

Andreas Heinz: „Wohltätiger Zwang“ in der Psychiatrie

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

Nicht jeder Zwang bei psychischen Erkrankungen ist wohltätig, insbesondere, wenn es sich um die Abwehr einer Fremdgefährdung durch eine einsichtsunfähige Person mit psychischer Erkrankung handelt. Es ist wichtig, das Themenfeld nicht stigmatisierend auf „die Psychiatrie“ zu verengen. Psychische Störungen, die die Einsichtsfähigkeit der Betroffenen vermindern, treten nicht nur im Rahmen psychiatrischer Erkrankungen auf, sondern auch bei vielen somatischen Erkrankungen, z. B. Hirntumoren, Meningitis, virusbedingte sowie Autoimmun-Enzephalitiden, Multiple Sklerose, Temporallappenepilepsie, frontotemporale sowie Alzheimer-Demenz, M. Parkinson, M. Wilson, M. Huntington, Schlaganfällen und Hirnblutungen. Psychotische Störungen kommen auch als Nebenwirkung vieler Medikamente vor (z. B. Dopaminagonisten, Anticholinergika, Antiepileptika, Diuretika, Antidepressiva, Antipsychotika, Antikonvulsiva, Zytostatika, Antidiabetika etc.). Einige Stoffwechselstörungen können psychotische Zustände auslösen, z. B. Schilddrüsenüberfunktionen, sowie Vitamin B₁₂-Mangel, z.B. infolge Mangelernährung. Psychische Störungen können auch Folge von Verletzungen (z.B. Hirntraumata) und von Operationen (Durchgangssyndrome) sein. Infektionskrankheiten wie die Creutzfeldt-Jakob-Krankheit, Malaria und Syphilis können eine psychotische oder delirante Symptomatik verursachen. Auch Parasitenerkrankungen (z.B. Infektionen mit dem Fadenwurm *Filariasis bancrofti*) können psychotische Zustände auslösen. Zwang wird daher in vielen Behandlungssettings durchgeführt, insbesondere auch auf (neurologischen) Intensivstationen. Außerdem finden Zwangsbehandlungen in einem erheblichen und menschenrechtlich viel zu wenig beachteten Ausmaß in Heimen und anderen geschlossenen Einrichtungen, die nicht akuten Krankenhäusern entsprechen, statt.

Der Begriff der „Wohltat“ erscheint als euphemistisch, denn Zwangsbehandlungen sind in der Regel für die Betroffenen sehr unangenehm bis traumatisierend. Eine positive Auswirkung wird eher im Nachhinein in der distanzierenden Bewertung durch die Betroffenen gesehen. Passend wäre also eher ein Begriff, der den Schutz vor Selbstgefährdung bei Einsichtsunfähigkeit im Rahmen psychischer Erkrankungen thematisiert, also etwa „Zwang zur Abwehr von erheblichen Gesundheitsschädigungen“ oder, wenn man es verkürzen will, „medizinischer Zwang“.

2. Zwang und Alternativen in der Praxis:

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?

In Berlin werden Unterbringungen, Fixierungen und Zwangsbehandlungen nach PsychKG (Paragraph 28 & 39) vom Senat, in diesem Fall den Beauftragten für Psychiatrie erhoben. Der Berlin-weite Vergleich wird aber durch Unterschiede in der Erhebungsmethodik in einzelnen Kliniken erschwert.

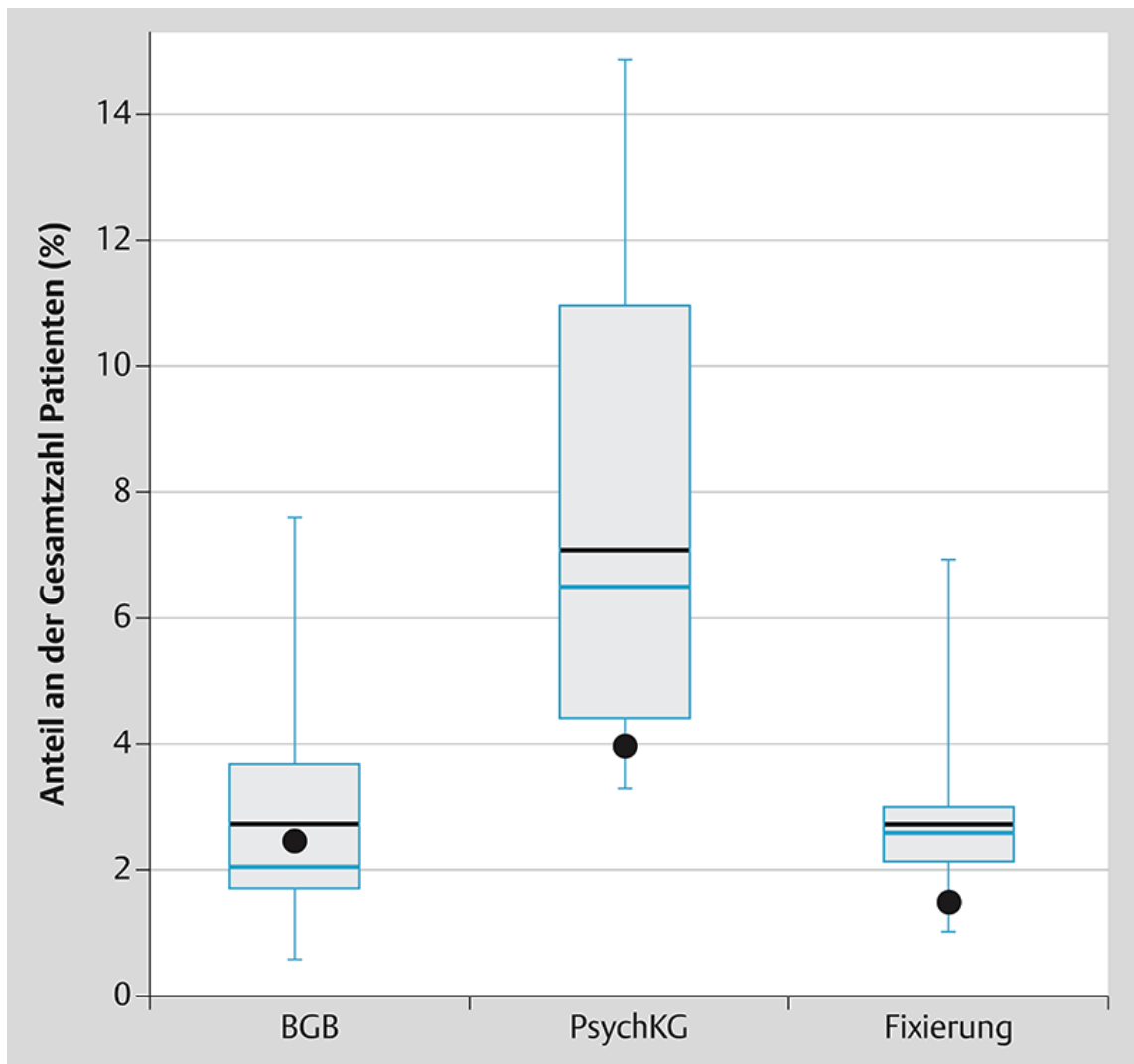


Abbildung 1: Prozentualer Anteil der nach BGB und der nach PsychKG untergebrachten Patientinnen und Patienten und der durch Fixierung oder ähnliche Maßnahmen in ihrer Bewegungsfreiheit eingeschränkten Personen gemessen an der Gesamtzahl aller behandelten Patientinnen und Patienten. Der schwarze Punkt zeigt die Daten einer Klinik (Charité Campus Mitte), die mit weitgehend offen geführten Stationen arbeitet (Cibis et al., 2016).

Ein bundesweiter Vergleich ist auf Grund unterschiedlicher Gesetzgebungen der Länder und Dokumentationsanforderungen schwierig, es gibt hier kein bundeseinheitliches System. Eines der großen Probleme der Zwangsausübungen bei psychischen Erkrankungen ist die fehlende einheitliche Regelung der psychiatrischen Krankengesetze der Länder, die im Rahmen der Länderhoheit unterschiedlich sind. Es ist kaum verständlich, warum Eingriffe in ein so wesentliches Grundrecht nicht bundeseinheitlich zu regeln sind. Auf Grund des bundeseinheitlichen Betreuungsrechts können hierzu bundesweite Daten erhoben werden, diese sind aber auf Grund der unterschiedlichen PsychKGs der Länder wiederum nicht gut miteinander vergleichbar.

Ein internationaler Vergleich ist kaum möglich auf Grund unterschiedlicher Gesetzgebungen und Tradition (z.B. ist in Großbritannien nur Festhalten und keine Fixierung erlaubt, in den Niederlanden gab es früher nur Isolierung, keine Fixierung oder Medikation). Zu Statistiken in Deutschland siehe die Arbeiten von Steinert und anderen, zu Statistiken in Berlin vergleichend die Arbeit von Cibis und anderen aus unserer Arbeitsgruppe, die in der

Zeitschrift „Psychiatrische Praxis“ 2016 publiziert wurde. Aktuelle Forschungsprojekte im Rahmen des BMGs widmen sich der Vermeidung von Zwang, versuchen die Erfassung zu verbessern und ein Monitoring-System zu entwickeln.

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?

Abgesehen von Gerichtsstatistiken sind die Daten wenig belastbar, da Unterschiede in den Erhebungsmethoden bisher nicht standardisiert sind. Hinzu kommt ein Dunkelfeld beispielsweise im Rahmen der Ankündigung von Unterbringungen, falls kein freiwilliger Verbleib erfolgt, womit die Freiwilligkeit natürlich in Frage gestellt wird. Es sei an dieser Stelle nochmal explizit auf den großen Graubereich der geschlossenen Heime und Pflegeheime verwiesen. Minderjährige sind weit schlechter vor Zwangsmaßnahmen geschützt als erwachsene Betreute, weil bei Minderjährigen die Erziehungsberechtigten unmittelbar und ohne richterliche Überprüfung Zwangsmaßnahmen und Zwangsbehandlungen genehmigen können. Bezüglich spezifischer Besonderheiten der Kinder- und Jugendpsychiatrie sollte die Kinder- und Jugendpsychiatrie direkt involviert werden.

4. Welche Erscheinungsformen des Zwangs sind in Ihrem Umfeld am häufigsten zu beobachten? Welche konkreten Probleme ergeben sich darauf?

Im stationären Umfeld sind Unterbringungen nach PsychKG oder BGB am häufigsten, gefolgt von Isolierung oder Fixierung (siehe oben, ca. 1% aller Patienten) und Zwangsmedikation. Im Bereich der Gerontopsychiatrie und der offenen oder geschlossenen Heime gibt es eine Vielzahl von Freiheitsbeschränkungen inklusive der sogenannten Bettgitter, die im Alltag der Heimunterbringung häufig nicht juristisch genehmigt sind. Im ambulanten Bereich wird Zwang durch drohenden Wohnungs- oder Betreuungsverlust vor allem indirekt ausgeübt. Probleme der Durchführung von Zwangsmaßnahmen sind der Vertrauensverlust und die negativen Auswirkungen auf die Betroffenen, die Möglichkeit der Gewalteskalation insbesondere dann, wenn Unterbringung oder Fixierung ohne Medikation angewendet wird, häufig Verbunden mit Drohungen gegen das Personal, Therapieabbrüchen oder nachfolgend fehlendem Vertrauen. Deswegen ist das Anbieten einer Behandlungsvereinbarung im Rahmen des Nachgesprächs nach jeder Zwangsmaßnahme wichtig.

5. Welche Alternative gibt es in Ihrem Arbeitsfeld zu Formen des „wohltätigen Zwangs“? Gibt es gute Modelle/evaluierte Projekte zur Vermeidung von „wohltätigen Zwang“ in der Psychiatrie? Können die Aktuelle (möglicherweise noch unveröffentlichte) Erkenntnisse nennen?

Unserer Erfahrung nach kann eine möglichst offen geführte Akutstation (also mit weitgehend offenen Stationstüren) auch bei gegen ihren aktuellen Willen untergebrachten Patientinnen und Patienten deeskalierend wirken. Dafür ist eine hinreichende Personalausstattung unabdingbar, insbesondere die Möglichkeit, eine Eins-zu-Eins-Betreuung auch dann durchzuführen, wenn die betroffene Person nicht fixiert oder isoliert ist. Das heißt die Betreuung tritt dann an Stelle der anderweitigen Sicherungsmaßnahme. In der Eins-zu-Eins-Betreuung kann sich die Pflegeperson gegebenenfalls auch nur im Bereich der Tür aufhalten, damit sich die betroffenen Patienten ansonsten auf der Station oder im Garten frei bewegen können. Rückzugsmöglichkeiten auf Station und Freiräume insbesondere mit Gartenzugang sind sehr wichtig. Unserer Erfahrung nach sind Stationsgrößen über 18 bis 20 Patientinnen und Patienten zu groß, um deeskalierend zu wirken, gerade wenn mehrere aggressive oder gereizte Patienten auf derselben Station sind.

Ereignisse	Türstatus				Statistik	
	geschlossen		geöffnet		χ^2	p
	1995	2002	2012	2013		
Entweichungen (alle Patienten)						
Verhältnis nicht entwichen : entwichen	382:17		553:18		0,70	0,4
Anzahl nicht entwichener Patienten	177	215	315	238		
Anzahl entwichener Patienten	8	9	10	8		
Entweichungen (nur Untergebrachte)						
Verhältnis nicht entwichen : entwichen	47:17		81:18		1,62	0,20
Anzahl nicht entwichener Patienten	21	26	34	47		
Anzahl entwichener Patienten	8	9	10	8		
Zwangsmedikation						
Verhältnis nicht erfolgt: erfolgt	49:15		91:8		7,6	0,006
nicht erfolgt	23	26	42	49		
erfolgt	6	9	2	6		
aggressive Übergriffe						
Verhältnis nicht erfolgt: erfolgt	49:15		94:5		12,2	<0,001
nicht erfolgt	25	24	42	52		
erfolgt	4	11	2	3		
Fixierungen						
Verhältnis nicht erfolgt: erfolgt	48:16		81:18		1,1	0,30
nicht erfolgt	21	27	36	45		
erfolgt	8	8	8	10		
besondere Sicherheitsmaßnahmen nach §29a						
Verhältnis nicht erfolgt: erfolgt	52:12		84:15		0,36	0,55
nicht erfolgt	24	28	38	46		
erfolgt	5	7	6	9		

Tabelle 2: Abnahme der Zwangsmedikation und der aggressiven Übergriffe bei weitgehend offener (2012 & 2013) versus durchgehend geschlossener Stationsführung (Daten einer Akutstation mit Versorgungsbezirk in der Innenstadt Berlin; Cibis et al., 2016).

Psychotherapeutische Konzepte und gute und vielfältige Therapieangebote auf Akutstationen sind weitere Faktoren, die deeskalierend wirken können. Stationsersetzende Behandlungen beispielsweise im Rahmen des sogenannten Hometreatments oder der integrierten Versorgung können in vielen Fällen stationäre Aufnahmen verhindern und damit im Lebensumfeld deeskalierend wirken (Bock und Heinz, Psychosen – Ringen um Selbstverständlichkeit, PsychiatrieVerlag 2016).

Generell ist die Einbeziehung von Peers, also von ausgebildeten Betroffenen, deeskalierend wirksam, sowohl in stationären wie stationsersetzenden Settings. Patientenverfügungen und Vorsorgevollmachten sowie insbesondere gegenseitig abgesprochene Behandlungsvereinbarungen und Krisenpläne können zudem helfen, einer Eskalation von gewalttätigem Verhalten und Zwangsmaßnahmen entgegenzuwirken.

6. Welche unaufgebbaren Formen der Fürsorge sind regelmäßig mit Zwangsmaßnahmen verbunden?

Zwangsmaßnahmen zum Schutz der betroffenen Personen und anderer sind dann und nur dann gerechtfertigt, wenn es sich um akut fremd- oder selbstgefährdende Handlungen von Personen handelt, die auf Grund ihrer psychischen Störung nicht einsichtsfähig in die Konsequenzen ihres Handelns sind, und wenn diese Personen nicht von vorneherein im einwilligungsfähigen Zustand eine Behandlung ihrer Erkrankungen im medizinischen System ausgeschlossen haben. Sollte Letzteres der Fall sein und hat die betroffene Person nicht nur

bestimmte Behandlungsmöglichkeiten, sondern jeglichen Kontakt mit dem medizinischen oder ggf. nur mit den psychiatrischen Hilfesystem (inklusive der Diagnosestellung oder psychotherapeutischer Behandlungen) abgelehnt, müsste für diese Personen bei Fremdgefährdung eine Unterbringung außerhalb des medizinischen und damit des psychiatrischen Hilfesystems gewährleistet werden. Wird nur eine Behandlung in der Psychiatrie abgelehnt, kann ggf. eine Behandlung in der Neurologie erfolgen, sofern eine neurologische Ursache möglich erscheint. Bei Psychose ist grundsätzlich vor einer gründlichen Differenzialdiagnostik nicht erkennbar, ob es sich um eine neurologische oder psychiatrische Krankheit handelt. Bei reiner Eigengefährdung besteht unseres Erachtens das Recht der betroffenen Personen, im einwilligungsfähigen Zustand fremde Hilfe durch das Medizinsystem abzulehnen.

Ethisch schwierig ist die Frage zu entscheiden, ob eine einwilligungsunfähige, akut nicht selbstgefährdende, aber sich durch ihre Erkrankung (beispielsweise durch eine Psychose) chronisch schädigende Person nicht wenigstens einmal im Leben das Recht haben sollte, gegen ihren Willen zur Herstellung der Einwilligungsfähigkeit behandelt zu werden, um nachfolgend darüber zu entscheiden, wie ihre weitere Behandlung aussehen soll. In solchen Fällen ist aber mit den oben genannten deeskalierenden Maßnahmen häufig ohne Zwangsmaßnahmen ein gewisses Vertrauensverhältnis herstellbar, auf dessen Grundlage sich dann weitere therapeutische Möglichkeiten ergeben können.

Es sei an dieser Stelle darauf hingewiesen, dass das soziale Umfeld in der Gesellschaft unserer Erfahrung nach in den letzten Jahren wieder zunehmend repressiv reagiert, d.h. es kommt häufiger zum Wohnungsverlust oder zum Ausschluss aus Übergangwohnheimen und therapeutischen Wohngemeinschaften bei Verweigerung der Medikation und Konflikten in der Wohnform. Patientinnen und Patienten sind dadurch zunehmend von Obdachlosigkeit bedroht.

7. Unter welchen Bedingungen halten Sie eine Versorgung weitgehend oder sogar gänzlich ohne „wohltätigen Zwang“ für denkbar?

Eine Versorgung gänzlich ohne jeden Zwang im Rahmen psychischer Störungen, Selbst- oder Fremdgefährdung und Einwilligungsunfähigkeit verletzt unseres Erachtens die Menschenrechte. Als Beispiel sei einer meiner Parkinson-Patienten angeführt, der im Rahmen der von mir als Neurologe verordneten Medikation (Stimulation der Dopamin-D2-Rezeptoren durch so genannte Dopaminagonisten) psychotisch wurde und sein Bett angezündet hat, um, wie er mir nachfolgend berichtete, dort vermeintlich liegende „Fischernetze zu verbrennen“. Eine im Rahmen ihrer Medikation psychotisch werdende Person der Selbst- und Fremdgefährdung zu überlassen oder sie gar im Rahmen des Rechtssystems für das Feuerlegen zu bestrafen, erscheint als absolut unethisch. Dasselbe gilt unseres Erachtens, wenn nicht die (exogene) dopaminerge Medikation eines Arztes, sondern eine (endogene) Dopamin-Überfunktion, wie sie bei Patienten mit schizophrenen Psychosen nachgewiesen werden konnte, zu entsprechenden Verhaltensweisen führt. Es sei an dieser Stelle aber noch einmal betont, dass es sich hier um absolute Ausnahmen handelt, die in einer gut geführten Klinik unserer Erfahrung nur ca. 1% aller Patientinnen und Patienten treffen. Voraussetzung dafür ist aber wie oben genannt eine angemessene Finanzierung des psychiatrischen Personals und die klare Ausrichtung auf Deeskalation und eine offenen Stationsführung.

Wichtig erscheint auch die klare Beobachtung der unseres Erachtens zunehmenden Zwangseinweisungen in geschlossene Heime, die aus unserer Sicht keinen adäquaten Umgang mit chronischen psychischen Erkrankungen darstellen und Verhältnisse schaffen, die durch die Psychiatriereform vor 40 Jahren eigentlich überwunden werden sollten (Stichwort

geschlossene Langzeitstationen).

Für ältere Menschen ist der Umgang mit psychischen Erkrankungen, insbesondere Demenzerkrankungen, in Altersheimen entscheidend. Hier wird unserer Erfahrung nach in großem Maße neuroleptisch mediziert, ohne dass es hierfür einen medizinischen Grund gibt. Die Medikation erfolgt offenbar vornehmlich um ältere Menschen ruhigzustellen und damit Personalknappheit auszugleichen (siehe Majic et al., Deutsches Ärzteblatt International 2010). Hier werden die Leitlinien in aller Regel nicht eingehalten, die Deeskalation durch Personal, Ergotherapie, Hundetherapie oder andere Formen der persönlichen Zuwendung und der aktivierenden Behandlung umfassen (siehe Rapp et al., J Am Med Dir Assoc 2013 sowie Treusch et al., European Psychiatry 2015).

8. Bei welchen Arten von psychischen Erkrankungen/Störungen wird regelmäßig Zwang angewandt? Bei welchen Krankheitsbildern ist Ihrer Erfahrung nach die Schwelle für die Anwendung herabgesetzt? Sind das in der Tat- wie angenommen- insbesondere psychotische Symptomatiken oder auch andere?

Eine regelmäßige Zwangsangewandung bei bestimmten Diagnosen ist ungesetzlich, da nicht die Diagnose sondern nur die Fremd- oder Selbstgefährdung im Rahmen einer Einsichtsunfähigkeit auf Grund einer psychischen Erkrankung die Rechtsgrundlage für Zwangsmaßnahmen bietet. Unter den psychiatrischen Krankheitsbildern, die die Einsichtsunfähigkeit einschränken können, finden sich nur relativ wenige Diagnosen, dazu zählen insbesondere Suchterkrankungen mit Delirien, Demenzerkrankungen mit Delirien, akute psychotische Störungen beispielsweise bei Schizophrenien oder bipolaren Erkrankungen und selten auch dissoziative Zustände nach Traumatisierung beispielsweise im Rahmen einer Borderline-Persönlichkeitsstörung. In dem zuletzt genannten Fall der Borderline-Persönlichkeitsstörungen handelt es sich aber sehr oft um Spätfolgen multipler Traumatisierungen durch sexuellen und körperlichen Missbrauch und nicht um einfache Akzentuierungen der Persönlichkeit, die unseres Erachtens nicht als psychische Erkrankung gewertet werden sollten und von daher auch nicht zu Zwangsmaßnahmen im medizinischen Hilfesystem führen sollten (siehe Heinz, Der Begriff psychischer Krankheit, Suhrkamp 2014). Im Bereich der Psychosomatik wird Zwangsbehandlungen bei schweren Formen der Anorexie und anderer Essstörungen mit Selbstgefährdung angewendet.

Es sei an dieser Stelle erneut auf die weitverbreitete und unseres Erachtens weitgehend illegale Praxis der neuroleptischen Medikation bei Demenzkranken im Rahmen der Heimversorgung verwiesen.

Weiterhin ist ein gravierendes Problem der Versorgung psychischer Kranker mit Migrationshintergrund die fehlende Bezahlung der Dolmetscherleistungen durch die Krankenkassen. Dies erschwert deeskalierende Maßnahmen, da die entsprechende Sprachmittlung letztlich davon abhängt, ob der für die Finanzen zuständige Vorstand eines Krankenhauses solche Leistungen im Einzelfall dennoch finanziert. Das ist ein unhaltbarer Zustand, gegen den wir wiederholt auf allen politischen Ebenen protestiert haben, ohne dass sich daran bisher etwas geändert hat.

Protektiv wirken unserer Erfahrung nach neben Deeskalation und hinreichender Personalbesetzung auch die Kompetenz eines Rechtspflegers, der neben dem Betreuer die Betroffenen beraten und bezüglich ihrer rechtlichen Möglichkeiten informieren muss.

9. Gibt es institutionelle oder private Versorgungssituationen bzw. soziokulturelle Kontexte (z.B. dominante Bilder, Vorstellungen, Wahrnehmungsmuster psychisch erkrankter Menschen oder Menschen mit Behinderung), die das Risiko des Wohltätigen Zwangs erhöhen bzw. vermindern?

Zwangsbehandlungen finden vor allem in geschlossenen Einrichtungen (Akutstationen, Intensivstationen und Heime) statt. Eine Zunahme bei Personalmangel ist anzunehmen, wurde aber unserer Kenntnis nach noch nicht bundesweit erhoben. Auf die Problematik der zunehmenden Einweisung chronisch psychisch kranker Menschen in geschlossene Heime wurde oben schon verwiesen.

10. Wirken sich kultur-, alters- und geschlechtsspezifische Differenzen auf Seiten der Helfer bzw. der Betroffenen auf Häufigkeit und Art von Zwangsmaßnahmen aus?

Männer werden im klinischen Alltag häufig bei Aggressionsneigung als gefährlicher wahrgenommen als Frauen, was auch Ausdruck in den entsprechenden Häufigkeiten von Zwangsmaßnahmen findet.

11. Erleben Sie unterschiedliche Bewertungen der Zwangsmaßnahmen durch Patienten und Patientenangehörigen hinsichtlich ihrer kulturellen Wertvorstellungen?

Patienten mit Migrationshintergrund haben sehr unterschiedliche soziale und kulturelle Hintergründe, sodass eine Generalisierung hier nicht angemessen ist. Es gibt aber bei deutschen Patientinnen und Patienten wie bei Migrantinnen und Migranten bestimmte Milieus, die wenig Verständnis für den Wert der persönlichen Autonomie der Betroffenen haben und Zwangsmaßnahmen erwarten, die gesetzlich in Deutschland oft zu Recht nicht zulässig sind.

12. Welche spezifischen Kompetenzen, Kenntnisse, Einstellungen und professionellen Selbstverständnisse haben einen protektiven Einfluss auf potenziell vermeidbaren Zwang?

Protektiv wirken unserer Erfahrung nach die explizite Ausrichtung der therapeutischen Teams auf Deeskalation und Zwangsvermeidung, der konsequente Versuch, Stationen auch im Akutbereich geöffnet zu halten und die damit verbundene Aufgabe, dass sich das Personal um jede einzelne fremd- oder selbstgefährdende Person bemühen muss, damit sie einen Sinn in ihrer Behandlung sieht und freiwillig auf Station bleibt. Auf die Bedeutung von Peers im klinischen Alltag wurde schon verwiesen.

Unserer Erfahrung helfen auch Beiräte der Kliniken, die von Angehörigen, Betroffenen und den Stationsteams besetzt werden und sich regelmäßig über die Häufigkeit von Zwangsmaßnahmen und ihre mögliche Vermeidung austauschen. Entscheidend ist, dass sei hier noch einmal betont, der Personalschlüssel: Sind bei Stationen mit 20 Patienten nur zwei Schwestern oder Pfleger in einer Schicht, dann ist es kaum möglich, die Tür offen zu halten und gleichzeitig sich um einzelne besonders gefährdete Patienten zu kümmern. Damit kommt es dann zur Türschließung und zu oft eskalierenden Konflikten um das Verlassen der Station der sich eingesperrt fühlenden Patienten.

Die gesetzlich gültige Psychiatrie-Personalverordnung wird in vielen Einrichtungen in Deutschland gesetzeswidrig unterschritten, eine Prüfung findet außer in Hessen nicht statt. Die Gewinnorientierung vieler Kliniken kollidiert hier mit den Menschenrechten.

13. Welche Auswirkungen haben Formen des wohltätigen Zwangs kurz-, mittel- und langfristig auf die Beziehung zwischen den Akteuren? Gibt es hierzu empirische Untersuchungen?

Negative Auswirkungen von Zwangsbehandlungen sind wissenschaftlich gut belegt, einzelne Maßnahmen werden unterschiedlich bewertet, die Bewertung hängt auch davon ab, ob die im Rahmen des Zwangs durchgeführte Therapie erfolgreich war, reine Fixierungen zur Gefahrenabwehr ohne weitere therapeutische Zielsetzungen werden unserer Erfahrung nach oft sehr negativ bewertet (siehe Mielau et al., Eur Arch Psychiat Clin Neurosci 2016).

14. Teilen Sie die Annahme, dass das Erleben von Zwang für die Betroffenen und die Beteiligten immer negativ erfahren wird und daher zu minimieren ist?

Ja.

15. Gibt es Untersuchungen zu den psychischen Auswirkungen des Erlebens von Zwang auf Seiten der Betroffenen, der Angehörigen und der Professionellen?

Es gibt viele Veröffentlichungen zur Haltung von Professionellen zum Zwang, auf Seiten der Betroffenen siehe oben (Antwort auf Frage 13., Mielau et al., 2016), Studien zum Erleben von Angehörigen siehe Forde et al., BMC Med Ethics 2016.

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

Die Anwendung von Zwang kann dazu führen, dass weitere Hilfe abgelehnt wird. Die Auswirkungen der Zwangsmaßnahmen auf das subjektive Erleben der Betroffenen hängt aber auch von Wirksamkeit der nachfolgenden Therapie ab (siehe oben Mielau et al., 2016): Je eher durch die Behandlung die Einsichtsfähigkeit und die Gesundheit der Betroffenen verbessert werden konnte, desto positiver wird im Nachhinein die Anwendung der Zwangsmaßnahme erlebt. Dies ist ein Grund, warum Zwangsmaßnahmen im Rahmen neurologischer oder anderer somatischer Kliniken in aller Regel nicht thematisiert werden, da hier die betroffenen Personen in aller Regel entweder von ihrer akuten Erkrankung genesen und die therapeutische Intervention dann begrüßen oder auf Grund der Erkrankung versterben.

17. Welche anderen mittelbaren und unmittelbaren Folgen Wohltätigen Zwangs lassen sich feststellen?

Zum Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie sollte diese befragt werden, zur besonderen Situation älterer Leute siehe die Hinweise in den vorliegenden Punkten zur Heimunterbringung und Medikation mit Neuroleptika.

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

Normative Probleme treten regelmäßig auf, wenn die betroffene Person im Rahmen einer Fremd- oder Selbstgefährdung bei Einsichtsunfähigkeit in die Folgen ihrer Entscheidung die Behandlung ablehnt. Denn selbst eine einwilligungsunfähige Person kann klare Äußerungen im Rahmen ihrer aktuellen Willensbildung gegen eine Zwangsmaßnahme tätigen. Dann ist das Ausmaß der drohenden Schädigung bei fehlender Behandlung gegen die Verletzung des aktuellen Willens der betroffenen Personen abzuwägen. Deswegen sind unseres Erachtens Formen der unterstützenden Entscheidungsfindung weiter zu entwickeln, die einer zur Zeit einwilligungsunfähigen Person helfen können, Einsicht in die Konsequenzen ihres Handelns zu erlangen, beispielsweise durch Einbezug von Verwandten und Freunden, eines Rechtspflegers neben dem Betreuer etc. Naturgemäß sind solche Interaktionen zeitaufwändig, aber auch im Fall der akuten Fremd- oder Selbstgefährdung sind externe Gutachten und richterliche Entscheidungen unabhängig von den aktuellen Therapeutinnen und Therapeuten unabdingbar.

Auf die Problematik der fehlenden Behandlung bei krankheitsbedingter Einsichtsunfähigkeit und chronischer Gesundheitsgefährdung statt aktueller Selbstgefährdung wurde bereits oben (Antwort auf Frage 6) hingewiesen.

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

Eine Zwangsbehandlung ist nur legitimiert im Fall des 1) Vorliegens einer psychischen Erkrankung [das heißt einer Störung, die lebensrelevante Funktionsfähigkeiten beeinträchtigt zum Schaden der betroffenen Person, dieser Schaden muss zudem ein erhebliches Ausmaß aufweisen (akute Lebensgefahr, Gefahr schwerwiegender Gesundheitsschäden, hoher Leidensdruck, Gefährdung existenzieller persönlicher Werte) oder eine erhebliche Fremdgefährdung im Sinne der Gefährdung der körperlichen Unversehrtheit der Mitmenschen darstellen; vgl. Heinz, Begriff psychischer Krankheit, Suhrkamp 2014], 2) alle anderen Mittel müssen versagt haben, 3) es besteht eine erhebliche Fremd- oder Selbstgefährdung ohne Durchführung der Zwangsmaßnahme, und 4) die betroffene Person hat im Rahmen ihrer Erkrankung keine Einsicht in die Auswirkungen ihres Handelns bezüglich der Selbst- oder Fremdgefährdung.

20. Welche inhaltlichen Maßstäbe sind hierfür heranzuziehen?

Das derzeit gültige Betreuungsrecht für die Eigengefährdung und für akute Fremd- oder Eigengefährdung auch die Krankengesetze der Länder, z.B. das Berliner PsychKG, die die Vorgaben der UN-Behindertenrechtskonvention und des Bundesverfassungsgerichts umzusetzen suchen.

Als inhaltliche Maßstäbe ist hier zum einen das Benefizienz-Prinzip heranzuziehen, zum anderen das Autonomie-Prinzip und zwar in dem Sinne, dass Respekt vor der Autonomie der Patienten auch gebietet, eine krankheitsbedingte Autonomie durch geeignete Maßnahmen wiederherzustellen, sofern dies dem vorausgefügten Willen oder zumindest dem mutmaßlichen Patientenwillen entspricht. Nach dem viele Jahrzehnte lang die Autonomie der Patientinnen und Patienten und die Selbstbestimmungsrecht in psychiatrischen Kliniken vernachlässigt wurde, droht unseres Erachtens zur Zeit in neoliberalen Gesellschaften eher eine zu einseitige Fokussierung auf die Selbstverantwortung der Betroffenen, die diese dem Schicksal der Obdachlosigkeit oder Gefängniseinweisung aussetzt, wie dies in hohem Ausmaß in den USA bereits gegeben ist.

Bezüglich der Personalausstattung psychiatrischer Kliniken fehlt die staatliche Aufsicht und es findet eine verantwortungslose Verengung dieser Diskussion auf Wirtschaftlichkeitsaspekte der betroffenen Kliniken statt, ohne dass Menschenrechte hier angemessen diskutiert werden.

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

Berufsethisch gibt es im Rahmen der Diskussion der UN-Behindertenrechtskonvention eine zunehmende Öffnung nicht nur reformorientierter Kliniken, sondern der gesamten psychiatrischen Versorgungsstruktur in Deutschland hin zu menschenrechtlichen Fragen und zur Anerkennung der Aufgabe, Zwang nach aller Möglichkeit zu vermeiden. Hier sind die verschiedenen PsychKGs der Länder zu nennen, die in der Regel eine möglichst offene Unterbringung empfehlen auch bei Zwangseinweisung (zur Auswirkung möglichst offen geführter Stationen siehe oben). In diesem Kontext ist auch das Positionspapier der DGPPN „Achtung der Selbstbestimmung und Anwendung von Zwang bei der Behandlung von psychisch erkrankten Menschen“ zu nennen.

Dem gegenüber steht aber ein in der Regel wenig verantwortlicher Umgang mit vereinzelt Gewaltdaten psychisch kranker Menschen, gerade auch in den Medien. Als problematisch hinzu kommen der in letzter Zeit artikulierte Ruf nach „Strafe statt Behandlung“ durch populistische Parteien und die bereits angesprochene neoliberale Gewinnorientierung der Kliniken bei verantwortungsloser fehlender staatlicher Aufsicht.