rechtlichen und ethischen Fragestellungen
  - Schulung zur Vorbeugung von Gewalt, zum angemessenen Umgang mit einem akuten Konflikt sowie zu dessen konsequenter Aufarbeitung
  - Schulung zum Umgang mit Sterbewünschen
  - Information über und Umsetzung von für den Kontext relevanten Empfehlungen und Leitlinien
- **Vereinbarungen mit dem Bewohner**
  - Behandlungsvereinbarungen mit den Betroffenen in Phasen der Einwilligungsfähigkeit<sup>8</sup> erarbeiten, die dann in Krisensituationen Geltung haben können (Medikamentenwünsche, favorisierte Kontaktpersonen, Vorgehensweisen, ...). Bestehende Patientenverfügungen sind zu beachten. Bei auftretenden Widersprüchen ist Klärung, beispielsweise im Rahmen einer Ethikberatung, zu suchen
  - Vereinbarungen zur gesundheitlichen Vorausplanung („Behandlung im Voraus planen“) gemäß §132g SGB V
- **Weitere strukturelle Maßnahmen**
  - Angemessene personelle Ausstattung (hinsichtlich Personalbemessung und Qualifikation)
  - Angemessene Beschäftigungsangebote für Bewohnerinnen und Bewohner
  - Sozialräumliche Prävention (bauliche Gestaltung und Nutzung von Räumen zur Vermeidung von Stress durch Enge und Lärm)

## **Kurzfassung der Handreichung**

### ***Zum Anliegen der Handreichung***

- Diese Handreichung leistet Orientierungshilfe und gibt Empfehlungen, wie man in bestimmten krisenhaften Situationen von Fremd- und/oder Selbstgefährdung zu einer ethisch begründeten Handlungsentscheidung kommt.
- Das Recht der Betroffenen auf Selbstbestimmung und eine menschenwürdige Behandlung, wie das Wohl und die Sicherheit der Betroffenen, der anderen Bewohner sowie der Mitarbeitenden sind dabei zu berücksichtigen.

<sup>8</sup> Es ist ärztlicherseits zu prüfen, ob Einwilligungsfähigkeit besteht, bzw. wie diese situativ gefördert werden kann.

- Zentral sind dabei: 1.) ein **verstehender Zugang** zur Situation des Betroffenen, 2.) der Versuch der **Deeskalation** der Situation, gegebenenfalls 3.) das **Hinzuziehen von Unterstützung**: Vorgesetzte, Kollegen, Polizei und Notarzt und 4.) **eine intensive Nachbearbeitung** der Krisensituation, auch mit Blick auf problematische strukturelle Gegebenheiten in der Einrichtung, die Krisensituationen gegebenenfalls begünstigen.

*Fachlich richtiges und ethisch vertretbares Handeln in akuten Situationen von Fremdgefährdung*

**Krisensituation  
mit Gefahr der  
Fremdgefährdung**



1. **Gefahrenabschätzung, gegebenenfalls andere Bewohner und ggf. auch sich selbst aus der Gefahrenzone bringen.**
2. **Wenn möglich, Deeskalationsstrategien anwenden.**
3. **Wenn sich die Situation anders nicht beruhigen lässt, Hilfe hinzuziehen: akute Gefahrenabwehrstelle des Ordnungsamtes: 069-212-48686, bzw. Polizei: 110.**
4. **Gesetzliche Betreuer/ Bevollmächtigte informieren.**

**Krisensituation  
mit Gefahr der  
Selbstgefährdung**

Bei Suizidalität



Bei akuter Lebensgefahr  
durch Verweigerung  
medizinischer Maßnahmen.



1. Gefahrenabschätzung
2. Wenn möglich, den Bewohner von der Notwendigkeit der medizinischen Maßnahme überzeugen um dessen Einwilligung zu erreichen und in jedem Fall den gesetzlichen Betreuer verständigen.
3. Den Notarzt verständigen: 112. Bei Nichteinwilligung des Bewohners Polizei verständigen: 110.

1. Gefahrenabschätzung
2. Wenn möglich, beruhigend auf den Bewohner eingehen und ihn aus der Gefahrensituation bringen.
3. Gesetzlichen Betreuer oder Bevollmächtigten informieren.
4. Wenn sich die Situation anders nicht beruhigen lässt, Hilfe hinzuziehen: akute Gefahrenabwehrstelle des Ordnungsamtes: 069-212-48686, bzw. Polizei: 110 und Notarzt: 112. Bis zum Eintreffen der Helfer 1:1 Betreuung gewährleisten.

**Notwendig im Nachgang zu der Situation:**

***Nachbesprechung durchführen und dokumentieren***

Jede Krisensituation, in der es zu einer Selbst- oder Fremdgefährdung kommt, sollte im Nachgang analysiert und aufgearbeitet werden. Das Gespräch ist von einer erfahrenen, qualifizierten Person mit Leitungsfunktion mit allen Beteiligten zu suchen. Psychiatrische Expertise sollte im Sinne der optimalen Bewohnerversorgung hinzugezogen werden.



## Literatur

- [1] Bundesverfassungsgericht, Beschluss der 1. Kammer des Ersten Senats vom 08. März 2011 - 1 BvR 47/05 -, Rn. 20
- [2] Simmich T, Reimer C, Alberti L, Bronisch T, Erbe C, Milch W, Plaß A (1999) Empfehlungen zur Behandlungspraxis bei psychotherapeutischen Kriseninterventionen. *Psychotherapeut*, 44 (6), 394-398
- [3] Deutscher Ethikrat (2018) Hilfe durch Zwang? Professionelle Sorgebeziehungen im Spannungsfeld von Wohl und Selbstbestimmung. Stellungnahme. Berlin
- [4] Wesuls R, Heinzmann T, Brinker L (2005) Professionelles Deeskalationsmanagement (ProDeMa) – Leitfaden zum Umgang mit Gewalt und Aggression in den Gesundheitsberufen. <https://prodema-online.de/fileadmin/files/Frontend/Literatur/Pflegemagazin-1.pdf>, Abruf am 02.07.2019
- [5] Zentrum für Qualität in der Pflege. Gewalt zwischen Bewohnerinnen und Bewohnern von Pflegeeinrichtungen. Informationen für professionell Pflegende. Berlin 2020. [https://www.zqp.de/wp-content/uploads/Abschlussbericht\\_DHPol\\_Pr%C3%A4vention\\_Gewalt\\_zwischen\\_Heimbewohnern.pdf](https://www.zqp.de/wp-content/uploads/Abschlussbericht_DHPol_Pr%C3%A4vention_Gewalt_zwischen_Heimbewohnern.pdf) Abruf am 26.07.2021
- [6] Kremer-Preiß U (2021) Wohnen 6.0. Mehr Demokratie in der (institutionellen) Langzeitpflege, KDA-Schriftenreihe „Pflegepolitik gesellschaftspolitisch radikal neu denken“ Kuratorium Deutsche Altershilfe e.V. <https://kda.de/thema/wohnen-6-0/>, Abruf am 29.11.2021
- [7] Uniklinik Köln, Zentrum für Palliativmedizin (2020) Leitfaden zum Umgang mit Todeswünschen. <https://palliativzentrum.uk-koeln.de/forschung/letzte-lebenszeit/umgang-mit-todeswuenschen-dedipom/> Abruf am 26.07.2021

## Anhang

### Auszüge aus den Gesetzestexten des PsychKHG und des Betreuungsgesetzes (BGB)

#### Kontext: *Fremdgefährdung* bei zugrundeliegender psychischer Störung

##### **§ 1 Anwendungsbereich des PsychKHG**

Dieses Gesetz regelt 1. Hilfen für Personen und 2. die Unterbringung und Behandlung von Personen, die infolge einer psychischen Störung funktionseingeschränkt, krank oder behindert sind oder bei denen Anzeichen für eine solche Funktionseinschränkung, Krankheit oder Behinderung bestehen.

##### **§ 9 Voraussetzung von Unterbringung**

(1) Eine Person nach § 1 wird ohne oder gegen ihren Willen untergebracht, wenn und solange infolge einer psychischen Störung eine erhebliche Gefahr für ihr Leben, ihre Gesundheit oder das Leben, die Gesundheit oder andere bedeutende Rechtsgüter Anderer besteht und nicht anders abgewendet werden kann.

(2) Eine Unterbringung nach diesem Gesetz darf nicht angeordnet werden oder fort dauern, wenn und solange eine Unterbringung aufgrund 1. § 81 oder § 126a der Strafprozessordnung, 2. § 63 oder § 64 des Strafgesetzbuches oder § 7 des Jugendgerichtsgesetzes in der Fassung der Bekanntmachung vom 11. Dezember 1974 (BGBl. I S. 3427), zuletzt geändert durch Gesetz vom 25. Juni 2021 (BGBl. I S. 2099), vollzogen wird.

(3) Der Vollzug einer gleichfalls angeordneten Unterbringung nach den §§ 1906 oder 1631 b des Bürgerlichen Gesetzbuches ist vorrangig.

### **§ 17 Sofortige vorläufige Unterbringung**

(1) Liegen die Voraussetzungen für eine Unterbringung nach § 9 Abs. 1 mit hoher Wahrscheinlichkeit vor und ist Gefahr im Verzug, so kann eine nach § 11 Abs. 2 Satz 1 bestellte Ärztin oder ein nach § 11 Abs. 2 Satz 1 bestellter Arzt die sofortige vorläufige Unterbringung anordnen. Bei der Entscheidung über die Anordnung nach Satz 1 sind die Angaben der nach § 32 Abs. 4 Satz 1 des Hessischen Gesetzes über die öffentliche Sicherheit und Ordnung zuführenden örtlichen Ordnungsbehörde oder der Polizeibehörde über die Umstände der vorläufigen Ingewahrsamnahme sowie die Angaben des örtlich zuständigen Sozialpsychiatrischen Dienstes, soweit konkrete Kenntnisse über das Vorliegen der Voraussetzungen für eine sofortige vorläufige Unterbringung nach Satz 1 bestehen, zu berücksichtigen. In diesem Fall ist unverzüglich eine einstweilige Anordnung des Gerichts nach § 331, auch in Verbindung mit § 332, des Gesetzes über das Verfahren in Familiensachen und in den Angelegenheiten der freiwilligen Gerichtsbarkeit durch eine nach § 11 Abs. 2 Satz 1 bestellte Ärztin oder einen nach § 11 Abs. 2 Satz 1 bestellten Arzt zu beantragen.

(2) Die Person ist unverzüglich von einer Ärztin oder einem Arzt des psychiatrischen Krankenhauses zu untersuchen.

(3) Bestätigt die Untersuchung die Annahme der Voraussetzungen für eine Unterbringung nicht, so ist die Person unverzüglich zu entlassen. Die Nichtaufnahme oder die Entlassung ist unter Angabe von Gründen zu dokumentieren; in den Fällen des § 32 Abs. 4 Satz 1 des Hessischen Gesetzes über die öffentliche Sicherheit und Ordnung ist die örtliche Ordnungsbehörde oder die zuständige Polizeibehörde über die Nichtaufnahme oder die Entlassung zu informieren.

(4) Im Falle einer sofortigen vorläufigen Unterbringung ist unverzüglich die gesetzliche Vertreterin oder der gesetzliche Vertreter oder die Betreuerin oder der Betreuer zu informieren, sofern Kenntnis über eine gesetzliche Vertretung oder eine Betreuung besteht.

### **Kontext: Selbstgefährdung bei zugrundeliegender psychischer Störung**

#### **§ 1904 Bürgerliches Gesetzbuch (BGB)**

(1) Die Einwilligung des Betreuers in eine Untersuchung des Gesundheitszustands, eine Heilbehandlung oder einen ärztlichen Eingriff bedarf der Genehmigung des Betreuungsgerichts, wenn die begründete Gefahr besteht, dass der Betreute auf Grund der Maßnahme stirbt oder einen schweren und länger dauernden gesundheitlichen Schaden erleidet. Ohne die Genehmigung darf die Maßnahme nur durchgeführt werden, wenn mit dem Aufschub Gefahr verbunden ist.

**(2) Die Nichteinwilligung oder der Widerruf der Einwilligung des Betreuers in eine Untersuchung des Gesundheitszustands, eine Heilbehandlung oder einen ärztlichen Eingriff bedarf der Genehmigung des Betreuungsgerichts, wenn die Maßnahme medizinisch angezeigt ist und die begründete Gefahr besteht, dass der Betreute auf Grund des Unterbleibens oder des Abbruchs der Maßnahme stirbt oder einen schweren und länger dauernden gesundheitlichen Schaden erleidet.**

(3) Die Genehmigung nach den Absätzen 1 und 2 ist zu erteilen, wenn die Einwilligung, die Nichteinwilligung oder der Widerruf der Einwilligung dem Willen des Betreuten entspricht.

(4) Eine Genehmigung nach den Absätzen 1 und 2 ist nicht erforderlich, wenn zwischen Betreuer und behandelndem Arzt Einvernehmen darüber besteht, dass die Erteilung, die Nichterteilung oder der Widerruf der Einwilligung dem nach § 1901a festgestellten Willen des Betreuten entspricht.

(5) Die Absätze 1 bis 4 gelten auch für einen Bevollmächtigten. Er kann in eine der in Absatz 1 Satz 1 oder Absatz 2 genannten Maßnahmen nur einwilligen, nicht einwilligen oder die Einwilligung widerrufen, wenn die Vollmacht diese Maßnahmen ausdrücklich umfasst und schriftlich erteilt ist.

## **§ 1906 Genehmigung des Betreuungsgerichts bei freiheitsentziehender Unterbringung und bei freiheitsentziehenden Maßnahmen**

(1) Eine Unterbringung des Betreuten durch den Betreuer, die mit Freiheitsentziehung verbunden ist, ist nur zulässig, solange sie zum Wohl des Betreuten erforderlich ist, weil

1. auf Grund einer psychischen Krankheit oder geistigen oder seelischen Behinderung des Betreuten die Gefahr besteht, dass er sich selbst tötet oder erheblichen gesundheitlichen Schaden zufügt, oder
2. zur Abwendung eines drohenden erheblichen gesundheitlichen Schadens eine Untersuchung des Gesundheitszustands, eine Heilbehandlung oder ein ärztlicher Eingriff notwendig ist, die Maßnahme ohne die Unterbringung des Betreuten nicht durchgeführt werden kann und der Betreute auf Grund einer psychischen Krankheit oder geistigen oder seelischen Behinderung die Notwendigkeit der Unterbringung nicht erkennen oder nicht nach dieser Einsicht handeln kann.

(2) Die Unterbringung ist nur mit Genehmigung des Betreuungsgerichts zulässig. Ohne die Genehmigung ist die Unterbringung nur zulässig, wenn mit dem Aufschub Gefahr verbunden ist; die Genehmigung ist unverzüglich nachzuholen.

(3) Der Betreuer hat die Unterbringung zu beenden, wenn ihre Voraussetzungen weggefallen sind. Er hat die Beendigung der Unterbringung dem Betreuungsgericht unverzüglich anzuzeigen.

(4) Die Absätze 1 bis 3 gelten entsprechend, wenn dem Betreuten, der sich in einem Krankenhaus, einem Heim oder einer sonstigen Einrichtung aufhält, durch mechanische Vorrichtungen, Medikamente oder auf andere Weise über einen längeren Zeitraum oder regelmäßig die Freiheit entzogen werden soll.

(5) Die Unterbringung durch einen Bevollmächtigten und die Einwilligung eines Bevollmächtigten in Maßnahmen nach Absatz 4 setzen voraus, dass die Vollmacht schriftlich erteilt ist und die in den Absätzen 1 und 4 genannten Maßnahmen ausdrücklich umfasst. Im Übrigen gelten die Absätze 1 bis 4 entsprechend.

## **Institutsambulanzen der zuständigen Sektor-Klinik**

TABELLE – *Klinische und ausserklinische psychiatrische Versorgung in Frankfurt am Main.pdf*:

<https://frankfurt.de/-/media/frankfurtde/frankfurt-themen/gesundheit/psychische-gesundheit/pdf/klinische-und-ausserklinische-psychiatrische-versorgung-in-frankfurt-am-main.ashx>

## **Weitere hilfreiche Materialien**

Für weitere hilfreiche Materialien beachten Sie auch unsere Homepage:

[www.frankfurter-ethiknetzwerk.net](http://www.frankfurter-ethiknetzwerk.net)

## **Fortbildungen zum Themenbereich des Praxisleitfadens/Kontakt**

Bei Interesse an Fortbildungen als Inhouse-Schulung wenden Sie sich bitte an:

c/o Frau Dr. Wolf-Braun

Dr. Senckenbergisches Institut für Geschichte und Ethik der Medizin

Paul-Ehrlich-Straße 20-22

60596 Frankfurt am Main

[info@frankfurter-ethiknetzwerk.net](mailto:info@frankfurter-ethiknetzwerk.net)

[www.frankfurter-ethiknetzwerk.net](http://www.frankfurter-ethiknetzwerk.net)

Tel.: (0151) 41244413



Frankfurter Ethiknetzwerk e.V.

Dr. Senckenbergisches Institut für Geschichte und Ethik der Medizin

Paul-Ehrlich-Str. 20-22

60596 Frankfurt am Main

[www.frankfurter-ethiknetzwerk.net](http://www.frankfurter-ethiknetzwerk.net)