

Fragen für die Anhörung „Wohltätiger Zwang“ in der Psychiatrie

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?

Die hier gegebene Definition ist ungeeignet, da sie viele Facetten des psychiatrisch legitimierten Zwangs unterschlägt. Im psychiatrischen Kontext leugnet sie, dass auch Täuschung oder Drohung eine Form von Zwang ist.

Das „Wohl“ wird im Allgemeinen über die „ärztliche Indikation“ begründet. Diese ist aber nur eine subjektive Einschätzung einer Person aus einer bestimmten Berufsgruppe. Durch diese Definition wird die „Vernunftthoheit der Psychiatrie“ erhalten, obwohl sie bereits 2011 vom BVerfG zurückgewiesen wurde. Der Begriff verleitet professionelle Akteure der Psychiatrie dazu, die Grundrechtseinschränkungen durch die „psychiatrisch indizierten Maßnahmen“ eher zu verkennen.

Alternativ sollte der „Wohl“- Begriff im Sinne der UN-BRK ersetzt werden durch „die beste Interpretation des Willens und der Präferenzen.“ Zu eine solchen Interpretation im individuellen Krankheitsfall ist die Zusammenarbeit von Angehörigen, Betreuern und Ärzten unter weitestmöglicher Einbeziehung der aktuellen und früherer Willensäußerungen der Betroffenen

notwendig, „Alleinentscheidungen“ von Gutachtern, denen die Gerichte gerne folgen, werden so im Sinne der psychiatrischen Patienten/Heimbewohner erschwert.

Zwang kann unter Bürgern eines Rechtsstaats primär keine Wohltat sein und sollte nicht durch solche Arbeitsdefinitionen verbrämt werden. In Legalnormen wird inzwischen der freie, der natürliche, der erkennbare und der mutmaßliche Wille unterschieden, über allem schwebt ein sogenannter objektiver Wille. Daher sollte auch in einer Arbeitsdefinition der Willensbegriff zugrunde gelegt werden.

Mit dieser Aussage soll natürlich nicht die moralische Pflicht psychiatrisch Professioneller zur Hilfeleistung geleugnet werden. Doch zu den staatlichen Schutzpflichten gehört nicht nur das in 1 BvL 8/15 aufgezeigte Schutz-Problem, sondern auch der Schutz von Menschen mit psychiatrischen Diagnosen vor ungerechtfertigten Freiheitsentzügen.¹

Zwang und Alternativen in der Praxis

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?

Aktuell gibt es keine bekannten öffentlichen Statistiken zur Zahl und Verteilung geschlossen untergebrachter psychisch kranker Menschen in stationären Einrichtungen. Vertrauenswürdige Zahlen zu Zwangsmaßnahmen sind nur schwer zu finden, eine statistische Aufarbeitung der Gerichtsbeschlüsse liefert alljährlich Deinert²

Mir ist keine psychiatrische Klinik bekannt, die im Rahmen des regelhaft zu veröffentlichen Qualitätsbericht öffentlich macht, wie häufig sie zu grundrechtseinschränkenden Maßnahmen greift. Festgestellt werden kann, dass seit Anfang 1990 alljährlich die Anzahl von Zwangsmaßnahmen in der psychiatrischen Versorgung der BRD erheblich gestiegen ist. In der o.a. Statistik enthalten sind Freiheitsentzüge durch „Unterbringung“ oder vorläufige „Unterbringung“ nach dem Betreuungsrecht (§1906, (1,2 und § 1846)) und nach Landesrecht, unterbringungsähnliche Maßnahmen (Fixierungen §1906, (4)), sowie die richterlich genehmigte Zwangsmedikation (§ 1906 (3)) enthalten. Zahlen zu Zwangsmedikationen werden in NRW erst seit 2014 systematisch von der Aufsichtsbehörde erfasst und in BW seit 2015, jeweils nur für landesrechtlich untergebrachte Menschen. Nach meiner Kenntnis bemüht sich RPL inzwischen langjährig und unter Beteiligung von Menschen, die von psychiatrischen Diagnosen betroffen sind um mehr Transparenz bzgl. psychiatrisch veranlasster Zwangsmaßnahmen.³

Nach Deinert (a.a.O.) ergibt sich, dass es statistisch bundesweit eine Unterbringungsrate (nach beiden Rechtsformen) von 1,44 gibt. Dabei kommt Bayern auf eine Rate von 4,77 und das bevölkerungsreichste Bundesland NRW auf 2,66. Daraus lässt sich ableiten, dass die moralische Schwelle zum Freiheitsentzug aus psychiatrischen Gründen sehr unterschiedlich ist und bei weitem niedriger liegt, als bei strafrechtlich relevantem Handeln der Bürger. Die starken regionalen Schwankungen in NRW sind seit Jahrzehnten bekannt.

Zum internationalen Vergleich verweise ich auf Salize&Dressing 2004.⁴ Aus der Veröffentlichung ergibt sich, dass die Rechtsgrundlagen in europäischen Ländern unterschiedlich sind. Sie zeigt aber auch, dass die Zahlen in Deutschland hoch sind, eine Tatsache, die sich psychiatrisch-fachlich nicht begründen lässt.

Der Nationale Präventionsmechanismus von Großbritannien hat aktuell ein Dokument über Bürger im Freiheitsentzug⁵ veröffentlicht, in dem die Menschen, denen nach Mental Health Act die Freiheit entzogen wurde, gesondert erfasst sind.

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 Zahlen sind nicht belastbar. Die Erfassung durch Justizstatistik kann keine Klärung zur Frage Verhältnismäßigkeit der medizinisch-psychiatrisch veranlassten Maßnahme geben. Auch zeigt die große statistische Streubreite, dass unterschiedliche ethische Haltungen verschiedener Kliniken eine erhebliche Rolle zu spielen scheint. Dies ist mir auch durch meine langjährige Tätigkeit in der Besuchskommission nach Psych-KG NRW bekannt. Insbesondere unzureichende psychiatrische Dokumentation der Zwangs-Fälle ist hierfür verantwortlich. Häufig werden lediglich Verbalfloskeln und keine hinreichenden Anknüpfungstatsachen dokumentiert. Die mangelnde Dokumentation spiegelt die Tatsache wider, dass die Grundrechtseinschränkungen der Patienten im Bewusstsein der Ärzte kaum Bedeutung haben.

Der Psychiatrie ist es seit dem Bericht der Enquete-Kommission nicht bedeutsam erschienen, Standards für Grundrechtseinschränkungen zu entwickeln oder hinreichende Transparenz in ihre Zwangsmaßnahmen zu gewährleisten.

Es gibt verschiedene Dunkelfelder:

1. Die „konstruierte Selbstgefährdung“⁶
2. Die leichtfertige gutachterliche Feststellung von der Unfähigkeit, „einen freien Willen zu bilden“ lediglich bezogen auf eine für diese Feststellung nicht hinreichende Diagnose. (aktuelle Beispiele auf Wunsch)
3. Das zahlenmäßig größte Dunkelfeld liegt im Heimbereich und zwar sowohl in der Altenhilfe, als auch in der Behindertenhilfe und der Jugendhilfe

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

- Nötigung durch Unwahrheiten (Beispiele: Wenn Sie die Medikamente nicht nehmen, zahlt die Krankenkasse die stationäre Behandlung, Sie müssen das Medikament ein Leben lang einnehmen, wie ein Diabetiker sein Insulin). Solch ärztliches Handeln bewegt sich in den Bereich der Täuschung und Drohung.
- Medikation ohne Aufklärung über erwünschte und unerwünschte Arzneimittelwirkungen. Hier wird der Aspekt der Körperverletzung relevant.
- Fixierung aus haftungsrechtlichen Gründen (Vermeidung von Knochenbrüchen durch Sturz)
- Fixierung zur Personaleinsparung. Dies ist menschenrechtlich unzulässig.
- Zwang über die „Hausordnung“ z.B. Verbot der Handynutzung, verpflichtende Putzdienste für Gemeinschaftsräume im Heimbereich.
- Freiheitsentziehungen ohne hinreichende Anknüpfungstatsachen unter vermeintlichen Wohl-Aspekten.

Aus all diesem ergibt sich eine sehr viel höhere Anzahl von psychiatrisch motivierten Zwangsmaßnahmen, als es aus fachlich-psychiatrietheoretischen Überlegungen zu vertreten ist. Die Erfahrungen der von Zwang betroffenen Menschen finden im Fachdiskurs kaum Gehör.⁷

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

Alternativen zu Zwang wurden bisher von psychiatrischer Seite kaum wissenschaftlich evaluiert. Das Soteria-Konzept und der Open Dialogue langjährig bekannt, werden aber in der Versorgungspraxis kaum umgesetzt. Eine Arbeitsgruppe um Lincoln⁸ konnte zeigen, dass alternative mildere Mittel in der klinischen Praxis noch nicht hinreichend bekannt sind.

Aktuell hat das BMG Forschungsmittel zur Reduktion von Zwangsmaßnahmen vergeben, auch das BMJ finanziert ein entsprechendes Forschungsprojekt (näheres Brosey).

Da ich seit zehn Jahren vor allem in verschiedenen Besuchskommissionen und im Fortbildungsbereich tätig bin, sei aus diesem Arbeitsfeld noch ergänzt, dass die Häufigkeit von Zwangsmaßnahmen z.B. wesentlich davon abhängt, wie sorgfältig sich Psychiater mit rechtlichen Rahmenbedingungen auseinandersetzen und wie weit in der Verantwortungshierarchie eine ethische Haltung gepflegt wird.

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

Das Wort „regelmäßig“ wurde gestrichen, da in der psychiatrischen Versorgung incl. Suchtkrankenhilfe in aller Regel Möglichkeiten zur Kommunikation mit vom Zwang bedrohten Menschen, aber auch ihren Interessenvertretern/Angehörigen gefunden werden können. So können mildere Mittel ermittelt und oder entwickelt werden.

Die rechtliche Betreuung mit ihrer legalen Möglichkeit und praktischen Häufigkeit von ersetzenden Entscheidungen führt mit hoher Regelmäßigkeit zu Zwangsmaßnahmen. Es gibt m.W. keinerlei verbindliche Qualitätsstandards oder verbindliche Handlungsleitlinien für Berufsbetreuer. Bekannt sind mir aber Betreuer, die durch gute Beziehungsgestaltung zu ihren Betreuten Zwang vermeiden können.

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

Eine hinreichende personelle Ausstattung ist Voraussetzung um zwangsvermeidende Beziehungsgestaltung zu ermöglichen.

Die Einbeziehung anderer Berufsgruppen und Sichtweisen bevor ärztlicherseits zu Zwang als ultima ratio gegriffen wird.

Fortbildung der ärztlichen und juristischen Entscheidungsträger. Besonders bei Psychiater_innen ist noch häufig die Praxis anzutreffen, dass Einwilligungsfähigkeit bei Bejahung der vorgeschlagenen Therapie angenommen wird, diese bei Ablehnung der Therapie hingegen den Patienten abgesprochen wird.

Die wenigen Kliniken in Deutschland, die aus ethisch-grundsätzlichen Erwägungen keine „geschlossenen“ Stationen haben, obwohl auch sie in der Pflichtversorgung sind, verzeichnen deutlich weniger Zwangsmaßnahmen. (vgl. Zinkler aaO) Daraus ergibt sich die Frage, ob und wie weit ein aus Mitteln der Krankenkasse finanzierter Sicherungsauftrag überhaupt zu rechtfertigen ist.

Mir bleibt in diesem Zusammenhang der enge Unterbringungs-begriff des BGH unverständlich. Werde ich gegen meinen Willen auf eine offen geführte Station verbracht, dann ist auch dies eine

Freiheitseinschränkung. Die „Freiheit zur Krankheit“ (BVerfG) wird so eingeschränkt, der staatliche Schutzauftrag kann leicht durch medizinische Argumentationsketten überzogen werden.⁹

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?

„Psychotische Symptomatiken“ ist ein unscharfer Begriff, solche kommen sowohl bei Erkrankungen aus dem Diagnosebereich F0, F1, F2, F3, vor als auch bei F6 und F7 vor. In der klinischen Praxis wird rasch F2 als Behandlungsindikation gewählt, da dann Entlassungsanfragen der Krankenkassen weniger rasch erfolgen. Hier handelt es sich um einen strukturellen Anreiz zur Zwangsangwendung.

Zahlenmäßig am häufigsten von Zwangsmaßnahmen betroffen sind die Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen/Behinderungen. Aus medizinischer Sicht gehören dazu sowohl die Menschen mit Intelligenzminderung als auch die in westlichen Gesellschaften wachsende Gruppe der Menschen mit demenziellen Entwicklungen. Die Gruppe der oft abwertend „Psychotiker“ genannten Menschen ist hingegen klein und konstant (Prävalenz für Schizophrenie 1-2%).

Faktoren für Zwangsangwendungen: Alter, Art der Erkrankung, Kultur, mangelndes Wissen, strukturelle Bedingungen, Belastungen der pflegenden Personen?

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?

Durchaus oft kann es in privaten, familiären Fürsorgesituationen zu Zwang kommen, Zahlen sind hierzu nicht bekannt. Auslöser ist oft die Ungeübtheit der Angehörigen in bestimmten konflikträchtigen Situationen und auch die Unkenntnis der Tatsache, dass auch geistig oder seelisch behinderte Menschen Grundrechtsträger sind. Als Analogie sei hier darauf hingewiesen, dass die Kinderrechtskonventionen durchaus dazu geführt haben, dass Zwang und Gewalt aus dem öffentlichen Erziehungswesen verschwunden ist und aus dem Privatbereich häufiger zur Anzeige kommt.

Andererseits fällt auf, dass seit den Urteilen des BVerfG 2011 seitens der Psychiater in der Öffentlichkeit stets die „Gefährlichkeit“ bzw. Selbstgefährdung („prozesshafter Krankheitsverlauf“ laut DGPPN) von schizophren genannten Menschen in den Vordergrund gerückt wird.

Soziokulturell unterstützt wird dieses Bild durch mediale Berichterstattung über menschengemachte Katastrophen (German-wings-Absturz, Amoklauf von München Sommer 2016) bei denen rasch und teilweise vorschnell eine psychische Krankheit des Täters vermutet wird.

Mangelnde Personalausstattung und –qualifikation führt in institutionellen Versorgungssituationen zu zwangsfördernder Praxis. In Kliniken werden Patienten zwar zu Recht als hilfsbedürftig angesehen, doch nicht als Träger von Grundrechten. So wird professionelles Zwangshandeln in der Selbstreflexion zu leicht als „Wohltat“ verklärt.

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

Ja.

- Eine genderspezifische Versorgung ist in der Psychiatrie noch längst keine Selbstverständlichkeit. Eine große Gruppe von in Kindheit und Jugend sexuell traumatisierten Frauen (und seltener auch Männern) wird häufig Opfer von vermeidbaren Zwangsmaßnahmen, weil die Vorgeschichte dieser Patientinnen nicht hinreichend bekannt ist oder beachtet wird. Unkenntnis der Vorgeschichte solcher Frauen führt bei kurzzeitig auftretenden psychotischer Episoden rasch zur Schizophrenie-Diagnose.
- In der Gerontopsychiatrie kommt es immer wieder zu grundrechtseinschränkenden Zwangsmaßnahmen, weil nicht hinreichend auf Auslöser für als aggressiv bewertetes Verhalten geachtet wird.
- Auch kommt es in der „Praxiskultur“ immer wieder zu dem „Missverständnis,“ dass eine richterliche Genehmigung zu regelmäßiger Fixierung als Verpflichtung zum ebenso regelmäßigen Ergreifen dieser Maßnahme bewertet wird.

11. Erleben Sie unterschiedliche Bewertungen der Zwangsmaßnahmen durch Patienten und Patientenangehörigen hinsichtlich ihrer kulturellen Wertvorstellungen (Bsp.: Patienten und Patientenangehörige mit Migrationshintergrund)?

Durchaus gibt es nicht wenige Patient_innen, die froh und dankbar sind über in psychischen Krisensituationen erlebten Zwang. Sicher ist aber eine nicht unerhebliche Zahl von Menschen von in der Psychiatrie erlebten Zwangsmaßnahmen entsetzt und enttäuscht. Schon im Vorwort der ZEKO-Stellungnahme von 2013¹⁰ wird eine „sorgfältige und ernsthafte Diskussion über den Einsatz von Zwangsmaßnahmen“ gefordert „um so verloren gegangenen Vertrauen der Patienten und der Öffentlichkeit zurückzugewinnen.“ Weiter heißt es dort: „Jede Anwendung von Zwang stellt einen schwerwiegenden Eingriff in die psychische und ggf. körperliche Integrität des Patienten dar und muss daher aus medizinischer, ethischer und rechtlicher Sicht gerechtfertigt werden.“

Angehörige neigen nach meiner Kenntnis, zumindest soweit sie verbandlich vertreten sind, eher zu einer Befürwortung von Zwang. Der LV NRW des BApK vertritt öffentlich, dass die Menschenrechte von seelisch behinderten Menschen zurückzustehen hätten, da die Menschenrechte Angehöriger schutzbedürftiger seien.

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

Vgl. Frage 10

Auswirkungen von Zwanganwendung

13. Welche Auswirkungen haben Formen des wohltätigen Zwangs kurz- mittel- und langfristig auf die Beziehung zwischen den Akteuren (z.B. auf das Vertrauensverhältnis)? Gibt es hierzu empirische Untersuchungen?

Zwang führt zwischen erwachsenen Akteuren stets zu einer erheblichen Beschädigung, wenn nicht zum Verlust eines wie auch immer gearteten Vertrauensverhältnisses.

Biographisch lang zurückliegende Traumatisierungen können gerade im psychiatrischen Kontext reaktiviert werden.¹¹ Vgl. Frage 10

Langfristige zwangsweise Institutionalisierung führt zum Verlust lebenspraktischer Fähigkeiten und Verlust des Selbstwertgefühls (auch bei alten Menschen).

Empirische Untersuchungen mag es zu Zeiten der Enthospitalisierung infolge der Psychiatriereform gegeben haben, sie sind mir nicht zitierfähig bekannt. Eine Dissertation zum Thema Zwang wurde jüngst von Aigner 2015 vorgelegt¹²

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?

Die Anwendung von Zwang in der psychiatrischen Versorgung ist zu minimieren. Die medizinische Psychiatrie steckt hier in der Ultima-Ratio-Falle.¹³ Praktisch bedeutet dies, dass die akademische Psychiatrie wenig Motivation zeigt, ihre Praxis zu ändern, solange Gesetze ihr Zwangsmöglichkeiten großzügig einräumen und die Kontrolle der Aufsichtsbehörden eher dürftig ist¹⁴

Schon unter 11. wurde mitgeteilt, dass Zwang von Betroffenen nicht immer negativ erlebt wird. Ergänzt werden soll hier, dass durchaus auch professionelle Akteure Zwang negativ erleben. Möglicherweise besteht hier ein Zusammenhang zu der Tatsache, dass psychiatrische Professionen über Nachwuchsmangel klagen.

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

Mir ist keine Untersuchung bekannt, die eine Evidenz für positive Wirkungen (im Sinne der „Wohltat“) psychiatrischen Zwangshandelns belegt.

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

Die Stigmatisierung und rechtliche Diskriminierung von Menschen mit psychiatrischen Diagnosen wird nicht abnehmen. Die Psychiatrie wird in der Öffentlichkeit eher als Ordnungs- und Korrekturmacht wahrgenommen, denn als medizinisches Fachgebiet.

17. Welche anderen mittelbaren und unmittelbaren Folgen Wohltätigen Zwangs lassen sich feststellen (in den verschiedenen Lebensaltern)?

Die Versorgung ist preiswerter, weil die psychiatrische Formalbegründung für Zwangsmaßnahmen viel rascher und einfacher erfolgen kann, als eine Behandlung im gegenseitigen Einverständnis (informed consent).

Folgekosten außerhalb des Gesundheitswesens, (z.B. durch die Veranlassung von rechtlichen Betreuungen oder durch teure Heimunterbringungen zu Lasten der Sozialkasse werden von Psychiatern in aller Regel nicht bedacht.

Normative Probleme von Zwang

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

Artikel 14 UN-Behindertenrechtskonvention (Freiheit und Sicherheit der Person) und Artikel 2 des GG stehen dem „wohltätigen“ Zwang gegenüber und verbieten weitgehend dessen Verwendung. In der Praxis aber werden diese Rechte durch andere (Länder)- Gesetze „überstimmt“. Die UN-Behindertenrechtskonvention, die durch ihren Status als Völkerrecht über dem Bundesrecht der

BRD steht, sollte deshalb auch im psychiatrischen Versorgungsalltag stärkere Beachtung finden. Zu oft, so scheint es zumindest, fehlt den verantwortlichen Akteuren die Kenntnis über die Existenz dieser Gesetze und Konventionen oder aber sie erkennen deren Stellenwert nicht an.

Das jetzt auch von der ZEKO vorgeschlagene Konzept der Entscheidungsassistenz¹⁵ hat in der durchökonomisierten psychiatrischen Versorgung bisher kaum einen Raum.

Der durch die UN-BRK vorgegebene „gleiche Anerkennung vor dem Recht“ wird in der innerstaatlichen Umsetzung zu wenig Beachtung geschenkt. Dies liegt wohl z.T. an der Struktur des Betreuungsrechts und der dortigen Wortwahl „Wille“ dem der Betreuer Ausdruck zu verschaffen hat und „Wohl“ das der gleichen Betreuungsperson eine ersetzende Entscheidung einräumt.

Nicht zuletzt ist in klinischen Institutionen – zumindest sobald sie sich in privater Trägerschaft befinden - häufig ein Primat der Ökonomie anzutreffen.

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

In medizinischen Notfallsituationen (auch ein Unfallopfer kann bei geringen Verletzungen durch psychischen „Unfallschock“ nicht einwilligungsfähig sein und natürlich gibt es auch psychiatrische Notfallsituationen).

Nach zwangsweiser Aufnahme in die Psychiatrie sollte eine Zwangsmedikation erst nach mehrtägiger Beobachtungszeit erwogen und dann nach hinreichender Kommunikation mit den Betroffenen, Abwägung der konkreten Anknüpfungstatsachen und der Verhältnismäßigkeit der medizinisch indiziert erscheinenden Maßnahmen richterlich genehmigt werden. Die Erfahrung eines Freiheitsentzugs und die daraus folgende Erregung kann Symptome der „Anlasserkrankung“ aggravierend und damit zu übertriebenen Schlussfolgerungen bzgl. der Notwendigkeit von Zwangsmaßnahmen verleiten.

Juristisch ist die Erheblichkeit der psychiatrischen Symptome bzw. die akute Bedrohung von Leib und Leben von entscheidender Bedeutung. Praktisch bedeutet dies, dass nicht jede Art von Stimmenhören den Versuch einer Zwangsmedikation rechtfertigt und schon gar nicht die Diagnose „Schizophrenie“ o.ä. allein.

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

Die Grund- und Menschenrechte sind die Basis unseres Zusammenlebens in einer rechtsstaatlichen Gesellschaft. Die sogenannte „Verteilungsgerechtigkeit“ führt hingegen dazu, dass technisch höher ausgestattete medizinische Fachrichtungen besser honoriert werden. Selbst in der PEPP-Debatte war noch vorgesehen, Zwangsmedikationen und EKT-Behandlungen besser zu honorieren. Solche strukturellen Anreize führen nicht zu einer menschenwürdigen Psychiatrie des 21. Jahrhunderts.

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

Leitbilder werden werbewirksam von Kliniken ausgehängt, im Rahmen meiner Tätigkeit in Besuchskommissionen begegnet mir leider immer wieder, dass sie in der Praxis nicht oder zu wenig „gelebt“ werden.

Berufsethische Standards wie die zitierten Stellungnahmen der ZEKO oder auch der DGPPN¹⁶ sind im Praxisalltag zu wenig bekannt und werden im Rahmen von Fortbildungsmaßnahmen (z.B. der Ärztekammer) zu selten vorgestellt und diskutiert.

Quellen:

¹ Vgl.: OLG Karlsruhe 9 U 78/11 vom Nov. 2015

² <https://www.bundesanzeiger-verlag.de/btprax/downloads.html>

³ Vgl.: <http://www.lvpe-rlp.de/kategorie/leitlinie>

⁴ [Epidemiology of involuntary placement of mentally ill people across the European Union ill people across the European Union. HANS JOACHIM SALIZE and HARALD DRESSING](#)

⁵ <http://www.nationalpreventivemechanism.org.uk/wp-content/uploads/2017/01/NPM-Detention-Population-Data-Mapping-Project-FINAL.pdf>

⁶ Steinhart, I. , 2017, Mitteilung im Rahmen des Vortrags „Geschlossenes Wohnen – Markt der Zukunft! – Was stattdessen?“ auf dem Symposium „Psychiatrie und Menschenrechte.“

⁷ Zinkler, M. et al. 2016, Prävention von Zwangsmaßnahmen – Menschenrechte und therapeutische Kulturen in der Psychiatrie, Köln

⁸ Heumann, K. et al. Bitte macht (irgend)was!.... Psychiat Praxis; oder auch: Teichert, M. et al. Wo ein Wille ist, ist auch ein Weg? Psychiat Praxis; oder auch: Lincoln, T. et al. (2013) Das letzte Mittel?...., Verhaltenstherapie

⁹ vgl. 1BvL 8/15 und ZEIT 2017 (6) Sinnlos gelitten

¹⁰ Stellungnahme der Zentralen Ethikkommission zur Wahrung ethischer Grundsätze in der Medizin und ihren Grenzgebieten (ZEKO) der Bundesärztekammer „Zwangsbehandlung bei psychischen Erkrankungen“

¹¹ vgl. Schäfer I. 2012 Trauma und Dissoziation bei Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen, Tagungsdokumentation DGTD

¹² Aigner, D. 2015 Wahnsinn – eine Frage der Macht Download unter <http://othes.univie.ac.at/39554/>

¹³ Aichele, V. 2016 Menschenrechte und Psychiatrie in Zinkler aaO S. 34

¹⁴ Osterfeld, M. 2016 Stellungnahme zur Psych-KG Novelle zur Anhörung des Ausschusses für Arbeit, Gesundheit und Soziales am 31. August, Düsseldorf

¹⁵ ZEKO 2016 Entscheidungsfähigkeit und Entscheidungsassistenz in der Medizin

¹⁶ Selbstbestimmungsfähigkeit DGPPN