

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?

Der Begriff des „wohltätigen Zwangs“ gibt vor, dass es alleine um das Wohl des Betroffenen gehen soll, bzw. dass angenommen wird, dass die Zwangsbehandlung zum Wohle des Betroffenen geschieht. Dabei ist es in dem Moment nicht überprüfbar, ob der Betroffene es aktuell oder später als zu seinem Wohle geschehen ansieht. Den Behandelnden scheint aber keine Alternative zur Verfügung zu stehen. Daher stellt sich die Frage, ob die „Notwendigkeit“ Zwang auszuüben, eigentlich losgelöst von den Behandlern betrachtet werden kann.

Die Behandelnden dürfen nicht leugnen bzw. sollten sich eingestehen, dass durch die Not eines Betroffenen, der beispielsweise selbstgefährdendes Verhalten zeigt, sie selbst in die Notlage kommen, keine Alternative außer einer Zwangsmaßnahme zu haben. Aus dieser Not der Behandelnden heraus kann **kein** wohltätiges Verhalten folgen, sondern nur ein, die Not abwendendes Verhalten. Eine solche Zwangsmaßnahme wäre dann eher ein „**Notwendender Zwang**“. Dieser Begriff würde für mich treffender sein. Er beinhaltet die Not des Behandlers, dem Alternativen möglicherweise fehlen und die vermutete Not des Betroffenen/Patienten, der beispielsweise selbstgefährdendes Verhalten zeigt.

Wir können nicht leugnen, dass Zwang angewendet wird und dass Behandler auch zu Tätern werden. Wenn wir den Begriff Wohltätiger Zwang nutzen, könnte das suggerieren, dass sie Wohltaten vollbringen und das stößt mich persönlich ab.

Eine behandelnde Person muss sich immer klarmachen, dass es auch die eigene Not gibt. Damit diese nicht zur Ausrede im Sinne von, ich hatte keine andere Wahl, und es gibt die Not des Patienten, der sie vielleicht nicht angemessen ausdrücken kann, muss das gesamte behandelnde System mit Verantwortung übernehmen. Damit soll das Auftreten von Notlagen minimiert werden. Denn Voraussetzung für die Übernahme der Verantwortung durch das gesamte behandelnde System, erfordert zunächst einen ausreichenden Austausch der Beteiligten, um gemeinsam alternative Möglichkeiten abzuwägen.

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?

Habe ich mich noch nicht mit beschäftigt

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?**

Sicherlich gibt es ein Dunkelfeld, da ich nicht glaube, dass jede Zwangsmaßnahme angeordnet und / oder dokumentiert wird. Von wem weiß man, ob und dass er Zwang erfahren hat? Wird jeder das, was er als selbstverständliche Behandlungsmethode erfahren hat, als Zwang bewerten? Ich habe selbst jahrelang nicht das Bewusstsein gehabt, dass mir zusätzlich zu den Fixierungen weiterer Zwang wiederfahren ist. Dennoch muss ich rückblickend erkennen, dass ich zahlreiche Zwangsmaßnahmen hinnehmen musste.

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

Verschiedene Beispiele von Zwang werden mir von EX-IN Kursteilnehmern immer wieder geschildert, und ich habe ähnliche Formen des Zwanges erlebt. Ich wurde als psychotische Patientin eingesperrt auf einer geschlossenen Station, obwohl mir noch nicht einmal erklärt wurde, dass ich mich in einer Psychiatrie befinde. Und obwohl ich mich freiwillig dort befand, durfte ich die Station lange nicht verlassen. Ich durfte nicht meinem damals starken Rauchbedürfnis nachkommen, ich musste im Bett liegen bleiben, obwohl mein gebrochener Fuß auch an allen Orten im Sitzen hätte hochgelagert werden können. Ich bekam Spritzen, über deren Wirkweise ich nicht aufgeklärt wurde. Ich wurde mit einem Bauchgurt fixiert und ich wurde mehrfach an allen Gliedmaßen fixiert, um meinen Gipsverband vor Schaden zu bewahren. Ich wurde zur Einnahme eines Medikamentes psychisch unter Druck gesetzt, ich wurde als depressive Patientin übers Wochenende auf eine geschlossene Station verlegt, weil ich mich in der Visite über die Sinnlosigkeit der Therapie geäußert habe und das wohl als Lebensmüdigkeit gewertet wurde.

Ähnliche und weitere Schilderungen auch aus neuerer Zeit höre ich immer wieder von diversen Kursteilnehmern und an Trialogabenden.

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?

Der Einsatz von Genesungsbegleitern in stationären und anderen psychiatrischen Arbeitsfeldern kann dazu beitragen „Zwangsmaßnahmen“ zu verhindern oder Maßnahmen abzumildern.

Häufig werden Zwangsmaßnahmen durch Missverständnisse und mangelnde Möglichkeiten diese aufzulösen mit verursacht, z.B. durch Missverständnisse oder nicht kundig sein des Patienten auf einer psychiatrischen Station.

1. Die pure Anwesenheit eines Experten durch Erfahrung als geachteter Kollege auf einer Station kann das Vertrauen in das Hilfesystem stärken.
2. Bei sehr unruhigen Patienten würde es helfen, wenn ein Genesungsbegleiter einfach anwesend und zugewandt ist
3. Die Bereitschaft des Genesungsbegleiters zuzuhören, kann dem Patienten signalisieren, dass er sich mit seiner Geschichte und seinem Erleben anders zumuten kann, als er es sich das bei anderen Mitarbeitern trauen würde. (Peer to Peer Effekt) Vermittelt das Gefühl verstanden und angenommen zu werden, vielleicht entsteht weniger Scham, vielleicht weniger Angst sich zu blamieren o.ä.
4. Es kann deeskalierend wirken, wenn ein Experte durch Erfahrung vor Ort dem Patienten vermittelt, dass es um sein Wohlergehen geht. Das Maßnahmen und Regeln dazu dienlich sein können, dass sein Zustand sich verbessert.

Es gibt viele „Selbstverständlichkeiten“ auf einer Station, die dem Patienten vertraut gemacht werden können durch Genesungsbegleiter vor Ort.

Ein Beispiel: welcher Patient hat automatisch auf dem Schirm, dass er von einer geschlossenen (beschützten) Station nicht einfach mit Besuch am Wochenende das Café besuchen darf. Ist dies zuvor nicht mit dem Arzt geklärt, ist es am Sonntag schon schwierig das nachzuholen. Die Situation kann dann leicht eskalieren, da es schwer ist ihm zu vermitteln, dass er zu seinem Schutz besser auf der Station bleibt. Auch Angehörigen ist dieses oft schwer zu erklären.

Es gibt sicher noch viele Beispiele und Möglichkeiten für scheinbar kleine Gegebenheiten, die zum Anlass für Unzufriedenheit werden können, aus denen dann Beschwerden werden, die nicht gehört oder nicht ausgedrückt werden können oder dann nicht mehr angemessen an das Personal herangetragen werden können. Das könnten auch typische Situationen sein, die zur Eskalation und zu Zwangsmaßnahmen führen.

Das Thema Aufklärung über Medikation ist für sich genommen mindestens genauso komplex, aber auch hier kann eine wirkungsvolle Unterstützung durch Genesungsbegleiter gedacht und umgesetzt werden.

Grundsätzlich bin ich der Ansicht und vermittele das auch in den EX-IN Kursen so, dass die Anwesenheit von Genesungsbegleitern zunächst eine Vermittlung, ein Brückenbauen darstellt, aber letztlich die Kommunikationsbarrieren zwischen den akut Betroffenen und den professionell Tätigen abzubauen hilft. Ich denke, je einfacher es wird die Bedürftigkeit und die Bedürfnisse zu zeigen, umso leichter fällt es auch wirklich zu helfen und die „Not“ des Behandelnden reduzieren.

Auf jeden Fall sind Genesungsbegleiter gut geeignet, den Patienten immer wieder einzuladen, eine Rückmeldung darüber zu geben, was sie brauchen und ob sie mit der Behandlung zufrieden sind. Es sollte selbstverständlich werden, dass diese Rückmeldungen vom Personal erwünscht sind.

Der Arbeitskreis „Trialog konkret“ beim Landschaftsverband Westfalen Lippe, LWL, beschäftigt sich unter anderem mit einer flächendeckenden Einführung von Behandlungsvereinbarungen. In diesem Zusammenhang entwickelten wir gemeinsam einen Rückmeldebogen für Patienten, mit dem diese sich schon während der Behandlung zu Beschwerden oder positiven Erlebnissen äußern können.

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

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

Ausreichend Personal mit mehr Verständnis, Ruhe und mehr Gelassenheit; Deeskalationstraining. Schwerpunkt auf Individualität und Bedürfnisse des Patienten. Einsatz von Genesungsbegleitern. Andere Klinikausstattung. Abbau von Angst vor Emotionen in den Kliniken. Keine verschlossenen Behandlungszimmer. Ansprechbares verständnisvolles Personal. Haltung: Zutrauen in die Patienten.

In den Kursen entwerfen die Teilnehmer regelmäßig Refugien für ihre Genesung. Einiges findet man auch im Klinikalltag, etliches aber auch nicht (s.o).

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?

Ich höre häufiger Psychose erfahrene Menschen von Zwangsbehandlungen reden als Menschen, die Depressionen erlebt haben, da wird häufiger über die „Sanktionierung“ des Redens über Suizidgedanken berichtet. Menschen, die manische Zustände kennen, erleben auch oft Zwangsbehandlung, die meisten beklagen sich. Selten habe ich Menschen gehört, die sagten, sie wären froh gewesen eingefangen worden zu sein, damit sie sich nicht noch mehr schaden.

Menschen mit der Erfahrung einer Borderline Störung berichten schon mal, dass sie sich freiwillig haben fixieren lassen. Und ich kenne einige Menschen mit schwerer Suchtabhängigkeit, die berichteten durch die Haft ihre Freiheit wieder erlangt zu haben. Keine der Geschichten die ich gehört habe lässt sich verallgemeinern.

Faktoren für Zwanganwendungen: 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?

Ich glaube, dass das Bild des unzurechnungsfähigen Menschen sehr prägend ist, also der Zugang zu einem Menschen in einer akuten Zuspitzung nicht oder kaum möglich ist. Das heißt aber nicht, dass die Person auf ganzer Linie nichts fühlt oder versteht.

Das Stigma der Unberechenbarkeit von psychisch Kranken Menschen spielt sicher eine Rolle.

Ich glaube

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

Ich bin mir da nicht sicher....

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

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

Wie oben schon erwähnt, ausreichend nicht zu sehr belastetes Personal, vielfältig ausgebildet

Auswirkungen von Zwangsanwendung

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?

Es sollte hierzu empirische Untersuchungen geben.

Ich weiß von körperlichen Schäden bis hin zu Knochenbrüchen durch Fixierungen, Menschen, die umgekommen sind.

Wut, Enttäuschung mangelndes Vertrauen aber auch übertriebene Compliance können die Folge sein sowie Konditionierungen auf beiden Seiten mit der Folge von automatischen Handlungsabläufen, die nicht mehr hinterfragt werden, hochschaukeln der Zuspitzung statt Beruhigung, durch Angst.

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?

Dies Annahme teile ich voll und ganz

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

Ich wüsste nicht, aber das wäre eine wichtige Untersuchung, ich kann mir vorstellen, dass die sehr nützlich und hilfreich wäre

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

Viele Betroffenen haben Angst einige werden übervorsichtig um solche Behandlungen in Zukunft zu vermeiden, bei mir persönlich hat der Zwang vielleicht zu schnell zur Annahme einer schweren Diagnose geführt. Nicht selten entsteht eine große Wut und Hilflosigkeit. Nicht aufgearbeitetes Erleben kann zu traumatischen Belastungsstörungen führen zu großem undifferenziertem Misstrauen dem gesamten Behandlungssystem gegenüber-

Schnelleren Anwenden von Zwang herabgesetzte Schwellen, Vermeidungsängste stärken den Druck auf beiden Seiten.

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

Resignation Angst Traumata Überanpassung

Normative Probleme von Zwang

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

Die Frage verstehe ich nicht, geht es um Verstoß gegen geltendes Recht?

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

Ich kann mir so eine Situation nicht abstrakt vorstellen, wenn ein nicht Einschreiten unterlassene Hilfeleistung wäre. Wenn dritte geschützt werden müssen, wenn ich in eine Notwehr Situation gerate als Behandler.

20. Welche inhaltlichen Maßstäbe sind hierfür heranzuziehen (Bspw. Grund- und Menschenrechte, Verteilungsgerechtigkeit)? Genau - es sollte nach Recht und Gesetz gehandelt werde, ich sollte mir zudem vorstellen also mich in die Lage des Patienten versetzen, was ich mir an seiner Stelle wünschen würde, was ich meinem nächsten Verwandten in der Situation tun würde....

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

Der Patient sollte informiert werden, dass es Zwangsmaßnahmen geben kann, bzw. damit das nicht als Drohung verstanden wird, sollte klargemacht werden, dass in bestimmten Situationen der Behandler auf die Mithilfe des Patienten angewiesen ist, es sollte immer Nachbesprechungen geben, die Gründe für die Zwangsbehandlung müssen dokumentiert werden, es müsste aufgezeigt werden, dass alle anderen Möglichkeiten in der Situation ausgeschöpft wurden. Es sollte auch von außen Nachbesprechungen, gemeinsames erörtern und festlegen von Alternativen, z.B. in Behandlungsvereinbarungen. Die Möglichkeit des Hinzuziehens von Vertrauenspersonen in den Notsituationen. Behandlungsvereinbarungen Voraussetzungen sollten empfohlen werden.

Aufklärungsarbeit in der Bevölkerung in Schulen, darüber was während einer psychischen Erkrankung passiert, dass und wie sich das Bewusstsein verändert kann, welche Möglichkeiten es gibt darauf selber einzuwirken, also sehr viel Präventions-und Aufklärungsarbeit in der Gesellschaft wäre zu leisten

Die Beteiligung von Experten aus Erfahrung in der Ausbildung von Pflegekräften, von Ärzten und Psychologen ist notwendig. Die Psychiatriebehandlung muss transparenter und durchlässiger werden.....