

Gagel: Fragen für die Anhörung „Wohltätiger Zwang“ in der Psychiatrie

06.02.2017

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 Bezeichnung „wohltätig“ hat umgangssprachlich einen Bedeutungshof, der der Verwendung im Zusammenhang mit der Anwendung von Zwang zuwiderläuft. Mit Wohltat ist eher etwas Großzügiges, Angenehmes, Erleichterndes im Sinne der Synonyme des Dudens (herzensgut, hilfsbereit, karitativ, mitmenschlich, selbstlos, sozial, uneigennützig, von Nächstenliebe bestimmt; (gehoben) barmherzig, edel[mütig], großmütig, [grund]gütig, mildtätig, nobel; (bildungssprachlich) human) gemeint. Wohltätigkeit (veraltend: Mildtätigkeit) ist laut Wikipedia „das Wirken Einzelner oder von Organisationen zu Gunsten Bedürftiger durch „milde Gaben“ (Almosen, Geschenke, Spenden)“. Sie gilt seit alters als besondere Tugend vieler Religionen. Im Christentum, im Judentum, im Buddhismus und im Islam wird dies beispielsweise vom Einzelnen erwartet. Sie wird auch durch Zuwendungen an Hilfsorganisationen gewährleistet. Hierbei wird die Situation zu sehr in eine Richtung gedacht: Was kann eine professionell tätige Person für eine Person mit einer psychischen Störung tun? Damit wird der Aspekt der Fürsorge im Verhältnis zur Selbstbestimmung übermäßig betont.

Besser geeignet wäre der Begriff „ungewollter Zwang“, „unvermeidlicher Zwang“ oder „unfreiwilliger Zwang“. Damit käme die beidseitige Ausrichtung zum Ausdruck. Die Anwendung ist sowohl für die betroffene Person als auch für die Person(en), die Zwang anwenden müssen, nicht gewollt.

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?

Es gibt mehrere Untersuchungen zur Häufigkeit von Zwangsmaßnahmen in der psychiatrischen Versorgung in Deutschland (z.B. Deutsches Ärzteblatt).

Aufgrund der mangelnden Möglichkeiten zu wissenschaftlichen Untersuchungen kann hier lediglich auf eine einfache Erhebung zurückgegriffen werden:

Laut der Statistik des Bezirksamtes Berlin Pankow wurden in 2015 durch den Sozialpsychiatrischen Dienstes 4.322 Menschen versorgt, davon in 303 Fällen ein Antrag nach auf Unterbringung nach dem PsychKG Berlin gestellt. Das entspricht 7%.

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?

Nicht erfasst sind die Fälle, in denen eine Unterbringung nach § 1906 BGB erfolgte. Es wurde auch nicht erfasst, ob der Grund für die Antragstellung eine vermutete Eigengefährdung (Suizidalität) oder Fremdgefährdung war. Es wurde ebenfalls nicht statistisch erfasst, in wieviel Fällen der Antrag seitens des Gerichts angenommen wurde, demzufolge ein entsprechender Beschluss erfolgte oder abgelehnt wurde (beispielsweise, wenn die betroffene Person sich in der Anhörung mit einer Behandlung auf freiwilligen Basis einverstanden erklärte). Es gibt darüber hinaus noch eine durch die zuständige Klinik erfasste Anzahl von vorläufigen Unterbringungen nach dem Berliner PsychKG (bis zum Ablauf des darauffolgenden Tages), die innerhalb dieses Zeitraumes aufgehoben wurden.

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

Der Sozialpsychiatrischen Dienst hat im Wesentlichen drei Aufgabenfelder:

- Beratung, Betreuung und Hilfevermittlung,
- Krisenintervention einschließlich Antragstellung auf Unterbringung nach dem Berliner PsychKG und
- Begutachtung.

Am häufigsten ist die Unterbringung, d.h. Behandlung gegen den eigenen Willen in der zuständigen psychiatrischen Klinik. Das bedeutet den Verbleib in der entsprechenden Abteilung der Klinik gegen den eigenen Willen. In einigen Fällen kommt es zur zwangsmäßigen Isolierung, in wenigen Fällen auch Fixierung der betroffenen Person an das Bett. In seltenen Fällen wird eine psychopharmakotherapeutische Behandlung nach Gerichtsbeschluss auf Grundlage des Berliner PsychKGs im Sinne des „rechtfertigenden Notstandes“ angewandt.

Zwang wird im Vorfeld der Klinikaufnahme angewandt, wenn die betroffene Person gegen ihren Willen durch Einsatzkräfte der Feuerwehr und Polizei in die Klinik gebracht werden muss.

Konkrete Probleme können sich in der jeweiligen Situation ergeben, wenn die Anwendung von Gewalt durch die Vollzugsbeamtinnen zu Verletzungen führt. Diese können sowohl physischer als auch psychischer Natur sein. Immer wieder stellt sich auch für die Mitarbeiterinnen die Frage, ob die Anwendung von Zwang in einer bestimmten Situation hätte vermieden werden können.

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?

Im Arbeitsfeld der sozialpsychiatrischen Dienste gibt es bei der derzeitigen Ausstattung keine Alternativen, weil dieser Dienst in der Regel als „letzte Instanz“ gerufen wird, wenn alle vorangegangenen Versuche zur Bewältigung der Situation nicht erfolgreich waren. Dazu zählen Krisengespräche, ambulante psychiatrische Behandlung, Überzeugung zu psychiatrischer Behandlung auf freiwilliger Basis, usw.). Anlässlich eines Besuch in der italienischen Stadt Trieste im Januar 2017 entstand die Überzeugung, dass unter der Bedingung, dass psychiatrische Kliniken im Zusammenhang mit der Verabschiedung eines entsprechenden Gesetzes geschlossen werden mussten, der Druck, früher, intensiver und schneller in der Gemeinde zu Lösungen für Krisen zu kommen, sehr hoch ist. Dadurch werden dann Zuspitzungen der Krisen besser aufgefangen werden. Nur in vergleichsweise wenigen Fällen kommt es dort zu Unterbringungen nach richterlichem Beschluss in einer „emergency care unit“ des Allgemeinen Krankenhauses mit n=6 Betten für eine Region von ca. 240.000 Einwohnern. Das entspricht einer Bettenmessziffer von 0,025 Betten pro 1.000 Einwohner. Im Vergleich dazu hat das Land Berlin eine Bettenmessziffer von 0,76 Betten/Plätze pro 1.000 Einwohner. Eine der wichtigen Grundregeln ist dabei, dass keine Hospitalisierung über einen Zeitraum von mehr als zwei Wochen stattfinden darf. Das bedeutet, dass die professionell Tätigen (dort „operator“ genannt) in einen intensiven Verhandlungsprozess mit den Betroffenen (dort „user“ genannt) eintreten. Dieser steht unter dem Motto „verhandeln, verhandeln, verhandeln“. Darüber hinaus gibt es in vier regional zugeordneten Zentren für seelische Gesundheit („centro di saluta mentale“) jeweils bis zu acht Krisenplätzen, in denen die Betroffenen für wenige Tage auch übernachten können.

6. Welche unaufgebbaren Formen der Fürsorge sind regelmäßig mit Zwangsmaßnahmen verbunden? Diese Frage ist nicht ausreichend verständlich formuliert. Sind damit konkrete Maßnahmen der Zwangsbehandlung gemeint oder eher Strategien der Zwangsmaßnahmen?

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

Gänzlich ohne „wohltätigen Zwang“ halte ich eine Versorgung nicht für denkbar. Die im Zusammenhang mit psychischen Störungen erzeugten Symptome können zu schwerwiegenden selbstgefährdenden oder fremdgefährdenden Verhaltensweisen führen, die bei mangelnder Einsicht in die eigene Störung nur durch eine klare Außenstruktur beeinflusst und verändert werden können. Dabei spielt sicher eine Rolle, inwieweit eine kontinuierliche Betreuung und Behandlung der Betroffenen möglich ist und von ihnen akzeptiert wird. Je gezielter und individuumsbezogener eine solche Begleitung gestaltet werden kann, desto größer ist die Chance, dass eine krisenhafte Zuspitzung vermieden bzw. rechtzeitig aufgefangen werden kann. Dazu fehlen allerdings derzeit die strukturellen Voraussetzungen (siehe auch unter 5.).

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?

Grundsätzlich kann jede psychische Störung einen schwerwiegenden Verlauf nehmen. Dies hängt von den individuellen, sozialen, kulturellen und wirtschaftlichen Gegebenheiten sowie der biografischen Entwicklung ab.

Am häufigsten werden Zwangsmaßnahmen bei psychotischen Störungen, schweren Formen von Abhängigkeitserkrankungen und Persönlichkeitsstörungen sowie bei Menschen mit demenzieller Störung angewandt.

Zu den Krankheitsbildern, bei denen die Schwelle für die Anwendung von Zwangsmaßnahmen herabgesetzt ist, gehören vor allem psychotische Störungen in akuten Krankheitsphasen, Persönlichkeitsstörungen mit chronifiziertem Verlauf und demenzielle Störungen im fortgeschrittenen Stadium. Die Schwelle für die Anwendung von Zwangsmaßnahmen ist insbesondere in Situationen, in denen die Betroffenen ein besonders herausforderndes Verhalten zeigen, niedriger.

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? In kleineren therapeutischen Einrichtungen sowie psychiatrischen Akutstationen, in denen Menschen mit psychischen Störungen dicht beieinander leben, ist das Risiko für Konflikte in den zwischenmenschlichen Beziehungen und damit das Risiko des „wohltätigen Zwangs“ erhöht. Auch im unmittelbaren Zusammenleben mit Angehörigen ist ein solches Risiko erhöht, wenn neben der psychischen Störung auch die interaktionellen Prozesse eine eskalierende Situation befördern. Unter Lebensbedingungen mit traumatisierender Wirkung wie z.B. Herkunftsmilieu mit Gewalterfahrung ist das Risiko des „wohltätigen Zwangs“ vermutlich erhöht.

Die Einstellung und persönliche Haltung zur Entstehung von und zum Umgang mit psychischen Störungen hat einen Einfluss auf das konkrete Vorgehen. Je stärker auffälliges Verhalten pathologisiert, d.h. als „krank“ eingeschätzt wird, desto größer ist das Risiko, Maßnahmen zu ergreifen, die dem Betroffenen aus Sicht der professionellen Experten „verordnet“ werden. Die Möglichkeit, sich mit den „Erfahrungsexperten“ auseinander zu setzen, wird dann als wenig ergiebig eingeschätzt.

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

Gezielte Untersuchungen zu den Einflüssen können im Rahmen der Tätigkeit im sozialpsychiatrischen Dienst mangels geeigneter Kapazitäten kaum durchgeführt werden. Dies betrifft ebenso den Regelbetrieb der klinisch-stationären Einrichtungen. Universitäre Kliniken und Institute sind bislang zu wenig in die Regelversorgung eingebunden. Insbesondere die Betroffenenperspektive kommt hierbei bislang zu wenig zum Tragen. Ansätze einer partizipativen Forschung befinden sich gerade am Anfang.

Generell ist vorstellbar, dass bei Menschen aus anderen Kulturen bei mangelnder Kommunikationsfähigkeit die Tendenz erhöht sein kann, dass bei ihnen Zwangsmaßnahmen angewendet werden. Hier sind insbesondere Untersuchungen zu den kulturellen Bedingungen in der Versorgung in verstärktem Maße erforderlich.

Das Alter dürfte bei der Anwendung von Zwangsmaßnahmen eher eine untergeordnete Rolle spielen. Vermutlich haben junge und ältere Menschen eher das Risiko, dass Zwangsmaßnahmen bei ihnen schneller eingesetzt werden, da die Neigung zu bevormundendem Verhalten höher ist als bei Menschen im mittleren Lebensalter.

Die Tendenz, Zwangsmaßnahmen bei Männern einzusetzen, dürfte in fremdgefährdenden Situationen aufgrund ihrer stärkeren Körperstatur, im Vergleich zu Frauen erhöht sein. Auf Seiten der Helfer dürfte die Neigung, für Zwangsmaßnahmen zu plädieren, im mittleren Alter höher sein als im jungen (höhere Risikobereitschaft) und fortgeschrittenem (höherer Erfahrungshorizont) Alter.

Nach einer eher durch Erfahrungsberichte als durch gezielte Untersuchungen belegten Einschätzung werden im Nordosten Deutschlands eher Fixierungen und im Südwesten eher Isolierungen als Zwangsmaßnahmen durchgeführt.

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

Die subjektive Bewertung von Zwangsmaßnahmen dürfte von kulturellen Wertvorstellungen aber auch von interindividuellen Faktoren beeinflusst sein.

12. Welche spezifischen Kompetenzen, Kenntnisse, Einstellungen und professionellen Selbstverständnisse haben einen protektiven Einfluss auf potenziell vermeidbaren Zwang? Das Personal in (teil-)stationären Kliniken sowie in der ambulanten Versorgung sollte möglichst in der geforderten Kapazität ausgestattet und neben den erforderlichen fachlichen Kompetenzen trialogisch und in Deeskalationstechniken geschult sein.

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?

Nach meinem Eindruck gibt es bislang zu wenige empirische Untersuchungen über die Auswirkungen des „wohltätigen Zwangs“ für die Betroffenen und auf die Beziehung zwischen Betroffenen, Angehörigen und professionell Tätigen.

Häufig wird – insbesondere von den gesetzlichen Betreuern bzw. bevollmächtigten Personen befürchtet, dass die Beantragung einer Unterbringung zum Zwecke der Heilbehandlung sich nachteilig auf das Verhältnis zu ihren betreuten bzw. bevollmächtigenden Personen auswirkt. Allerdings gibt es aus der Erfahrung Hinweise, dass die Anwendung von Zwang als eine aggressive Maßnahme auch Aspekte einer zwischenmenschlichen Zuwendung und damit Verbesserung der Beziehung bedeuten kann, indem der erfahrene Zwang als grenzensetzende und strukturgebende Maßnahme positiv erlebt wird.

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?

Wenn Zwangsmaßnahmen für die Betroffenen mit der Erfahrung einhergehen, dass sie traumatisch erlebt werden, werden sie eher in negativer Erinnerung bleiben, als wenn sie primär in ihrem grenzensetzenden und strukturgebenden Charakter im Sinne einer schützenden Funktion aufgefasst werden.

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

Grundsätzlich gibt es bislang zu wenige fundierte Studien zu diesem Fragenkomplex. Eine der neueren Untersuchungen im deutschen Sprachraum führten C. Armgart et al. durch (Negative Emotionen und Verständnis - Zwangsmaßnahmen aus Patientensicht in der Fachzeitschrift Psychiatrische Praxis aus 2013). Es wurden 40 Patienten aus einer psychiatrischen Klinik nach ihren Empfindungen während und nach der jeweiligen Zwangssituation gefragt. Sie waren aufgrund eines richterlichen Beschlusses in der Klinik gegen ihren Willen aufgenommen worden. 15 von ihnen wurden mechanisch fixiert oder zwangsmediziert. Durchschnittlich alle drei Wochen nach der Zwangsmaßnahme wurden Interviews durchgeführt. Mehr als die Hälfte der Befragten gab an, während des Zwangs Emotionen wie Wut und Ärger erlebt zu haben. Während der Zwangsmaßnahme durchlebten die Betroffenen nach eigenen Angaben jedoch auch Gefühle der Hilflosigkeit, des Ausgeliefertseins, der Angst und der Schutzlosigkeit. Etwa ein Drittel der Patienten äußerte im Nachhinein Verständnis für die Unterbringung oder die erduldeten Zwangsmaßnahmen.

Mehr als die Hälfte gab an, die Behandlung habe ihren individuellen Bedürfnissen entsprochen, und fast drei Viertel würde bei erneutem Behandlungsbedarf die Klinik wieder aufsuchen.

16. Welche Auswirkung hat die Anwendung von Zwang auf die künftige Versorgung der Betroffenen? Auch bei dieser Frage sind die interindividuellen Unterschiede in der Wahrnehmung und Verarbeitung der Betroffenen und ihres sozialen Umfeldes zu berücksichtigen. Grundsätzlich stellt sich das Problem, wie die psychiatrische Versorgung organisiert wird: Das deutsche Gesundheits- und Sozialsystem ist durch große Schnittstellenproblematik aufgrund einer Vielzahl von Finanzierungssystemen gekennzeichnet. Dadurch entstehen erhebliche Reibungsverluste zum Nachteil der Betroffenen. Bereits der Übergang von einer ambulanten in eine stationäre Behandlung und umgekehrt stößt in der Versorgungsrealität auf erhebliche Grenzen. Bei diesem Beispiel ist noch derselbe Kostenträger (gesetzliche und private Krankenkassen) zuständig. Noch komplizierter wird es beim Übergang bzw. dem Nebeneinander von einem Kostenträger zum anderen (z. B. Sozialgesetzbuch V und XII). Die Zentrale Ethikkommission bei der Bundesärztekammer hat entsprechende Empfehlungen auf individueller und Beziehungsebene, auf struktureller und institutioneller Ebene gegeben sowie Maßnahmen im nicht-ärztlichen Bereich vorgeschlagen. Allerdings muss ihre Umsetzung im Versorgungsalltag als nicht ausreichend erfüllt bezeichnet werden. So sind Konzepte der „offenen Türen“ oder der Behandlung zu Hause („home treatment“) bislang kaum umgesetzt. Die Bundesarbeitsgemeinschaft der gemeindepsychiatrischen Verbände erprobt in absehbarer Zeit mögliche Interventionen, die eine Zwangsbehandlung in der Klinik vermeiden können.

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

Es liegen – wie bereits unter 15. festgestellt – bislang zu wenig wissenschaftlich fundierte Untersuchungen zu den Auswirkungen und Folgen für die Betroffenen wie auch für die professionell Tätigen vor. Aus der Erfahrung heraus äußert sich die Mehrheit der Betroffenen bei unsystematischen Nachfragen im beruflichen Alltag dahingehend, dass sie rückblickend die Behandlung teilweise nicht angenehm, aber im Grundsatz doch richtig empfanden.

Normative Probleme von Zwang

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

Aus Sicht der sozialpsychiatrischen Dienste ergibt sich bei der Anwendung von „wohltätigen Zwang“ häufig ein systemisches Problem: Ein Mensch mit einer psychischen Störung gerät in eine Krise mit eigen- und fremdgefährdenden Verhaltensweisen aufgrund dieser psychischen Störung. Er lehnt in der akuten Situation eine psychiatrische Behandlung (ambulant wie stationär) ab. Im Vorfeld erfolgten bereits mehrere Versuche, die betroffene Person zu beraten und von einer Behandlung zu überzeugen. In der Folge kommt es zu erheblichen zwischenmenschlichen Konfliktsituationen, die mit den zur Verfügung stehenden Möglichkeiten und Maßnahmen nicht zufriedenstellend gelöst werden können. Das soziale Umfeld ist erheblich belastet. Durch die Grenzen der Realisierung von geeigneten Maßnahmen (z. B. Fehlen von entsprechenden Kriseneinrichtungen, mangelnden Möglichkeiten zum „home treatment“) entsteht ein Handlungsdruck: Der Betroffene gefährdet sich selbst oder andere. Angehörige sowie das soziale Umfeld bzw. in der Klinik Mitpatientinnen und Mitarbeiterinnen fühlen sich zunehmend belastet, sind auch real bedroht. Genau dann stellt sich die Frage, was ist Wohl und was ist Wollen der betroffenen Person? Sie will keine Behandlung, kann aber durch die Behandlung vor einer Eigen- und Fremdgefährdung geschützt werden.

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

Vereinfacht ausgedrückt lässt sich eine Zwangsbehandlung aus der Erfahrung angesichts der gegebenen Verhältnisse dann legitimieren, wenn durch sie Unheil bzw. Unglück für die Betroffenen vermieden werden kann. Dies betrifft insbesondere das Phänomen der sogenannten „prädeliktischen Lücke“, der zufolge in vielen Verläufen aus dem Maßregelvollzug rückwirkend erkennbar ist, dass eine Straftat durch rechtzeitiges Einschreiten und gezielte Behandlung hätte vermieden werden können. In der ambulanten Versorgung kommt häufig aus dem sozialen Umfeld die Frage: „Muss erst ein Unglück passieren?“ Wenn sich in der Einschätzung der professionell Tätigen die Wahrscheinlichkeit für den Eintritt eines forensischen Deliktes mit erheblichem Schweregrad einschließlich eines Suizids erhöht, lässt sich eine Zwangshandlung gegen den Willen der betroffenen Person eher legitimieren.

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

Das „Inverse law of care“, frei übersetzt das „Gesetz der verdrehten Versorgung“, besagt sinngemäß, dass diejenigen Menschen, die der meisten Hilfe bedürfen, die wenigste bekommen und umgekehrt. So genießen Privatpatienten in der klinischen Versorgung nach dem SGB V Bevorzugungen, die womöglich gerade für chronisch und schwer beeinträchtigte Menschen notwendig wäre. Beispiel: 50 % der chronisch mehrfachgeschädigten Suchtkranken werden mindestens einmal pro Jahr in der Rettungsstelle eines Allgemeinkrankenhauses behandelt, jedoch in sehr kurzer Zeit wieder entlassen. Ein Privatversicherter mit einer Suchterkrankung wird dagegen mit einem umfassenden Therapieprogramm in einer Privatklinik behandelt.

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

Grundsätzlich haben institutionelle Leitbildvorgaben, Leitlinien und berufsethische Standards eine wichtige Bedeutung, insbesondere auch durch den Prozess ihrer Entwicklung. Andererseits hängt die Entscheidung in der jeweiligen konkreten Situation vielmehr von der persönlichen Einstellung und Haltung, den realen Gegebenheiten und den individuellen und systemischen Erfahrungswerten ab. Sie können also einen Rahmen bieten, innerhalb dessen das berufliche Handeln gestaltet werden sollte.

Dr. med. Dipl. Psych. D. E. Gagel

Facharzt für Psychiatrie u. Psychotherapie

Facharzt für Öffentliches Gesundheitswesen

Psychologischer Psychotherapeut