

# Ethische Herausforderungen im Umgang mit wohltätigem Zwang

Öffentliche Anhörung des DER, 23.02.2017

Matthias Braun, Erlangen



**„Es gibt keine gemeinsame Sprache, vielmehr es gibt sie nicht mehr. Die Konstituierung des Wahnsinns als Geisteskrankheit am Ende des achtzehnten Jahrhunderts trifft die Feststellung eines abgebrochenen Dialogs, gibt die Trennung als bereits vollzogen aus und lässt die unvollkommenen Worte ohne feste Syntax, die ein wenig an Gestammel erinnern und in denen sich der Austausch zwischen Wahnsinn und Vernunft vollzog, im Vergessen versinken.“**

*Foucault (1973): Wahnsinn und Gesellschaft. Eine Geschichte des Wahns im Zeitalter der Vernunft, 8*

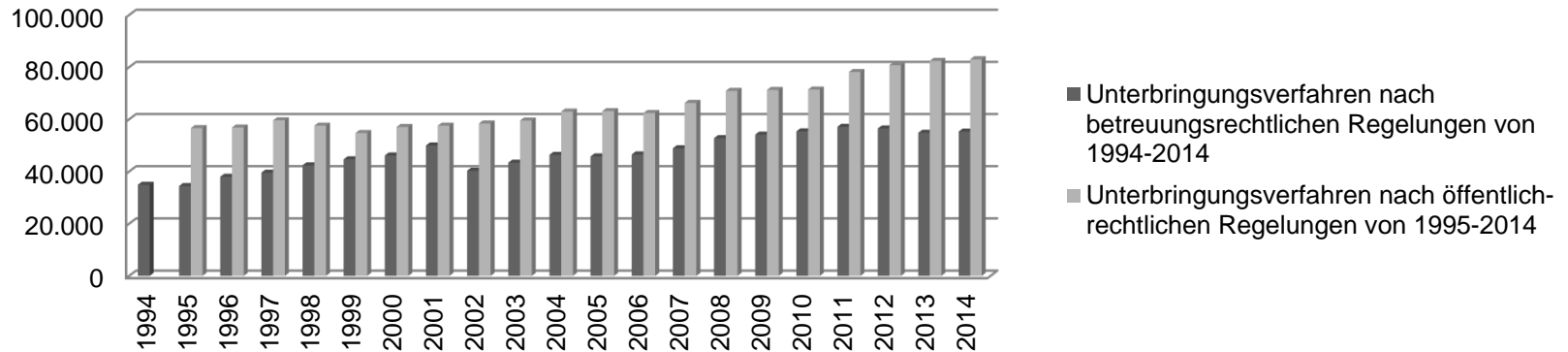


Juristische  
Präliminarien



Daten zur  
Anwendung  
von Zwang

## Entwicklung der dokumentierten Unterbringungsverfahren von 1995-2014



Vgl.: Braun, Zwang und Anerkennung, 2017

(Subjektives)  
Erleben von  
Zwang

In einer europäischen Vergleichsstudie mit 2326 zwangsweise untergebrachten Personen aus elf Ländern der EU lag die Zustimmungsrate zu der erfolgten zwangsweisen Unterbringung nach einem Monat bei 55 Prozent und nach drei Monaten bei 63 Prozent (Priebe et al. 2010).

Zugleich nahmen bestimmte Patientengruppen (Alleinstehende, Schizophrenie, Frauen) eine bleibend negative Bewertung der zwangsweisen Unterbringung vor und beschrieben die Zwangsmaßnahmen als massive Gewalt (Priebe et al. 2010).

Isolierungen und Fixierungen wurden als gleichermaßen schwerwiegend empfunden (Katsakou et al. 2012)

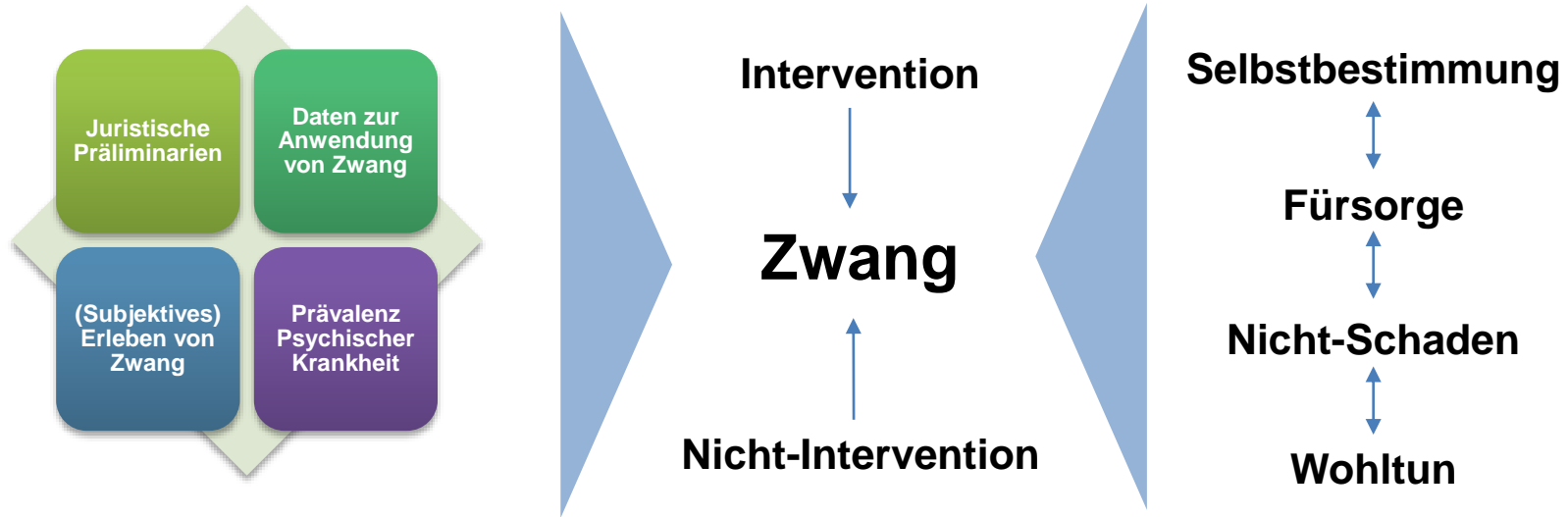
Mit einem Abstand von einem Jahr wurden jedoch Fixierungen im Vergleich zu Isolierungen als belastender empfunden. (Bergk et al. 2010 & 2011)

Prävalenz  
Psychischer  
Krankheit

**Tab. 1** 12-Monats-Prävalenzen psychischer Störungen (DSM-IV-TR) in der erwachsenen Allgemeinbevölkerung<sup>a</sup>

Störung bzw. Störungsgruppe (ICD-10-Code)	Frauen	Männer	Gesamt	Anzahl Betroffener (Mio.) <sup>b</sup>
	Prozent (95%-Konfidenzintervall)			
Psychische Störung aufgrund medizinischem Krankheitsfaktor oder substanzinduzierte Störung (F06)	1,2 (0,8–1,9)	1,2 (0,8–1,8)	1,2 (0,9–1,6)	0,8
Störung durch Substanzgebrauch (F1) <sup>c</sup>	13,9 (12,4–15,6)	19,4 (17,5–21,3)	16,6 (15,4–17,9)	10,6
Störung durch Substanzgebrauch (ohne Nikotinabhängigkeit)	3,5 (2,8–4,5)	7,9 (6,7–9,4)	5,7 (5,0–6,6)	3,7
– Alkoholmissbrauch	0,4 (0,2–0,9)	3,1 (2,4–4,1)	1,8 (1,4–2,3)	1,2
– Alkoholabhängigkeit	1,6 (1,1–2,2)	4,4 (3,5–5,5)	3,0 (2,5–3,6)	1,9
– Medikamentenmissbrauch	1,7 (1,1–2,4)	1,5 (1,0–2,2)	1,6 (1,2–2,0)	1,0
– Medikamentenabhängigkeit	0,7 (0,4–1,2)	0,3 (0,1–0,6)	0,5 (0,3–0,8)	0,3
– Nikotinabhängigkeit	11,7 (10,3–13,3)	14,6 (13,0–16,3)	13,1 (12,1–14,3)	8,4
Mögliche psychotische Störung (F2 und andere Gruppen psychotischer Störungen) <sup>d</sup>	3,1 (2,3–4,1)	2,1 (1,5–2,8)	2,6 (2,1–3,2)	1,7
<b>Affektive Störungen (F3)</b>	12,4 (10,9–14,1)	6,1 (5,1–7,2)	9,3 (8,3–10,3)	<b>6,0</b>
– Unipolare Depression	10,6 (9,2–12,2)	4,8 (4,0–5,7)	7,7 (6,9–8,6)	4,9
– Major-Depression	8,4 (7,2–9,9)	3,4 (2,8–4,3)	6,0 (5,2–6,8)	3,9
– Dysthyme Störung	2,5 (1,9–3,2)	1,4 (1,0–2,0)	2,0 (1,6–2,4)	1,3
– Bipolare Störung	1,7 (1,2–2,5)	1,3 (0,8–2,0)	1,5 (1,1–2,0)	1,0
– Bipolar I	1,1 (0,7–1,6)	0,9 (0,5–1,5)	1,0 (0,7–1,4)	0,6
– Bipolar II	0,7 (0,4–1,3)	0,5 (0,2–1,1)	0,6 (0,4–1,0)	0,4
<b>Angststörung (F40, F41)</b>	21,3 (19,4–23,2)	9,3 (8,0–10,8)	15,3 (14,2–16,6)	<b>9,8</b>
– Panikstörung <sup>e</sup>	2,8 (2,2–3,6)	1,2 (0,8–1,8)	2,0 (1,6–2,5)	1,3
– Agoraphobie	5,6 (4,6–6,8)	2,3 (1,7–3,1)	4,0 (3,4–4,7)	2,6
– Soziale Phobie	3,6 (2,7–4,8)	1,9 (1,4–2,5)	2,7 (2,2–3,4)	1,7
– Generalisierte Angststörung	2,9 (2,2–4,0)	1,5 (1,1–2,2)	2,2 (1,8–2,8)	1,4
– Spezifische Phobien <sup>f</sup>	15,4 (13,8–17,2)	5,1 (4,2–6,2)	10,3 (9,3–11,3)	6,6
<b>Zwangsstörung</b>	4,0 (3,1–5,1)	3,3 (2,6–4,3)	3,6 (3,1–4,4)	2,3
<b>Posttraumatische Belastungsstörung</b>	3,6 (2,8–4,6)	0,9 (0,6–1,5)	2,3 (1,8–2,8)	1,5
<b>Somatoforme Störung (F45)<sup>g</sup></b>	5,2 (4,3–6,4)	1,7 (1,3–2,4)	3,5 (2,9–4,1)	2,2
– SSI 4,6	0,9 (0,6–1,6)	0,6 (0,4–1,0)	0,8 (0,5–1,1)	0,5
– Schmerzstörung	5,0 (4,1–6,2)	1,3 (0,9–1,8)	3,2 (2,6–3,8)	2,1
<b>Essstörung (F50)</b>	1,4 (0,9–2,1)	0,5 (0,3–0,9)	0,9 (0,7–1,3)	0,6
– Anorexia nervosa	1,1 (0,7–1,8)	0,3 (0,2–0,8)	0,7 (0,5–1,1)	0,5
– Bulimia Nervosa	0,3 (0,2–0,5)	0,1 (0,0–0,3)	0,2 (0,1–0,3)	0,1
– Binge-eating-Störung	0,1 (0,0–0,4)	0,1 (0,0–0,2)	0,1 (0,0–0,2)	0,1
<b>Irgendeine der genannten (ohne Nikotinabhängigkeit)</b>	33,3 (31,2–35,5)	22,0 (20,1–24,1)	27,7 (26,3–29,2)	17,8
– Unter diesen mit einer Diagnose	50,2	64,0	55,6	9,9
– Zwei Diagnosen	22,3	21,7	22,1	3,9
– Drei Diagnosen	11,7	6,3	9,6	1,7
– Vier und mehr Diagnosen	15,8	7,1	12,8	2,3

Vgl.: Jacobi et al. (2014):  
Psychische Störungen in der  
Allgemeinbevölkerung.



- Wie können wir in einem solch hochgradig vulnerablen Feld mit den teilweise nicht auflösbaren normativen Konflikten umgehen?



1. **Es drängt sich die ganz grundsätzliche Frage auf, unter welchen Voraussetzungen wir wessen Ansprüche auf Selbstbestimmung hören oder fundamentaler formuliert: Wen wir unter welchen Voraussetzungen als Jemand anerkennen.**
2. **Selbstbestimmung und Fürsorge sind nicht als strikt trennbare Kategorien zu verstehen können, sondern vielmehr als ein verwobenes Konstituierungsnetz zwischen Selbst und Anderem, zwischen Eigenem und Fremden zu denken**
3. **Phänomene von Vulnerabilität wie auch die bleibenden Risse in den Vollzügen von Selbstbestimmung wären dann nicht als anormale Grenzfälle der leiblichen Verfasstheit einer Person zu verstehen, sondern sind in jeden Selbstbezug eingeschrieben.**
4. **Insofern stellt die Vulnerabilität eines Selbst zunächst keine Pathologie, sondern eine Grunderfahrung eines jeden Selbstbezugs dar. Das bedeutet konkret: Mit dem temporären Verlust einer Selbstbezüglichkeit verschwindet ein Selbst nicht ohne Weiteres aus den Anerkennungsvollzügen und damit den Versprechen, die es gegeben und erhalten hat.**
5. **Das soziale Band einer Gesellschaft muss sich gerade daran beweisen, inwiefern es imstande ist, Vulnerabilität nicht nur in prinzipielle Gleichheitsansprüche – also die Zuweisung bestimmter Rechte und Pflichten zu bestimmten Ansprüchen – zu überführen, sondern vielmehr gerade die Stimmen der besonders Vulnerablen praktisch hörbar und sagbar zu bezeugen.**

- 1. Das Überschreiten der Schwelle einer stellvertretenden Behandlungsentscheidung ist in doppelter Weise riskant**
  - a) Jede Gewaltanwendung gegen Personen stellt ein schuldhaftes Verhalten dar
  - b) Mit der Anwendung von Zwang ist zwar intendiert, dass sie dem Wohl der Person diene und zu einem späteren Zeitpunkt auch von dieser so verstanden wird, dies ist aber eben höchst prekär
  
- 2. Es kann in den ethischen Debatten nicht primär darum gehen, wie man die Anwendung von Zwang rechtfertigen kann, sondern die primäre Frage muss sein, wie die Anerkennungsvollzüge so gestaltet werden können, dass die Anwendung von Zwang im Umgang mit psychischer Devianz grundsätzlich vermieden wird.**



# Ethische Herausforderungen im Umgang mit wohltätigem Zwang

Öffentliche Anhörung des DER, 23.02.2017

Matthias Braun, Erlangen

