

Beantwortung der Fragen für die Anhörung „Wohltätiger Zwang“ in der Psychiatrie

Dr. Matthias Braun, Erlangen

Begriff	Wohltätiger	Zwang
Arbeitsdefinition		

Der Begriff Zwang bezeichnet eine spezifische Beeinträchtigung der Entscheidungs-, Handlungs- oder Verhaltensmöglichkeit einer Person. Das besondere dieser Beeinträchtigung liegt in der Überwindung des Willens der Person.

Dabei kommt sowohl eine Beeinträchtigung gegen den Willen der selbstbestimmungsfähigen wie auch der selbstbestimmungsunfähigen Person in Betracht. Ausreichend ist, dass diese Person die Beeinträchtigung mit sogenanntem natürlichem Willen, d.h. nicht nur unbewusst, reflexhaft abwehrt. Es genügt, wenn sie diese Ablehnung in irgendeiner Weisung zum Ausdruck bringt; ein physischer Widerstand ist nicht erforderlich. Ist sie mit der Beeinträchtigung einverstanden, fehlt dieser umgekehrt zunächst nur der Zwangscharakter. Ob die Beeinträchtigung als solche aufgrund ihrer Zustimmung gerechtfertigt ist, ist mit dieser Feststellung noch nicht entschieden.

Der Begriff des wohltätigen Zwangs bezeichnet den mit dem Einsatz von Zwang verfolgten Zweck. Von einem wohltätigen Zwang wird in der Regel gesprochen, wenn das Wohl der Person, auf die Zwang ausgeübt wird, der vorrangige oder übergeordnete Zweck der Ausübung von Zwang ist. Wohltätiger Zwang zielt daher nicht auf den Schutz oder auf die Wahrung der Interessen Dritter oder der Allgemeinheit. Wohltätig ist der Zwang beispielsweise, wenn er verhindern soll, dass die Person, gegen die Zwang ausgeübt wird, sich selbst gefährdet (Abwehr von Selbstgefährdung), oder wenn er der Erziehung von Kindern oder Jugendlichen dienen soll. Mit der Bezeichnung als wohltätiger Zwang wird allein der mit der Zwangsausübung verfolgte Zweck benannt; über die Rechtfertigung des Zwangs bzw. der zwangsweisen Maßnahme ist damit noch nichts ausgesagt.

Wohltätiger Zwang ist nicht bereits deshalb unzulässig, weil Zwang ausgeübt wird. Er ist jedoch umgekehrt auch nicht bereits deswegen zulässig, weil er dem Wohl der Person dient, auf die Zwang ausgeübt wird. Vielmehr unterliegt er als Ausübung von Zwang einem erhöhten Legitimationsbedarf. Dabei ist wohltätiger Zwang stets im Kontext der Maßnahme zu betrachten, zu deren Durchsetzung Zwang eingesetzt wird.

1. Halten Sie den Begriff und die Arbeitsdefinition 'wohltätiger Zwang' für geeignet zur Bezeichnung des Problemfeldes? Wenn nicht, welche Alternative schlagen Sie vor?

An sich ist der Begriff gut gewählt, insofern man ihn so versteht, dass er Auskunft über das intendierte Ziel der Handlung gibt und geben soll. Als solcher ist er in den Debatten auch durchaus geläufig. Die Schwierigkeit des Begriffs besteht zugleich jedoch darin, dass die Formulierung „wohltätiger Zwang“ schnell so verstanden werden könnte, als ob immer schon klar wäre, was denn in der jeweiligen Situation aus der Sicht der betroffenen Person als „Wohl“ verstanden werden kann/muss. Schaut man auf die vorliegenden Studien zum subjektiven Erleben des Zwangs aus der Perspektive derjenigen, auf die Zwang ausgeübt wurde, so zeigt sich an, dass genau hier eines der grundlegenden Probleme zu liegen scheint. Der wohltätig gemeinte Zwang wird dann als – zum Teil massive – Gewalt empfunden, wenn das vermeinte, oder besser gesagt: als mutmaßlich bestimmte Wohl nicht mit der jeweiligen subjektiven Bestimmung des Wohls übereinstimmt. Aber auch die Bestimmung des mutmaßlichen Wohls von Seiten der Entscheider (PflegerInnen, ÄrztInnen, BetreuerInnen, Bevollmächtigte, etc.) wird immer wieder als ungeheuer schwierig und mitunter auch belastend empfunden. Gerade diese Ambi-

valenzen – schematisch gesprochen: von beiden Seiten – könnte man m. E. versuchen in der Bezeichnung mit zum Ausdruck zu bringen. Eventuell könnte sich hier eine Terminologie wie „auf Wohltätigkeit zielender Zwang“ oder „Wohltätigkeit intendierender Zwang“ anbieten.

2. Welche statistischen Zahlen gibt es zum Vorkommen von Zwangsmaßnahmen in der psychiatrischen Versorgung in Deutschland? Wie stellt sich das im internationalen Vergleich dar? Welche Formen von Zwang werden dabei erhoben?

a) Daten zur Inzidenz und Prävalenz von „Psychischer Krankheit“ in Deutschland

Bereits ein kurzer Blick auf die aktuell vorliegenden Daten zeigt, dass innerhalb von zwölf Monaten bei einem Drittel der Frauen und bei gut einem Fünftel der Männer im Alter von 18 bis 79 Jahren in Deutschland mindestens eine psychische Störung vorlag, während zugleich die Inzidenzzahlen in den letzten Jahren zu steigen scheinen.¹ Will man diese Zahlen richtig einordnen, so ist erstens zu beachten, dass der Klassifizierung nach der ICD-10 ein weiter Begriff der psychischen Krankheit zugrunde liegt, der von Problemen im Umgang mit Suchtmittelkonsum über Anpassungsstörungen bis hin zu dissozialen Persönlichkeitsstörungen reicht.² Zweitens steigen die Inzidenzzahlen psychischer Erkrankungen zwar insgesamt an, jedoch nicht über alle Formen psychischer Erkrankungen hinweg. So deutet sich in der Auswertung aktueller empirischer Erhebungen an, dass beispielsweise in den letzten fünfzehn Jahren die Häufigkeitsverteilung von Angststörungen eher zugenommen, die Häufigkeitsverteilung affektiver Störungen hingegen tendenziell eher abgenommen hat.³ Zugleich ist zu beachten, dass bei solch longitudinalen Vergleichen nicht nur eine erhebliche Inhomogenität in den Untersuchungssettings entsteht, sondern es verändert sich innerhalb des Untersuchungszeitraumes zugleich die Sichtweise darauf, was als eine psychische Erkrankung angesehen wird und was nicht. Viertens ist neben den Zahlen zur Inzidenz und Prävalenz psychischer Erkrankungen eine weitere Beobachtung auffällig: Trotz eines Anstiegs der Inzidenzzahlen hat der Rückgriff auf therapeutische Maßnahmen nicht zugenommen. Fünftens hängt die Inanspruchnahme einer Therapie sehr stark von der Art der psychischen Erkrankung sowie den Begleiterkrankungen und nicht zuletzt dem sozioökonomischen Status ab.⁴ In Bezug auf die Punkte vier und fünf wird genau zu beobachten sein, ob sich hier eine Versorgungslücke in dem Sinne anzeigt, dass z.B. Personen mit einer Angststörung ein anders zugeschnittenes therapeutisches Angebot bräuchten,⁵ die Versorgung effizienter geworden ist oder ob bestimmte psychische Pathologien in der subjektiven Wahrnehmung der betroffenen Patienten nicht als Pathologie oder zumindest nicht als behandlungswürdige oder behandelbare Pathologien angesehen werden.

b) Daten zu den Unterbringungsverfahren auf betreuungsrechtlicher sowie öffentlich-rechtlicher Basis

Von 1994 bis 2014 (siehe Abb. 1) stieg die Zahl der auf betreuungsrechtlicher Basis Untergebrachten um 58 Prozent (in absoluten Zahlen: von 34.903 Unterbringungen im Jahre 1994 auf 55.292 im

¹ Vgl. Jacobi, et al. (2014b): *Psychische Störungen in der Allgemeinbevölkerung Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland und ihr Zusatzmodul Psychische Gesundheit (DEGS1-MH)*; Jacobi, et al. (2014a): *12-month prevalence, comorbidity and correlates of mental disorders in Germany: The mental health module of the German Health Interview and Examination Survey for Adults (DEGS1-MH)*.

² Vgl. Steinert (2015): *Zwangsmaßnahmen aus der Perspektive der klinischen Psychiatrie: Evidenz und Good Clinical Practice*, 12.

³ Vgl. Jacobi, et al. (2014b): *Psychische Störungen in der Allgemeinbevölkerung Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland und ihr Zusatzmodul Psychische Gesundheit (DEGS1-MH)*, 81.

⁴ Vgl. Mack, et al. (2014): *Self-reported utilization of mental health services in the adult German population – evidence for unmet needs? Results of the DEGS1-MentalHealthModule (DEGS1-MH)*. Zu den Auswertungen zum sozioökonomischen Status siehe ebenso: Lampert, et al. (2013): *Messung des sozioökonomischen Status in der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1)*. Zu beachten ist allerdings, dass diese Daten nicht gesondert auf psychische Erkrankungen zielen.

⁵ Vgl. Steinhausen, et al. (2016): *Family Aggregation and Risk Factors in Phobic Disorders over Three-Generations in a Nation Wide Study*.

Jahre 2014). Die Zahl der auf öffentlich-rechtlicher Basis Untergebrachten stieg um 47 Prozent (in absoluten Zahlen: von 56.633 im Jahre 1995 auf 83.034 im Jahre 2014). Zu beachten ist jedoch, dass die Zahlen innerhalb der Intervalle sehr stark schwanken. So handelt es sich nicht um einen kontinuierlichen Anstieg der Unterbringungszahlen, sondern vielmehr um eine sehr volatile Entwicklung.

Besondere Bedeutung kommt den Unterbringungszahlen der Jahre 2012 und 2013 zu, war doch in diesen Jahren aufgrund der Urteile von BVerfG und BGH keine Zwangsbehandlung möglich. Das Verbot einer Zwangsbehandlung bei gleichzeitiger Fortführung von freiheitsentziehenden Unterbringungen hat zur Folge, dass nun erstmals empirische Daten hinsichtlich eines kompletten Verzichts auf Zwangsbehandlungen vorliegen. In einer Studie, an der die sieben psychiatrischen Kliniken in Baden-Württemberg teilnahmen, wurden hierbei die dokumentierten Zahlen der Zwangsmaßnahmen (Fixierungen, Isolierungen, Sedierungen zur Ruhigstellung)⁶ in den Jahren 2012 und 2013 mit den Zahlen des Jahres davor verglichen. In der Folge zeigte sich, dass der Wegfall der rechtlichen Grundlagen für eine Zwangsbehandlung bei dem Großteil der Untergebrachten dazu führte, dass die Verweildauer in der jeweiligen Einrichtung über alle Patientengruppen lediglich moderat anstieg. Für eine kleinere Gruppe besonders vulnerabler Patienten gab es allerdings eine signifikant längere Verweildauer und zudem eine signifikant höhere Anwendung an Zwangsmaßnahmen.⁷

c) Studien zu einem alternativen Umgang mit Zwang

Am Universitätsklinikum Basel wurde im Jahre 2014 ein Modellversuch gestartet, komplett auf die Anwendung von Zwang zu verzichten. So wurden zwei bisher geschlossene Stationen geöffnet und gleichzeitig versucht, den Einsatz von Isolierungen zu verringern. Konnte auf den versuchsweise offenen Stationen die Anwendung von Zwang reduziert werden, stiegen zugleich die Aufnahmen auf den verbliebenen geschlossenen Stationen ebenso wie die Zahl der Anwendung von Zwangsmaßnahmen auf den geschlossenen Stationen.⁸ Auch in den Niederlanden und Großbritannien gibt es bereits mehrjährige Bestrebungen, weitestgehend auf die Anwendung von Fixierungen zu verzichten, allerdings resultierte der Verzicht auf Fixierungen in einem verstärkten Rückgriff auf Isolierungen.⁹ Bei einem Modellversuch in den Niederlanden, ebenso auf Isolierungen zu verzichten, zeigte sich, dass zeitgleich die Anwendung von Sedierungen anstieg.¹⁰ Mit anderen Worten: Auch wenn das Bemühen zu beobachten ist, auf bestimmte Anwendungen von Zwang zu verzichten, zeigen die empirischen Daten, dass damit in den meisten Fällen ein zeitgleicher Anstieg einer anderen Anwendung von Zwang zu beobachten ist. Aus diesen Beobachtungen kann jedoch nicht ohne Weiteres gefolgert werden, dass es keine andere Möglichkeit gäbe, als Zwang anzuwenden. Gerade weil sich die Maßnahmen untereinander wechselseitig beeinflussen, greift es erstens zu kurz, Zwangsmaßnahmen und Zwangsbehandlungen gegeneinanderzustellen. So hat dies zum Beispiel die Zentrale Ethikkommission bei der Bundesärztekammer mit Blick auf eine Fremdgefährdung vorgeschlagen.¹¹ Das von ihr vorgebrachte Argument, dass eine

⁶ Zur Abgrenzung zwischen Zwangsbehandlung und Zwangsmaßnahme siehe auch: Steinert (2013): *Was ist eine Zwangsmedikation?*

⁷ Vgl. Flammer & Steinert (2015): *Auswirkungen der vorübergehend fehlenden Rechtsgrundlage für Zwangsbehandlungen auf die Häufigkeit aggressiver Vorfälle und freiheitseinschränkender mechanischer Zwangsmaßnahmen bei Patienten mit psychotischen Störungen.*

⁸ Vgl. Jungfer, et al. (2014): *Reduction of seclusion on a hospital-wide level: successful implementation of a less restrictive policy.* Siehe hierzu auch die Studien, die über die Zeit von 1994 bis 2006 durchgeführt worden sind. In dieser Zeit war eine Zwangsunterbringung erlaubt, eine Zwangsbehandlung hingegen verboten. Im Vergleich zu den aktuellen Zahlen scheinen sich die Zeitdauer von Isolierungen sowie das Maß an offenen Aggressionen verringert zu haben. Vgl. Georgieva, et al. (2013): *Reducing seclusion through involuntary medication: A randomized clinical trial.*

⁹ Steinert, et al. (2010): *Incidence of seclusion and restraint in psychiatric hospitals: a literature review and survey of international trends.*

¹⁰ Vgl. Vruwink, et al. (2012): *The effects of a nationwide program to reduce seclusion in the Netherlands.*

¹¹ Zentrale Ethikkommission bei der Bundesärztekammer (2013): *Stellungnahme der Zentralen Kommission zur Wahrung ethischer Grundsätze in der Medizin und ihren Grenzgebieten (Zentrale Ethikkommission) bei der Bundesärztekammer: Zwangsbehandlung bei psychischen Erkrankungen, A1337.*

Zwangsbehandlung eine grundsätzlich massivere Eingriffstiefe als eine auf die Sicherung bedachte Zwangsmaßnahme aufweist und eine Zwangsmaßnahme keinen Eingriff in die körperliche Integrität darstellt, verkennt, Welch massiven Eingriff, gerade auch in die körperliche Integrität, eine Zwangsmaßnahme wie beispielsweise Fixierung oder Isolierung bedeutet. Die empirische Beobachtung, dass die Abschaffung einer bestimmten Anwendung von Zwang zu der Intensivierung einer anderen führt, weist zugleich zweitens darauf hin, dass das Personal innerhalb eines psychiatrischen Settings mit bestimmten Routinen arbeitet und in diesen geschult ist. Wenn also der Verzicht auf beispielsweise eine Isolierung zu einem Anstieg der Zahl von Fixierungen oder Sedierungen führt, kann das natürlich auch schlicht daran liegen, dass die entsprechende Maßnahme bei Wegfall der anderen Methode routinemäßig angewendet wird.

Eines der wesentlichen Ergebnisse der vorliegenden empirischen Daten ist, dass die Vermeidung von Zwang in psychiatrischen Kontexten eine mehrdimensionale Betrachtung und langfristig angelegte Lösungsstrategien erfordert. Dies betrifft insbesondere die Frage, welche Wirksamkeit Maßnahmen und Behandlungen unter Zwang überhaupt zugesprochen werden kann. Im Rahmen einer Metastudie wurden Daten zu freiwillig und nicht freiwillig untergebrachten Patienten, die an Schizophrenie erkrankt waren, hinsichtlich der Art der Einweisung, des Aufenthalts in der Klinik, der Medikamenteneinnahme, der Entlassung und der Bereitschaft zur Weiterbehandlung verglichen.¹² Nicht nur ließen sich kurzfristig keine Unterschiede feststellen, sondern vielmehr besserte sich die Symptomatik zunächst einmal unabhängig davon, ob eine Person freiwillig oder unfreiwillig untergebracht gewesen war. Auf das gleiche Ergebnis wies auch eine europäische Vergleichsstudie zur Anwendung von Zwang in der Psychiatrie hin.¹³ Auch mittel- und langfristig zeigten freiwillig behandelte und nicht freiwillig behandelte Patienten die gleiche Compliance: So nehmen nicht freiwillig Behandelte in gleicher Weise die Therapieangebote wahr wie freiwillig Behandelte.¹⁴ Allerdings erleben unfreiwillig behandelte Personen die Weiterführung der Therapie oftmals weiterhin als Zwang und haben in der Selbstwahrnehmung den Eindruck, dass sie selbst nicht hinreichend zu dem Therapieerfolg beitragen. Zudem lässt sich beobachten, dass mittel- und langfristig die Wahrscheinlichkeit einer erneuten Einweisung in die Psychiatrie ebenso wie die Suizidrate bei einer nicht freiwilligen Behandlung erhöht ist.¹⁵

3. Sind die vorliegenden Daten aus Ihrer Sicht belastbar? Gibt es ein Dunkelfeld, das nicht erfasst wird? Und wie würden Sie das aus Ihrer Erfahrung beschreiben?

Die vorliegenden Studien und Daten sind aus meiner Sicht durchaus belastbar. Zudem hat sich gerade in den vergangenen Jahren die Datenlage doch durchaus verbessert. Allerdings muss die empirische Datenlage bislang dennoch als relativ dünn bezeichnet werden. Gerade was die internationale Vergleichbarkeit betrifft ist zudem zu beachten, dass die jeweils zugrundeliegenden rechtlichen Regelungen durchaus sehr unterschiedlich sind. Das betrifft auch die in den jeweiligen Ländern verwendete Nomenklatur. Hierauf ist bei der Auswertung und Interpretation der Daten besonders zu achten, dass zwischen einzelnen Ländern große Unterschiede bestehen, welche Handlungen beispielsweise konkret als Zwangsmaßnahme oder auch Zwangsbehandlung verstanden werden. Wie bereits aus anderen, ähnlich sensiblen Bereichen, bekannt, muss von einer hohen Dunkelziffer ausgegangen werden.

¹² Vgl. Steinert & Schmid (2004): *Freiwilligkeit und Zwang bei der stationären Behandlung von Patienten mit Schizophrenie.*

¹³ Vgl. Kallert, et al. (2011): *Coerced hospital admission and symptom change - a prospective observational multi-centre study.*

¹⁴ Vgl. Jaeger, et al. (2013): *Long-term effects of involuntary hospitalization on medication adherence, treatment engagement and perception of coercion.*

¹⁵ Vgl. Kallert, et al. (2008): *Involuntary vs. voluntary hospital admission. A systematic literature review on outcome diversity.*

16. Welche Auswirkung hat die Anwendung von Zwang auf die künftige Versorgung der Betroffenen?

a) Studienlage zur subjektiven Wahrnehmung von Zwangsunterbringungen

Im Zusammenhang mit Aussagen über die Wirksamkeit von Zwang drängt sich zugleich die Frage auf, wie die Patienten die freiheitsentziehenden Maßnahmen und gegebenenfalls die Zwangsbehandlung subjektiv wahrnehmen. Einen fundierten Einblick gibt eine Studie aus England mit 1570 Patienten aus 22 psychiatrischen Zentren, in der dargestellt wurde, dass der erlebten zwangsweisen Unterbringung ein Jahr nach der erfolgten Unterbringung in 40 Prozent der Fälle zugestimmt wurde.¹⁶ Diese Ergebnisse sind auch vor dem Hintergrund zu betrachten, dass fünfzehn Prozent der Stichprobe innerhalb eines Jahres mindestens noch ein weiteres Mal zwangsweise untergebracht waren, wobei sich ein signifikanter Zusammenhang mit bestimmten ethnischen Gruppen zeigte. Die subjektive Bewertung einer Anwendung von Zwang deutete sich als einer der entscheidenden Faktoren dafür an, ob es zu einer erneuten zwangsweisen Unterbringung kam.

In einer europäischen Vergleichsstudie mit 2326 zwangsweise untergebrachten Personen aus elf Ländern der EU¹⁷ wurde untersucht, wie die betroffenen Patienten die nicht-freiwillige Unterbringungssituation erlebt haben. Das Ergebnis kann als ambivalent bezeichnet werden: Über alle Teilnehmer der Studie hinweg bewerteten nach einem Monat 55 Prozent und nach drei Monaten 63 Prozent die erfolgte zwangsweise Unterbringung als richtig¹⁸. Gut die Hälfte der zwangsweise Untergebrachten bewertete nach einem Monat und etwas mehr als die Hälfte nach drei Monaten retrospektiv die erlebte Anwendung von Zwang als richtig. Zugleich muss kritisch in Betracht gezogen werden, dass bestimmte Patientengruppen eine bleibend negative Bewertung der zwangsweisen Unterbringung vornahmen. Zu diesen Patientengruppen zählten vor allem Personen, die vor der Einweisung alleine lebten, sowie solche, die an Schizophrenie erkrankt waren. Ebenso äußerten sich überwiegend Frauen negativ. Zusätzliche qualitative Untersuchungen mit den in die Studie eingebundenen Probanden legten zudem dar, dass die Personen, welche die zwangsweise Unterbringung im Nachhinein als richtig bewerteten, dies damit begründeten, dass so Schaden von ihnen abgewendet wurde. Die Anwendung von Zwang wurde von ihnen im Nachhinein als gerechtfertigt erachtet, weil sie sich ansonsten nicht in der Lage gesehen hätten, die Notwendigkeit einer therapeutischen Maßnahme zu erkennen. Die Personen allerdings, die die zwangsweise Unterbringung als falsch bewerteten, empfanden die Unterbringung als eine schwere Verletzung ihrer autonomen Selbstbestimmung. Eine dritte Gruppe führte aus, dass sie im Nachhinein die Notwendigkeit einer Behandlung zugestehen könne, die angewendeten Mittel aber als zu massiv empfand. Besonders häufig wurde der Wunsch nach einer kürzeren Verweildauer in der Unterbringungssituation geäußert ebenso wie der Wunsch, am Wohnort mit weniger Zwang behandelt zu werden.¹⁹ Studien, die die subjektive Einschätzung von Isolierungen und Fixierungen verglichen, belegten, dass beide Maßnahmen zunächst als gleichermaßen schwerwiegend empfunden wurden. Mit

¹⁶ Vgl. Priebe, et al. (2009): *Patients' views and readmissions 1 year after involuntary hospitalisation*.

¹⁷ Zu beachten ist in der Interpretation der Ergebnisse, dass die Regelungen der verglichenen EU-Länder zum Teil ganz erheblich variieren. Zudem wurde aus jedem Land lediglich eine Klinik ausgewählt, die dann als exemplarisch für das jeweilige Land betrachtet wurde. Zu den methodischen Limitationen siehe auch: Kallert, et al. (2005): *The EUNOMIA project on coercion in psychiatry: study design and preliminary data*.

¹⁸ Vgl. Priebe, et al. (2010): *Patients' views of involuntary hospital admission after 1 and 3 months: prospective study in 11 European countries*. Die Varianz für die Zustimmung lag nach einem Monat zwischen 39 und 71 Prozent und nach drei Monaten zwischen 46 und 86 Prozent.

¹⁹ Vgl. Katsakou, et al. (2012): *Psychiatric patients' views on why their involuntary hospitalisation was right or wrong: a qualitative study*.

einem Abstand von einem Jahr wurden jedoch Fixierungen im Vergleich zu Isolierungen vor allem hinsichtlich ihrer langfristigen Konsequenzen für das weitere Leben als belastender empfunden.²⁰

b) Studienlage zur subjektiven Wahrnehmung von Zwangsbehandlungen

Während die Ergebnisse zur subjektiven Wahrnehmung einer zwangsweisen Unterbringung sowie zum subjektiven Erleben von Zwangsmaßnahmen auf einer zwar nicht sehr breiten, aber doch soliden Datenbasis stehen, muss die Datenlage bei den Ergebnissen zur subjektiven Wahrnehmung einer Zwangsbehandlung als noch einmal dünner angesehen werden. Dennoch können die vorliegenden Daten einen wichtigen Beitrag dazu leisten, ein schärfer konturiertes Bild der Auswirkungen von Zwang zu zeichnen. Als ein erster kritischer Punkt kristallisiert sich in den vorliegenden Studien die Aufklärung der Patienten zu einer bevorstehenden Zwangsbehandlung heraus. In einer Studie mit Patienten einer Klinik aus Baden-Württemberg gaben 38 Prozent der Befragten an, über den zwangsweisen Eingriff umfassend informiert worden zu sein, während sich 37 Prozent nicht ausreichend und 25 Prozent gar nicht informiert fühlten.²¹ Das Wissen um die anstehenden Behandlungen sowie die Information über den aktuellen Krankheitsstand wurde jedoch gerade von Patienten mit psychischen Erkrankungen als essenziell und für die Gesundheit förderlich angesehen.²² In der Nachbetrachtung sahen 63 Prozent der Patienten die Anwendung von Zwang als einen ungerechtfertigten Eingriff in ihre persönlichen Rechte an.²³ Mit Blick auf den Genesungsprozess konnotierten 45 Prozent der Befragten positive Folgen mit der Anwendung von Zwang, während 57 Prozent ihr negative Folgen zuschrieben. Insgesamt 28 Prozent der Befragten gaben zudem an, dass durch einen verständnisvolleren Umgang des Klinikpersonals die Anwendung von Zwang hätte vermieden werden können. Noch viel drastischer sind die Ergebnisse einer Studie aus dem Jahre 1993: 44 Prozent der Befragten empfanden die Zwangsbehandlung auch im Nachhinein als sinnlos, 40 Prozent als Demütigung und Kränkung, 33 Prozent führten aus, die Behandlung sei zwar schrecklich, aber eine Erleichterung gewesen, und 20 Prozent konstatierten, die Zwangsbehandlung sei schlimmer gewesen als die vorab erlebte Isolierung.²⁴ Eine Studie mit Patienten aus den Niederlanden ergab, dass Zwangsunterbringung und Zwangsbehandlung in etwa als gleich belastend und gleichermaßen schwerwiegend empfunden wurden. Während Männer eine Isolierung als schwerwiegender beschrieben, empfanden die befragten Frauen eine Zwangsbehandlung als weniger gravierend.²⁵ Eine besondere Bedeutung für die Bewertung einer Maßnahme scheint, so zeigen Studien aus England, die erste Erfahrung mit Zwang einzunehmen. Umstritten ist aber, ob die zuerst erlebte Maßnahme dazu führt, dass sie im Vergleich zu anderen Maßnahmen als weniger massiv erlebt wird und entsprechend eine eventuell notwendige Wiederholung als besonders schwerwiegend empfunden wird.²⁶

Normative Probleme von Zwang

²⁰ Vgl. Bergk, et al. (2010): "Coercion Experience Scale" (CES) – validation of a questionnaire on coercive measures & Bergk, et al. (2011): *A randomized controlled comparison of seclusion and mechanical restraint in inpatient settings*.

²¹ Vgl. Längle & Bayer (2007): *Psychiatrische Zwangsbehandlung und die Sichtweise der Patienten*.

²² Vgl. Reichhart, et al. (2008): *Patientenbeteiligung in der Psychiatrie - eine kritische Bestandsaufnahme*.

²³ Vgl. Längle & Bayer (2007): *Psychiatrische Zwangsbehandlung und die Sichtweise der Patienten*, 205.

²⁴ Vgl. Finzen, et al. (1993): *Hilfe wider Willen. Zwangsmedikation im psychiatrischen Alltag*.

²⁵ Vgl. Veitkamp, et al. (2008): *Patients' preferences for seclusion or forced medication in acute psychiatric emergency in the Netherlands*.

²⁶ Vgl. hierzu: Bergk, et al. (2008): *Feasibility of randomized controlled trials on seclusion and mechanical restraint* & Whittington, et al. (2009): *Approval ratings of inpatient coercive interventions in a national sample of mental health service users and staff in England*.

18. In welchen Situationen treten für individuelle Akteure und Institutionen normative Konflikte in Bezug auf wohltätigen Zwang auf?

a) Fundamentaethische Überlegungen

Grundsätzlich steht die Anwendung von Zwang in psychiatrischen Kontexten erstens vor der Herausforderung, dass in den Handlungsherausforderungen der psychiatrischen Praxis unklar wird, welche Handlung eigentlich welcher normativen Prämisse folgt – etwa der Art, ob eine Intervention genuin als fürsorglich und die Nicht-Intervention als Achtung vor der Patientenautonomie zu verstehen ist oder gerade die Nicht-Intervention auch ein Zeichen der Orientierung an der Fürsorge sein kann. Zweitens gerät der normative Gehalt ethischer Prämissen wie der Selbstbestimmung und/oder der Fürsorge an sich erneut auf den Prüfstand. Es ist gerade in solch vulnerablen Situationen wie denen einer Behandlung gegen den Willen einer Person nicht ohne Weiteres eindeutig bestimmbar, welche Handlungsprämissen aus den jeweiligen normativen Bestimmunggehalten in den Konzepten von Selbstbestimmung und Fürsorge zu folgern sind. Das stellt uns vor die Frage, wie wir in einem solch hochgradig vulnerablen Feld, bei der normativen Abwägung mit den teilweise nicht auflösbaren normativen Konflikten umgehen können. Daraus lassen sich zwei Schlussfolgerungen ableiten:

Erstens steht mit der ethischen Bewertung der Rechtfertigung von Zwang die ganz grundsätzliche Frage auf dem Spiel, unter welchen Voraussetzungen wir wessen Ansprüche auf Selbstbestimmung hören oder fundamentaler formuliert: Wen wir unter welchen Voraussetzungen als Jemand anerkennen. Wenn die Beobachtung zutreffend ist, dass Selbstbestimmung und Fürsorge nicht als strikt trennbare Kategorien konzipiert werden können, sondern vielmehr als ein verwobenes Konstituierungsnetz zwischen Selbst und Anderem, zwischen Eigenem und Fremden zu denken sind, rückt der Blick auf Prozesse intersubjektiver Anerkennung. Phänomene von Vulnerabilität wie auch die bleibende Unabschließbarkeit von Identitätskonstruktionen wären dann nicht als anormale Grenzfälle der leiblichen Verfasstheit einer Person zu verstehen, sondern sind in jeden Selbstbezug – eingeschrieben.

Insofern stellt die Vulnerabilität eines Selbst zunächst keine Pathologie, sondern eine Grunderfahrung eines jeden Selbstbezugs dar. Das bedeutet konkret: Mit dem temporären Verlust einer Selbstbezüglichkeit verschwindet ein Selbst nicht ohne Weiteres aus den Anerkennungsvollzügen und damit den Versprechen, die es gegeben und erhalten hat. Folgt man dieser Überlegung, dann hätte dies auch unmittelbare Konsequenzen für die Prozesse intersubjektiver Anerkennung: Das soziale Band einer Gesellschaft muss sich gerade daran beweisen, inwiefern es imstande ist, Vulnerabilität nicht nur in prinzipielle Gleichheitsansprüche – also die Zuweisung bestimmter Rechte und Pflichten zu bestimmten Ansprüchen – zu überführen, sondern vielmehr gerade die Stimmen der besonders Vulnerablen praktisch hörbar und sagbar zu bezeugen.

Auf die konkrete Fragestellung zugespielt: Selbstbestimmung – auch die einer Person mit psychischen Störungen - wird einerseits durch Elemente der Gabe von Fürsorge konstituiert und damit in einen Relationszusammenhang gesetzt. Zugleich wird die Selbstbestimmung jedoch andererseits durch gerade diesen Konstituierungszusammenhang in Frage gestellt, insofern die Gabe zwar Anknüpfungsmöglichkeiten stiftet, zugleich aber offen bleibt, ob es einem Selbst gelingt im Anschluss an ein solches Stiftungsereignis einen Selbstbezug praktisch zu bezeugen. Als neuralgischer Punkt erweist sich, inwiefern die Anwendung von Zwang als ein in diesem Sinne fürsorglicher Stiftungsakt verstanden werden kann. Kritisch insofern, weil sich in der Anwendung von Zwang, also in diesem Kontext: Einer Behandlung gegen den Willen einer Person, zeigt, wie schmal der Grat zwischen einer fürsorglichen Handlung ist, die in der Konsequenz neue (selbstbestimmte) Verwirklichungsräume erschließt, und einer fürsorglichen Handlung, die zwar auf das Wohl der vertretenen Person zielt, aber durch den wohltätigen Zwang ein dermaßen starkes Gewaltempfinden hervorruft, dass der vertretenen Person ein massiver Schaden zugefügt wird.

Diese skizzierten normativen Spannungen zeigen sich dann auch ganz konkret in den aktuell zur Debatte stehenden Rechtsfragen.

b) Zum Spannungsverhältnis der Anwendung von Zwang und der UN-BRK

Erstens betrifft dies das Verhältnis der Anwendung von Zwang zu der sog. UN-BRK. Als Völkerrechtskonvention muss die UN-BRK in geltendes Recht überführt werden, was in Deutschland mit ihrer Ratifizierung am 26. März 2009 erfolgte.²⁷ Zugleich wird bis heute nicht nur intensiv darüber gestritten, was genau Inhalt und Auswirkung der UN-BRK für die psychiatrischen Kontexte ist,²⁸ sondern zugleich wird verschiedentlich behauptet, dass die UN-BRK die Unterscheidung zwischen Einwilligungsfähigkeit und Einwilligungsunfähigkeit negieren würde.²⁹ Die UN-BRK wird dann so interpretiert, dass *jeder* Patient und *jede* Patientin unabhängig von der Art und Weise seines oder ihres praktischen Selbstbezuges als einwilligungsfähig verstanden wird.³⁰ Eine solche Interpretation lässt sich aber durch den Wortlaut der UN-BRK selbst nicht decken. Richtigerweise insistiert die UN-BRK darauf, dass eine Verweigerung der Mitsprache über die Entscheidung für oder gegen eine Behandlung aufgrund einer vermeintlichen oder tatsächlichen Einwilligungsunfähigkeit nicht gerechtfertigt werden kann. Folglich heißt es in Art. 12 Abs. 1 UN-BRK, dass Menschen mit Behinderungen – und hier sind Menschen mit einer psychischen Erkrankung und/oder einer geistigen Behinderung gleichermaßen eingeschlossen – das Recht haben, überall als Rechtssubjekt anerkannt zu werden. Art. 12 Abs. 2 UN-BRK führt weiter aus, dass Menschen mit Behinderungen in allen Lebensbereichen gleichberechtigt mit anderen Rechts- und Handlungsfähigkeit genießen. Mit anderen Worten: Ein jedes Selbst in seinen leiblichen Selbstbezügen hat das gleiche Recht auf die Anerkennung seiner praktischen Selbstbestimmung. Allerdings darf aber nicht unterschlagen werden, dass es bereits in Art. 12 Abs. 3 der UN-BRK heißt, dass der Verweis auf eine grundsätzlich gleiche Anerkennung als Rechtsperson auch bedeutet, dass Menschen mit einer Behinderung Zugang zu der Unterstützung erhalten müssen, die sie für die Ausübung ihrer Rechts- und Handlungsfähigkeit benötigen. Insofern markiert die UN-BRK einen ganz entscheidenden Punkt: Gerade weil die Vollzüge autonomer Selbstbestimmung eingebettet sind in Strukturen intersubjektiver Anerkennungsprozesse, greift es zu kurz, sich bei einer ethischen Bewertung der Anwendung von Zwang in psychiatrischen Kontexten vorrangig auf die Frage zu kaprizieren, ob eine Person als selbstbestimmungsfähig anerkannt werden kann oder nicht.³¹ Die in der Diskussion um die UN-BRK genannten Kriterien zur Feststellung der Selbstbestimmungsfähigkeit³² können in der Tat von großer Bedeutung für die Bewertung eines fraglichen Entscheidungsvorgangs sein, aber sie können zugleich nicht von dem grundsätzlichen Eingeständnis entkoppelt werden, dass die betroffenen Personen gerade in ihrer jeweiligen Einschränkung Gehör für ihre Ansprüche fordern. Wird festgestellt, dass eine bestimmte Person in einer konkreten Situation nicht zu einer autonomen Selbstbestimmung in der Lage ist, dann folgt

²⁷ Vgl. Der Bundestag (2008): *Gesetz zu dem Übereinkommen der Vereinten Nationen vom 13. Dezember 2006 über die Rechte von Menschen mit Behinderungen sowie zu dem Fakultativprotokoll vom 13. Dezember 2006 zum Übereinkommen der Vereinten Nationen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen*.

²⁸ Vgl. Baufeld (2009): *Zur Vereinbarkeit von Zwangseinweisungen und -behandlungen psychisch Kranker mit der UN-Behindertenrechtskonvention*.

²⁹ Ähnlich auch: Müller, et al. (2014): *Folter in der Psychiatrie? Zum Bericht des UN-Sonderberichterstatters Juan Méndez*.

³⁰ Vgl. Méndez (2013): *United Nations. Report of the Special Rapporteur on torture and other cruel, inhuman or degrading treatment or punishment, Juan E. Méndez. Human Rights Council, 22nd session, 1.2.2013*.

³¹ Einer solchen Argumentation folgen beispielsweise: DGPPN (Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie (2012): *Memorandum der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN) zur Autonomie und Selbstbestimmung von Menschen mit psychischen Störungen*, DGPPN (Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie (2014): *Achtung der Selbstbestimmung und Anwendung von Zwang bei der Behandlung von psychisch erkrankten Menschen. Eine ethische Stellungnahme der DGPPN*. Ebenso: Vollmann (2014): *Handeln gegen den Willen des Patienten. Lassen sich Zangsbehandlungen in der Psychiatrie ethisch rechtfertigen?*, Bruns, et al. (2015b): *Überlegungen aus klinisch-ethischer Perspektive*.

³² Vgl. exemplarisch: DGPPN (Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie (2014): *Achtung der Selbstbestimmung und Anwendung von Zwang bei der Behandlung von psychisch erkrankten Menschen. Eine ethische Stellungnahme der DGPPN*.

daraus vorrangig zunächst einmal, dass diese Person mehr Ressourcen benötigt als viele andere, um zu einer selbstbestimmten Entscheidung kommen zu können. Das mag auf den ersten Blick nur ein marginaler Unterschied sein, hat aber zur Konsequenz, dass auch Menschen mit einer psychischen Beeinträchtigung, unabhängig von ihren aktuell und konkret gezeigten Fähigkeiten, Anspruchsträger gleicher Rechte sind.

c) Offene Fragen im Umgang mit ambulanten Zwangsbehandlungen

Neben den offenen Fragen im Umgang mit den zivilrechtlichen Regelungen (PsychKG der Länder) zeigen sich die normativen Spannungen nicht zuletzt in den aktuellen Debatten um den Beschluss des Bundesverfassungsgerichts (BVerfG) vom 26. Juli 2016 (1 BvL 8/15). Das BVerfG hatte in seinen Beratungen die Frage zu klären, ob § 1906 Abs. 3 S. 1 BGB so verstanden werden muss, dass ein rechtmäßig bestellter Betreuer nur im Rahmen einer freiheitsentziehenden Unterbringung in eine ärztliche Zwangsmaßnahme einwilligen kann. Diese Klärung war notwendig geworden, da der BGH in einem Urteil aus dem Juli 2015 um Prüfung gebeten hatte, ob die Regelung in § 1906 Abs. 3 BGB, die für „die Einwilligung eines Betreuers in eine stationär durchzuführende ärztliche Zwangsmaßnahme auch bei Betroffenen, die sich der Behandlung räumlich nicht entziehen wollen oder hierzu körperlich nicht in der Lage sind, voraussetzt, dass die Behandlung im Rahmen einer Unterbringung nach § 1906 Abs. 1 BGB erfolgt.“³³ Der konkrete Fall betraf eine demenzkranke Frau Mitte sechzig, die auf einer Demenzstation lebt und aufgrund diverser weiterer Erkrankungen nicht mehr in der Lage war, sich eigenständig fortzubewegen. Bei der Frau wurden bereits mehrere Zwangsbehandlungen sowohl aufgrund ihrer psychischen Erkrankung als auch aufgrund diverser somatischer anderer Erkrankungen durchgeführt. Im Zuge einer dieser Behandlungen bestätigte sich zudem der Verdacht auf ein Mammakarzinom. Während die Frau selbst eine Behandlung des Brustkrebses ablehnte, beantragte die Betreuerin aufgrund der Einsichtsunfähigkeit der Frau in die medizinische Notwendigkeit einer Behandlung eine weitere Unterbringung, um therapeutische Maßnahmen durchführen zu lassen. Das zuständige Amtsgericht lehnte den Antrag mit der Begründung ab, dass die notwendigen ärztlichen Maßnahmen auch ohne eine weitere Unterbringung erfolgen könnten. Der BGH, dem der Fall nun zur Beurteilung vorlag, setzte das Verfahren mit der Begründung aus, dass es „mit Art. 3 Abs. 1 GG unvereinbar [sei], dass § 1906 Abs. 3 BGB eine in stationärem Rahmen erfolgende ärztliche Maßnahme nach § 1906 Abs. 1 Nr. 2 BGB (Untersuchung des Gesundheitszustands, Heilbehandlung oder ärztlicher Eingriff) gegen den natürlichen Willen einer Person – bei Vorliegen der sonstigen materiell- und verfahrensrechtlichen Voraussetzungen – nur als möglich vorsieht, wenn die Patientin oder der Patient zivilrechtlich untergebracht ist, nicht jedoch für Fälle, in denen eine freiheitsentziehende Unterbringung ausscheidet, weil die betroffene Person sich der Behandlung räumlich nicht entziehen will und/oder aus körperlichen Gründen nicht kann.“³⁴

Wichtig zu beachten ist nun die Begründung des Beschlusses des BVerfG vom 26. Juli 2016 (1 BvL 8/15). Hier stellt das BVerfG nämlich zunächst einmal heraus, dass § 1906 Abs. 3 BGB in einem grundsätzlichen Konflikt mit Art. 3 Abs. 1 GG stehe, da die Bewegungsfähigkeit eines psychisch Kranken dafür entscheidend wäre, ob er gegen seinen Willen behandelt werden kann oder nicht. Damit aber, so das BVerfG weiter, hätte ein immobil psychisch Kranker, der an einer akuten körperlichen Beeinträchtigung leidet und nicht in der Lage ist, über die Notwendigkeit einer Behandlung zu entscheiden, nicht das grundsätzlich gleiche Recht, wie ein mobiler psychisch Kranker, der sich in der gleichen Situation einer Behandlung entziehen könnte. Während der immobile psychisch Kranke nicht zwangsweise untergebracht werden müsste und damit aber auch nicht zwangsweise ärztlich behandelt werden könnte, müsste der mobile psychisch Kranke zwar gegen seinen Willen untergebracht werden, könnte

³³ Bundesgerichtshof (2015a): *Beschluss vom 01. Juli 2015 – XII ZB 89/15*.

³⁴ Bundesgerichtshof (2015a): *Beschluss vom 01. Juli 2015 – XII ZB 89/15*.

dann aber eben auch zwangsweise behandelt werden. Eine solche Ungleichbehandlung aufgrund eines körperlichen Merkmals stünde dann aber eben in Konflikt mit dem Gleichheitsgrundsatz.

Ob das Bundesverfassungsgericht mit dieser Entscheidung zu den Möglichkeiten einer ambulanten Zwangsbehandlung seine bisherige Linie verlassen hat oder nicht, wird sich noch zeigen müssen. Bereits jetzt deutet sich mit diesem Urteil jedoch dreierlei an: Erstens gibt es aus Perspektive der Rechtsprechung zumindest kein ‚kategorisches Nein‘ mehr zu den Möglichkeiten einer ambulanten Zwangsbehandlung. Zweitens wird in den zukünftigen rechtlichen und ethischen Debatten zu klären sein, wie die Ausführung von Seiten BVerfG zu bewerten ist, dass die Anwendung von Zwang eine positive Schutznorm darstellt. Dies muss insofern als dringlich angesehen werden, als dass prima facie keineswegs garantiert ist, dass durch die Anwendung von Zwang nicht das Maß der körperlichen Beeinträchtigung – trotz gegenteiliger Absichten – gesteigert wird. Ebenso zeigen die empirischen Befunde, dass selbst für den Fall einer Linderung der handlungsveranlassenden Symptome bei dem jeweiligen Patienten, die Anwendung von Zwang als dermaßen massive Gewalterfahrung verstanden wird, dass die betroffene Person in ihren zukünftigen Vollzügen von Selbstbestimmung massiv und nachhaltig beeinträchtigt wird. Die Spannung dieser Ambivalenz zu halten und dennoch die gesetzlichen Rahmenbedingungen so zu gestalten, dass das Schutzniveau im Falle eines drohenden Schadens für die körperliche Integrität – nicht nur, aber eben auch – bei vorliegender psychischer Devianz nicht – mitunter ungewollt – herabgesenkt wird, markiert dann drittens die große Herausforderung der Überarbeitung der Gesetzesgrundlagen durch den Gesetzgeber. Der aktuell vorliegende Gesetzentwurf der Bundesregierung (25.01.2017) liefert hier sicher einen guten Startpunkt für die weiteren Debatten, lässt aber zugleich die Frage offen, wie grundsätzlich und für die Praxis: nach welchen konkreten Vorgaben das Verhältnis von Freiheitsentziehung und Zwangsbehandlung bestimmt werden kann.

19. In welchen Situationen lässt sich eine Zwangsbehandlung nach Ihrem Urteil legitimieren?

Das Überschreiten der Schwelle einer stellvertretenden Behandlungsentscheidung ist in doppelter Weise riskant. Zum einen ist jede Gewaltanwendung gegen Personen an sich ein schuldhaftes Verhalten und zum zweiten ist mit ihr zwar intendiert, dass sie dem Wohl des Betroffenen dienen möge und von ihm zu einem späteren Zeitpunkt auch so verstanden wird. Dies ist aber, wie auf der deskriptiven Ebene empirische Studien zeigen, keinesfalls sichergestellt. Stellvertretendes Handeln droht zu scheitern, wenn sich die erhofften Anschlussstellen für den vertretenen Selbstbezug als zu brüchig oder gar als unanknüpffbar erweisen.

Aus diesem Grund legt schon der kurze bisherige Gedankengang nahe, dass es gerade keinen *ethischen* Leitfaden für den Umgang mit Zwang geben kann. Vielmehr sind die Anwendung von Zwang und die damit einhergehende Widerfahrnis von Grausamkeit unbedingt zu vermeiden. Bereits die Androhung der Anwendung von Zwang stellt nicht nur eine massive Vulnerabilitätserfahrung leiblicher Selbstbezüge dar, sondern suggeriert zugleich, dass es möglich wäre, dem Wahnsinn zu entkommen, wenn man denn nur wollte. Psychische Devianz erweist sich als so eng mit den Vollzügen leiblicher Selbstbezüglichkeit verknüpft, dass sie sich nicht einfach „beseitigen“ lässt. Für den Umgang mit psychischer Devianz bedeutet dies zunächst einmal, anzuerkennen, dass es sich um ein sehr stark mit Ängsten, Vorurteilen und auch Stigmata besetztes Phänomen handelt, das gerade deswegen so virulent erscheint, weil es jeden leiblichen Selbstbezug unmittelbar betreffen kann. Eine solche Nicht-Negierbarkeit psychischer Devianz zeigt nicht nur der enorme Anstieg der Inzidenzzahlen psychischer Erkrankungen,

sondern auch die massiven Berührungängste vieler Menschen, sich mit den Betroffenen und deren Erkrankung überhaupt auseinanderzusetzen.³⁵

Kann man die Erfahrung psychischer Devianz nun aber nicht einfach ausschließen, so erscheint es verlockend, Sicherheit im Umgang mit dieser dadurch zu generieren, dass man den Zwang als *ultima ratio* bezeichnet. Der unbestreitbar große Vorteil ist, dass die Anwendung von Zwang mit einem solchen Vorgehen zunächst aus weiten Bereichen der praktischen Selbstverwirklichung ausgegrenzt ist. Die Figur der *ultima ratio* erlaubt es scheinbar, eine möglichst große Zahl von Selbstbezügen als Adressaten der Anwendung von Zwang auszuschließen. Zugleich ist aber zu fragen, ob das Verständnis von Zwang als *ultima ratio* nicht eine falsche Sicherheit suggeriert. Etwa die, dass im Zweifel ein probates Mittel bereitstünde, um ein Selbst vor sich selbst oder Dritte vor dem Selbst zu schützen. Das ist aber, wie die empirischen Studien zur Sichtweise der Betroffenen nach dem Erleben von Zwang gezeigt haben, zumindest ein äußerst riskantes Unterfangen. Zudem verdeutlicht ein Blick in die vorliegenden empirischen Daten, dass die Anwendung von Zwang in der praktischen Umsetzung sehr stark davon abhängt, welche Definition von psychischer Erkrankung angewendet wird, nach welcher Auslegungspraxis die Gerichte verfahren, wie der Betreuer die vorhandenen Entscheidungsräume nutzt und nicht zuletzt davon, welche Einstellung und Erfahrungen das klinische Personal mit der Anwendung von Zwang gemacht hat.

Sicherlich der einfachste Weg wäre es, an dieser Stelle den prinzipiellen Verzicht auf jegliche Anwendung von Zwang zu postulieren. Allerdings zeigt die Zeitspanne von 2012 bis Anfang 2013, in der es keine rechtliche Grundlage für eine Zwangsbehandlung gab, dass in den meisten Fällen der Wegfall einer Anwendung von Zwang durch die Ausübung einer anderen ersetzt wird. Das liegt nicht zuletzt daran, dass es sich bei den psychiatrischen Einrichtungen auch in dem Sinne um geschlossene Systeme handelt, dass es bestimmte Handlungsschemata und -protokolle gibt, die sich nicht ohne Weiteres innerhalb kurzer Zeit ändern lassen. Zum anderen – und das ist der systematisch entscheidende Punkt – ist der Zwang als *ultima ratio* im eigentlichen Sinne unverzichtbar, da er in bestimmten Situationen die einzige Möglichkeit darstellt, ein Selbst vor sich selbst zu bewahren und es in seiner Sozietät zu erhalten. Daraus folgt, dass eine der entscheidenden Aufgaben in der ethischen Betrachtung der Anwendung von Zwang im Umgang mit psychischer Krankheit eine Umkehr der Blickrichtung ist. Es kann in den ethischen Debatten nicht darum gehen, wie man die Anwendung von Zwang rechtfertigen kann, sondern die primäre Frage muss sein, wie die Anerkennungsvollzüge so gestaltet werden können, dass die Anwendung von Zwang im Umgang mit psychischer Krankheit grundsätzlich vermieden wird. Ausgehend von dieser Perspektive erfolgt zugleich das Eingeständnis, dass dies in manchen Fällen eventuell nicht möglich sein wird und die Anwendung von Zwang in der Tat als begrenzte *ultima ratio* in den Blick rückt.

20. Welche inhaltlichen Maßstäbe sind hierfür heranzuziehen (Bspw. Grund- und Menschenrechte, Verteilungsgerechtigkeit)?

Wie bereits oben ausgeführt, wäre zu prüfen, ob die Frage so nicht bereits das grundlegende Problem zu verkennen droht. Nicht die Anwendung von Zwang gilt es aus ethischer Perspektive zu legitimieren, sondern vielmehr müsste es zunächst einmal darum gehen, die konkreten Handlungsvollzüge der Psychiatrie so zu gestalten, dass generell auf die Anwendung von Zwang verzichtet wird. Gerade die stark ansteigenden Zahlen im Bereich psychischer Erkrankungen, aber ebenso der Anstieg der Unterbringungszahlen machen deutlich, dass es notwendig ist, über beides nachzudenken: Zuallererst, wie der therapeutische Umgang mit psychischer Krankheit in den psychiatrischen Kliniken so gestaltet werden kann, dass

³⁵ Vgl. Rüsç (2010): *Reaktionen auf das Stigma psychischer Erkrankung. Sozialpsychologische Modelle und empirische Befunde*; Schomerus & Angermeyer (2011): *Psychiatrie – endlich entstigmatisiert? Einstellungen der Öffentlichkeit zur psychiatrischen Versorgung 1990–2011*.

die Anwendung von Zwang aktiv zu vermeiden versucht wird. Diesem Grundsatz folgend sind in den letzten Jahren bereits einige Anstrengungen unternommen worden, die evaluiert und weiterentwickelt werden müssen. Zugleich ist es aber notwendig, die prozeduralen Voraussetzungen der Anwendung von Zwang als begrenzte *ultima ratio* zu konturieren.

Die Anwendung von Zwang als begrenzte *ultima ratio* zu verstehen bedeutet dann darüber hinaus, dass vorher zunächst einmal alle auf Freiwilligkeit zielenden Maßnahmen zu ergreifen sind. Für die Unterbringung nach dem Betreuungsrecht hat der Gesetzgeber auch vorgeschrieben, dass die Aufklärung der betroffenen Person entsprechend einfühlsam sein muss und darauf abzielt, ein Vertrauensverhältnis zwischen dem behandelnden Personal und dem Untergebrachten aufzubauen. Die Umsetzung dieser Vorgaben wird aber nur möglich sein, wenn zugleich die Ressourcen angepasst werden, die für die Umsetzung notwendig sind. Das ist umso bedeutender, als sich nur so die Möglichkeit bietet, rechtlich gesprochen einen bedeutenden Grundrechtseingriff und ethisch gesprochen die massive Widerfahrnis von Grausamkeit zu verhindern. Vor diesem Hintergrund kommt der aktiven Beteiligung der Betroffenen an der Entscheidungsfindung normativ eine elementare Bedeutung zu. Zugleich scheint es aber gerade an dieser Stelle besonders große Defizite zu geben. Entscheidend ist, dass in der Entscheidungsfindung neben der ärztlichen Beschreibung der vorliegenden funktionalen Dysfunktion (*disease*) die Bedeutung der Störung für die Deutung und den subjektiven Umgang mit der Störung (*illness*) sowie den vermeintlichen und tatsächlichen sozialen Folgen (*sickness*) Platz findet. Gerade in psychiatrischen Kontexten kommt es häufig vor, dass der Arzt im Zuge des Informierens über notwendige Behandlungsschritte redet, ohne dass diese mit der Eigenwahrnehmung des Patienten übereinstimmen.³⁶ Das Wahrnehmen der Deutungsstrukturen der Krankheit seitens des Patienten, seine Ängste und Sorgen und sein Erleben der Krankheit sind wesentliche Parameter einer angemessenen Aufklärung. Materialiter bedeutet dies, dass dringend sowohl über alternative Modelle der Aufklärung nachgedacht werden muss als auch eine intensive Debatte darüber notwendig ist, inwiefern nicht auch eine Vorsorgevollmacht oder Patientenverfügung für psychiatrische Kontexte möglich oder gar nötig wäre.³⁷

21. Welche Relevanz kommt dabei bestimmten Entscheidungsverfahren bzw. institutionellen Leitbildvorgaben bzw. Leitlinien und berufsethischen Standards zu?

Eine sehr große. Bereits die Arbeiten Erving Goffmans machen deutlich,³⁸ dass das psychiatrische Setting nicht nur von den Patienten als eine totale Institution angesehen wird, sondern dies gleichermaßen auch für die ärztlichen und pflegerischen Handlungsroutinen gilt. Angesichts eines solchen Geflechts an Routinen, Gegenroutinen, Maßnahmen und Gegenmaßnahmen muss sehr genau beobachtet werden, an welchen Stellen eine Änderung zum Beispiel im Umgang mit Fixierungen welche Effekte an anderen Stellen bedingt. Dies schließt dann ebenso ein, dass unbedingt zu eruieren ist, welche Auswirkungen der Wegfall einer Methode innerhalb einer Institution für die unterschiedlichen Akteure hat. Insofern bedürfen die ethischen Überlegungen zur Anwendung von Zwang in psychiatrischen Kontexten immer auch einer institutionsethischen Perspektive.

³⁶ Siehe, Smolka/ Klimitz/ Scheuring/ Fähndrich, *Zwangsmaßnahmen*, 894.

³⁷ Vgl. Radenbach & Falkai (2012): *Probleme der Gesundheitsversorgung – Erfahrungen aus dem ärztlichen Alltag: Psychiatrie und Psychotherapie*.

³⁸ Vgl. Goffman (1973): *Asyle. Über die soziale Situation psychiatrischer Patienten und anderer Insassen*.