

Jurand Daszkowski Antworten Fragenkatalog: Fragen für die Anhörung "Wohltätiger Zwang" in der Psychiatrie

1) Ich halte den Begriff wohltätiger Zwang als nicht geeignet für die Bezeichnung des Problemfeldes.

Was das „Wohl“ der betroffenen Person bedeutet, ist für mich umstritten. Ich bin deshalb dafür, dass der Grund der Anwendung des Zwangs genauer beschrieben wird, beispielsweise Zwang wegen Selbstgefährdung und auch diese Selbstgefährdung soll noch präziser beschrieben werden z.B. durch Suizidversuch, oder erhebliche Gefahr der Selbstverletzungen.

2) Was Zwangsunterbringungen betrifft, wurden insgesamt im Jahr 2013 über 139.000 gerichtliche Verfahren geführt (betreuungsrechtlich und öffentlich-rechtlich nach Landes-PsychkG): *Henrike Bruns, Tanja Henking aus T. Henking, J. Vollmann, "Zwangsbehandlung psychisch kranker Menschen"*.

Es gibt dabei sehr große Unterschiede zwischen einzelnen Bundesländern, beispielsweise in Bayern im Jahr 2012 14,95 betreuungsrechtliche Unterbringungsverfahren pro 10.000 Einwohner, während in Thüringen nur 1,45 betreuungsrechtliche Unterbringungsverfahren pro 10.000 Einwohner stattfanden - mehr als 10mal weniger.

Bruns und Henking versuchen, die großen Unterschiede wie folgt zu erklären: "Es ist zu vermuten, dass unter anderem die verschiedenen Kulturen in den Kliniken und in den Versorgungsregionen, aber auch unterschiedliche Einstellungen der Gerichte und der Betreuer Einfluss auf die Anzahl der Zwangsunterbringungen haben."

Ich kann das grundsätzlich befürworten und vertrete die Meinung, dass es in einzelnen Regionen noch viele Möglichkeiten geben könnte, die Zwangsunterbringungen zu reduzieren.

3) Die vorliegenden Daten, die ich aus dem *Buch von T. Henking /J. Vollmann "Zwangsbehandlung psychisch kranker Menschen", Kapitel: Unterbringungen und Behandlungen in Zahlen* von Henrike Bruns und Tanja Henking entnommen habe, sind weitgehend nicht belastbar.

Die Autorinnen des Kapitels schreiben in Ihrer Zusammenfassung: "Verbindliche bundesweite Zahlen zu der Häufigkeit der Zwangsmaßnahmen und -behandlungen fehlen. Diese können nur über Schätzungen und anhand gewisser Trends aus Statistiken einzelner Kliniken ermittelt werden. Allerdings werden durch die zunehmende Elektronisierung der Informationen in den Kliniken die Möglichkeiten verbessert, die Anwendung von Zwang im Detail zu erfassen und auszuwerten."

Es gibt meiner Meinung nach ein Dunkelfeld, das nicht erfasst wird. Ich bin der Meinung, dass die Dokumentation von Zwangsmaßnahmen genauso wie auch in anderen Bereichen nicht immer valide ist, was teilweise auf schlechte personelle Ausstattung und Überforderung des Personals in Psychiatrie und Psychosomatik zurückzuführen sein kann und es wären auch gezielte Manipulationen von Dokumentation durch klinisches Personal möglich, um beispielsweise drohender strafrechtlicher Verantwortung zu entgehen. Mir persönlich ist bekannt, dass in Einzelfällen die dokumentierten Zeiten von Fixierungen kürzer waren als die, die Betroffene und teilweise ihre Angehörigen angegeben haben.

Es gibt meiner Meinung nach nur ungenügende Kontrolle durch Besuchs- und Aufsichtskommissionen in diesem Bereich, die auch nicht flächendeckend in Deutschland etabliert sind und es gibt auch erhebliche regionale Unterschiede.

4) In meinem Umfeld sind am häufigsten Zwangsunterbringung und dann Fixierung zu

beobachten.

Zwangsunterbringungen werden oft durch die Polizei durchgeführt und bei vielen Betroffenen führt es zu Scham- und Ohnmachtsgefühlen und dem Gefühl des Ausgeliefertseins. Die Fixierungen sind keine Behandlung, sondern eine mechanische Sicherung und können außer zu seelischen Traumatisierung zu körperlichen Störungen führen, wie beispielsweise Kreislauf- und Atemprobleme, Hautabschürfungen.

Beides und selbstverständlich auch erlittene Zwangsbehandlung können dazu führen, dass die Betroffenen künftig das psychiatrische Hilfesystem ablehnen und auch versuchen sich über Patientenverfügungen, wie z.B. PatVerfü von "die BPE" zu schützen.

5) Als Alternative zum „Wohltätigen Zwang“ kann man den offenen Dialog (open dialogue) nennen, bei dem es sogenannte Therapieversammlungen und Netzwerkgespräche auf der Basis der in Finnland entwickelter bedürfnisangepassten Behandlung gibt. Verschiedene Evaluationsstudien wie *Alanen 2001*, *Weinmann u.a. 2012*, *Seikkula u.a. 2006, 2011* haben eine ungewöhnlich niedrige Rate von Krankenhaustagen - also auch von Zwangsmaßnahmen, hohe Raten von Integration in Ausbildung oder Studium oder Arbeit, geringe Rückfallraten in Verbindung mit niedrigen Dosen von Psychopharmaka und teilweise Behandlung sogar ganz ohne Psychopharmaka - *Volkmar Aderhold: "Netzwerkgespräche im Offenen Dialog" im Buch: "Prävention von Zwangsmaßnahmen"*.

6) Regelmäßig mit Zwangsmaßnahmen verbunden sind Zustände mit erheblicher Selbstgefährdung der Betroffenen, wie z.B. Ankündigung oder Durchführung eines Suizidversuchs, Drohung, oder Versuch der erheblichen Selbstverletzung. Die Behandlungen bei vitaler Gefährdung, wie beispielsweise bei dem Zustand der Bewusstlosigkeit sind mit Notfallmaßnahmen ohne Willen der Betroffenen verbunden, die aber normalerweise ihrem mutmaßlichen Willen entsprechen.

7) Es müssen entsprechende personelle und auch bauliche Voraussetzungen vorhanden sein, um Zwang zu vermeiden und zu minimieren.

Grundsätzlich wären offene, bzw. nur fakultativ geschlossene Stationen dafür günstig und auch die Möglichkeiten der ruhigen, reizarmen Umgebung für Patienten in der Krise wie z.B. sogenannte weiche Zimmer. Auch insbesondere die Grundeinstellung des Personals, Kenntnisse der Deeskalation und Gesprächsbereitschaft können dabei hilfreich sein.

Es gibt jetzt schon in Deutschland Kliniken die fast ohne Zwangsanwendung arbeiten, u. a. beschrieben in dem *Buch "Prävention von Zwangsmaßnahmen", Kapitel "Zur Vision einer gewaltfreien Psychiatrie" von Martin Zinkler*. Diese Kliniken können für andere Kliniken und Abteilungen ein Beispiel von "best practice" von denen man lernen könnte, darstellen.

Auch die von dem BMG geförderten Projekte ZIPHER und ZVP zur Reduktion und Vermeidung der psychiatrischen Zwangsmaßnahmen könnten entsprechende Vergleiche ziehen und Faktoren, die positiven Einfluss auf Zwangsvermeidung haben, benennen.

8) Der Zwang wird regelmäßig angewandt bei Psychosen und auch bei manischen Episoden bei der bipolar-affektiven Störung und außerdem auch bei Sucht- und Demenzerkrankungen.

Bei Demenzerkrankungen gibt es sehr viele mechanische Zwangsmaßnahmen, aber mehr in Alten- und Pflegeheimen als in der Akutpsychiatrie. Ich denke, bei Demenzen wird die Schwelle für Zwangsanwendung herabgesetzt - man will die alten Menschen vor dem Hinfallen und Verletzung

schützen und es gibt auch Ängste vor Regressansprüchen der Krankenkasse.

In den Akutpsychiatrien ist meiner Meinung nach die Schwelle für die Zwangsanwendung bei Menschen mit Psychosen, bzw. Doppeldiagnose Psychose und Sucht, die auch oft zusammen mit Verwahrlosung und Aggressivität einhergehen können, herabgesetzt.

9) Es gibt institutionelle oder private Versorgungssituationen bzw. soziokulturelle Kontexte die das Risiko des Wohltätigen Zwangs erhöhen oder vermindern können.

Das paternalistische Wahrnehmungsmuster und die Denkweise, dass psychische Erkrankungen unheilbar sind, können das Zwangsrisiko erhöhen. Auch wenn die Betroffenen hauptsächlich als Kostenfaktor betrachtet werden, wird möglicherweise schneller Zwangsmedikation und Fixierung eingesetzt, als Deeskalation und Krisengespräche.

Das Zwangsrisiko kann vermindert werden, wenn das Personal offen und auf gleicher Augenhöhe mit Patienten kommuniziert und wenn auch ein selbst betroffener Genesungsbegleiter bei Gesprächen beteiligt ist. Auch wenn wirklich ernsthaft die Menschenrechte und die UN-BRK durch das Personal wahrgenommen werden, werden die Zwangsmaßnahmen grundsätzlich nur in Akutsituationen wirklich als letztes Mittel angewendet, wenn alle anderen Alternativen ausgeschöpft sind.

10) Die kultur-, alters- und geschlechtsspezifischen Differenzen, sowohl auf Seiten der Helfer, wie auch auf Seiten der Betroffenen, wirken sich auf Häufigkeit und Art der Zwangsmaßnahmen aus.

Die Helfer, die zur älteren Generation gehören, könnten öfter zu Zwangsmaßnahmen wie beispielsweise Fixierung besonders bei älteren, gebrechlichen und demenzkranken Personen greifen, weil sie mehr auf Sicherheit bedacht sind und die Betroffenen vor Verletzungen durch Sturz oder vor der Entweichung schützen wollen.

Frauen als Helferinnen neigen eher zu Versuchen der Deeskalation und sind wohl mehr kompromissbereit als Männer, die eher härteres Durchgreifen befürworten. Deshalb sehe ich die geschlechtergemischten Teams grundsätzlich positiv.

Die Helfer mit Migrationshintergrund, insbesondere die, die in einer autoritären Gesellschaft aufgewachsen sind, können auch in Deutschland eher zum autoritären Verhalten und Paternalismus neigen. Außerdem kann es bei Sprachproblemen sowohl auf Seiten der Helfenden wie auch auf Seiten der Betroffenen eher zu Missverständnissen kommen, die Zwangsmaßnahmen begünstigen könnten.

Was Betroffene betrifft: Aus meiner Erfahrung reagieren Frauen noch empfindlicher, wenn sie von Zwangsmaßnahmen betroffen sind. Relativ viele Frauen mit psychischer Erkrankung haben früher Gewalt, auch sexualisierte Gewalt erlebt und empfinden die Zwangsmaßnahme, die nicht selten von dem gewaltsamen Entkleiden begleitet wird, auch als eine Art der sexuellen Nötigung oder sogar Vergewaltigung. Mir persönlich ist die Aussage einer betroffenen Frau bekannt, die sich allgemein als Psychiatrieopfer betrachtet hat, dass man sie bei Zwangsmaßnahmen absichtlich entkleidet gelassen habe, damit das männliche Personal sich ihren Intimbereich anschauen könne.

11) Ich habe zu wenig Erfahrungen um festzustellen, ob es unterschiedliche Bewertungen der Zwangsmaßnahmen von Patienten und Patientenangehörigen abhängig von ihren kulturellen Wertvorstellungen gibt.

Es kann möglich sein, dass die Angehörigen mit Migrationshintergrund eher Verständnis

für Zwangsmaßnahmen haben, allerdings sind sie eher nicht mit Beachtung der Schweigepflicht durch professionelle Mitarbeiter einverstanden oder sie reagieren mit Unverständnis, wenn der/die PatientIn keinen Angehörigenbesuch empfangen will.

12) Was Kompetenzen, Kenntnisse und Einstellungen des professionellen Personals betrifft, können sie protektiven Einfluss auf potenziell vermeidbaren Zwang haben.

Zuerst möchte ich positiv die weitgehend offenen Stationen, Beteiligung der Psychiatrie-Erfahrenen auf mehreren Ebenen, z.B. als Genesungsbegleiter und auch in beratenden Gremien und Beachtung der Menschenrechte durch das Personal nennen: vgl. *Kapitel von Martin Zinkler: "Vision einer gewaltfreien Psychiatrie" aus dem Buch: "Prävention von Zwangsmaßnahmen."*

Auch gute Kenntnisse von Deeskalationstechniken und Alternativen zu Zwang, die als verbindliche Standards durch regelmäßige Fortbildungen in den Kliniken erworben und verbindlich angeboten werden, haben eindeutig positiven Einfluss auf die Vermeidung von Zwangsmaßnahmen. Schließlich wirken sich auch alternative Konzepte, wie beispielsweise Soteria, oder das Recovery Konzept positiv in dem Bereich aus. Auch Patientenverfügungen und Behandlungsvereinbarungen können positiven Einfluss auf die Zwangvermeidung bzw. Reduzierung haben.

13) Die Auswirkungen von „Wohltätigen Zwang“ auf die Beziehungen zwischen den Akteuren sind sowohl kurz-, wie auch mittel- und langfristig überwiegend negativ.

Die Durchführung einer psychiatrischen Zwangsmaßnahme führt regelmäßig zum Vertrauensbruch zwischen den Betroffenen und professionellem Personal, das an dieser Zwangsmaßnahme beteiligt war.

Auch eine Nachbesprechung der Zwangsmaßnahme kann das verlorene Vertrauen oft nicht wiederherstellen. Das kann langfristig dazu führen, dass die Betroffenen sich von dem psychiatrischen Hilfesystem ganz oder teilweise abwenden und versuchen, sich in der Zukunft gegen Zwangseinweisung und andere Zwangsmaßnahmen zu wehren, beispielsweise durch Flucht und sich verstecken. Oft versuchen Betroffene auch, dem Psychiatrieaufenthalt und Zwang durch besondere Patientenverfügung, wie z.B. die *PatVerfü von „die BPE“, die jegliche psychiatrische Untersuchung, Diagnostizierung und Behandlung ablehnt - nach dem Motto: „Geisteskrank? Ihre eigene Entscheidung!“*, zu entgehen. Diese Haltung wird auch in der Ethischen Stellungnahme der DGPPN zum Thema Zwang benannt. Die professionellen Mitarbeiter, insbesondere die, die bei der Durchführung der Zwangsmaßnahme beteiligt waren, werden oft als Peiniger und Folterer betrachtet, mit denen man auch danach nicht reden will.

Es gibt aber auch Fälle, bei denen die Durchführung einer Zwangsmaßnahme grundsätzlich von den Betroffenen im Nachhinein positiv bewertet wird. *Rainer Höflacher, Autor des Kapitels: "Zwangsmedikation: Ultima Ratio, oder No-Go" im Buch „Prävention von Zwangsmaßnahmen“* und selbst Betroffener schreibt auf Seite 61: "Es kommt übrigens nicht selten vor, dass sich Psychiatrie-Erfahrene im Nachhinein bei den Ärzten für die Durchführung einer Zwangsmaßnahme bedanken, da ihnen dadurch weitere Leiden erspart wurden, bzw. schlimmeres vermieden wurde. Manche sind sich sogar sicher, dass die Zwangsmedikation lebensrettend für sie war". Das sind seine Erfahrungswerte, die aber nicht mit Zahlen belegt sind.

Mir persönlich ist eine Person gut bekannt, die für sich ein Recht auf Behandlung einfordert und erwartet, dass auch durch Zwangsmaßnahmen verhindert wird, dass sie in der Krise Straftaten begeht und in den Maßregelvollzug eingewiesen wird.

14) Das Erleben von Zwang wird von den Betroffenen und den Beteiligten meistens negativ

erfahren und daher wäre es zu minimieren. Auch die aktuelle Rechtsprechung bezeichnet die Zwangsbehandlung als ultima ratio (letztes Mittel), nur wenn mildere Mittel nicht wirken. Das Deutsche Institut für Menschenrechte sieht den Staat in der Pflicht, mildere und alternative Mittel zu entwickeln. Sonst dürfe sich der Staat nicht auf das Konzept der ultima ratio berufen (*Deutsches Institut für Menschenrechte 2012.*)

Es gibt auch Betroffene, die zwar die Zwangsmaßnahme als traumatisierend und erniedrigend erlebt haben, aber sie sehen sie trotzdem als kleineres Übel und sie sind froh, dass sie dadurch z.B. aus ihrem quälenden Wahn herausgerissen worden sind und dadurch wieder ein relativ normales Leben führen können, bzw. sogar (wieder) ihrer Berufstätigkeit nachgehen können.

15) Es gibt meiner Meinung nach nur wenige Studien, die sich mit dem Thema befassen. Ich habe eine Studie in: *Psychiatrische Praxis 2013: "Negative Emotionen und Verständnis - Zwangsmaßnahmen aus Patientensicht"* gefunden.

16) Insgesamt sehe ich negative Auswirkungen von Zwang auf die künftige Versorgung der Betroffenen:

Zwang stellt für die meisten Patienten eine hohe zusätzliche Belastung und bei vielen auch sekundäre Traumatisierung dar. Diese Traumatisierung kann in extremen Fällen sogar zu Suiziden und Suizidversuchen führen, worüber die Angehörigen der verstorbenen Patienten berichten und auch der bekannte *Menschenrechtsanwalt David Schneider Addae-Mensah* beschreibt einen Fall des Suizids nach Zwangsmaßnahme in seiner *BPE Stellungnahme zur Zwangsfixierung*.

Die Patienten verlieren immer mehr das Vertrauen in das psychiatrische System und verweigern ganz oder teilweise die Behandlung, was nicht selten negative Konsequenzen haben könnte. Die Durchführung der Zwangsmaßnahme hat einen negativen Einfluss auf Patientenzufriedenheit, was sich auch langfristig negativ auf Genesung bzw. Besserung auswirkt.

In positiveren Fällen kann das Erleben der Zwangsmaßnahme dazu führen, dass Betroffene versuchen, besser mit eigenen Krisen umzugehen und sie zu managen, bzw. alternative Einrichtungen, wie Weglaufhäuser und Krisenpensionen in Anspruch zu nehmen und auch mehr Kontakte mit der Selbsthilfe zu knüpfen.

Weitere Ausnahmen habe ich auch unter Punkt 13 angesprochen.

17) Unmittelbare Folgen des Zwangs können sowohl in jüngeren als auch in späteren Jahren u.a. körperliche Verletzungen wie Abschürfungen bei Fixierungen, Kreislauf- und Atemprobleme sein. Die Zwangsbehandlung insbesondere durch Neuroleptika kann auch zu akuten Herz-, Kreislauf- oder Atemstörungen und neurologischen Störungen führen.

Spätere Folgen des Zwangs können sowohl körperlicher wie auch seelischer Natur sein - abgesehen von Traumatisierungen und anderen psychiatrischen Symptomen kommen auch späte Folgen der längeren Psychopharmakabehandlung dazu - oft mit Überdosierung der Medikamente verbunden. Es ist allgemein bekannt, aber trotzdem erwähnenswert, dass langjährige Einnahme von Neuroleptika sich erheblich lebensverkürzend auswirkt.

Speziell bei älteren und gebrechlichen Menschen können insbesondere Fixierungen und andere mechanische Vorrichtungen unmittelbar zum Entstehen von offenen Geschwüren (Dekubitus) führen und auch dazu, dass die betroffenen Menschen immer mehr bewegungsunfähig und sturzgefährdet werden.

18) Normative Konflikte können für individuelle Akteure wie z.B. Klinikpersonal, aber auch für

gesetzliche Betreuer, die über die Zwangseinweisung nach Betreuungsrecht Vorentscheidung treffen müssen, entstehen.

Auch kann es in den Kliniken mit psychiatrischen Akutstationen zu Konflikten und Auseinandersetzungen kommen, wenn beispielsweise Zwangsmaßnahmen unter unwürdigen Umständen durchgeführt werden (müssen), z.B. die fixierten Betroffenen ohne Beachtung ihrer Intimsphäre im Flur untergebracht werden. Ich habe selbst vor einiger Zeit am Rande einer Tagung mit einem Pfleger und Mitglied des Personalrats seiner Klinik gesprochen, der wegen der im vorigen Satz beschriebenen unwürdigen Zustände versucht hat, bei der Klinikleitung zu intervenieren, aber dann zurückgewiesen wurde.

Die Klinikträger und ärztlichen Leiter müssen in ihren Kliniken und Abteilungen ihre regionale Versorgungsverpflichtung erfüllen und sind verpflichtet zwangseingewiesene Patienten unterzubringen - auch bei Nichterfüllung der Mindestpersonalausstattung nach PsychPV und bei fehlenden baulichen Voraussetzungen. Deshalb wären personelle Mindestanforderungen und ihre Kontrolle und bei ihrer Nichterfüllung Entzug der Versorgungsverpflichtung notwendig. Ich hoffe dass die entsprechende *GBA Richtlinie nach PsychVVG*, die bis Ende 2019 in der *AG Personalausstattung in Psychiatrie und Psychosomatik* erarbeitet wird, diesbezüglich mehr Klarheit schafft. Ich bin an dieser AG als Patientenvertreter übrigens beteiligt.

19) Zwangsbehandlung lässt sich meiner Meinung nach nur in sehr engen Grenzen legitimieren:

Einerseits als meistens kurzfristige Notfallbehandlung bei Bewusstlosigkeit und anderen eng definierten Zuständen wie z.B. im Fall der erheblichen Vitalgefährdung und einhergehender Selbstbestimmungsunfähigkeit, wobei, falls vorhanden, eine Patientenverfügung beachtet werden muss.

Andererseits sollte die Zwangsbehandlung möglich sein bei Patienten mit sogenannter positiver Vorausverfügung, die sich solche Behandlung in der Krise wünschten. Aber auch da müssen die Rechte und die Würde des Menschen beachtet werden.

Ich sehe in diesem Zusammenhang den neuen *Referentenentwurf des BMJ* mit der Absicht die Zwangsbehandlungen von der freiheitsentziehenden Unterbringung generell zu entkoppeln sehr kritisch. Der o.g. Entwurf wird auch in der Februarausgabe der *SoVD Zeitung*: „*Soziales im Blick*“ in dem Artikel: „*Änderung im Betreuungsrecht geplant*“, Seite 4, als unverhältnismäßig, stark kritisiert.

20) Es ist insbesondere die UN-Behindertenrechtskonvention heranzuziehen.

Zumindest die chronisch psychisch erkrankten Menschen sind Behinderte im Sinne der UN-BRK und einzelne Artikel der UN-BRK garantieren den Menschen mit Behinderungen gleichberechtigt mit anderen die Freiheits- und Schutzrechte.

21) Bestimmte Entscheidungsverfahren bzw. institutionelle Leitbildvorgaben oder auch Leitlinien und berufsethische Standards können erhebliche Relevanz haben.

Was Leitlinien betrifft, möchte ich die „*S2 Leitlinie Aggressives Verhalten*“ - DGPPN und eine „*Leitlinie für den Umgang mit Zwangsmaßnahmen*“ aus Rheinland Pfalz (Anderl-Doliwa u.a.) benennen.

Außerdem können die Leitbilder der Kliniken selbst Bedeutung haben, wie z.B. grundsätzlich offene Türen, Behandlung auf gleicher Augenhöhe, flache Hierarchien; ein positiver Ansatz, wie z.B. Recovery, open dialogue, bzw. das Soteria-Konzept.

Was berufsethische Standards betrifft, will ich die *Stellungnahme der Zentralen Ethikkommission bei der Bundesärztekammer . "Zwangsbearbeitung bei psychisch Erkrankten"* mit Benennung der strukturellen Mängel bei der Durchführung der Zwangsbearbeitungen und entsprechenden Empfehlungen und die ethische Stellungnahme der DGPPN: *"Achtung der Selbstbestimmung und Anwendung von Zwang bei Bearbeitung von psychisch erkrankten Menschen"*, nennen.

Jurand Daszkowski