

## **Loer 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?

Meines Erachtens ist der Begriff unpassend, weil er an Wohltätigkeitsveranstaltungen erinnert. Wohltätigkeiten werden in der Regel als gönnerhaft und gemeinnützig verstanden. Hier geht es aber um individuelle Rechte psychisch erkrankter Menschen. Sicherlich sollte die Ambivalenz zum Ausdruck kommen. Es gibt bereits den Begriff des „fürsorglichen“ Zwanges, der allerdings auch zu sehr aus der Perspektive der Sorgenden spricht und bereits vergeben ist. Auch ist die Fürsorge als Legitimation m.E. nicht ausreichend. Möglich wäre „notwendiger Zwang“, der nur legitim ist, um die Not der Erkrankten zu wenden, was allerdings nicht zum Ausdruck kommt.

### **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?

Im gerichtlichen Bereich werden die Verfahren/Genehmigungen gezählt. Die Justizstatistiken sind nach meiner Erfahrung aus verschiedenen Gründen nur bedingt aussagekräftig. Sie sind in den

bekannten Veröffentlichungen von Horst Deinert zugänglich. Es gibt einigermaßen verlässliche Zahlen zu den betreuungsgerichtlichen Genehmigungen nach §§ 1906 Abs. 1 und 4 BGB sowie zu den Unterbringungsanordnungen nach dem Unterbringungsgesetz der Länder, also zum Freiheitsentzug. Da die Regelungen zur Zwangsbehandlung der Länder noch sehr jung sind oder erst gerade im Gesetzgebungsvorgang, dürfte es insoweit noch keine Zahlen aus der Justiz geben. Hinsichtlich der betreuungsrechtlichen Genehmigungen wird in der Regel nicht nach dem Zweck der Unterbringung, also Abs. 1 Zif 1 zur Abwendung einer Gefahr oder Zif. 2 zur Durchführung einer Heilbehandlung differenziert. Es werden bei den meisten Gerichten die kurzfristigen Zwangseinweisungen in die Psychiatrie in derselben Rubrik gezählt wie z.B. dauerhafte Unterbringungen demenzerkrankter mobiler Bewohner in beschützten Heimeinrichtungen. Diese nehmen die geschlossene Unterbringung - also die Beeinträchtigung - in der Regel gar nicht als solche wahr, so dass nur bedingt von einer Zwangsmaßnahme gesprochen werden kann. Die Zunahme der Zahlen ist m.E. darauf zurückzuführen sein, dass eine größere Sensibilisierung im Bereich der Altenpflege stattgefunden hat. Die Genehmigungen von ärztlichen Zwangsmaßnahmen nach § 1906 Abs. 3 BGB werden einigermaßen verlässlich erst seit 2016 gezählt und sind noch nicht veröffentlicht.

Eine verlässliche differenzierte Erhebung, die mit den Zahlen der Psychiatrie verglichen werden sollte, wäre m.E. von großem Wert und findet derzeit nicht statt.

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?

Zum einen wird bei der Erhebung der Daten nicht ausreichend differenziert. Zum anderen wird in der Justizstatistik naturgemäß nur das gezählt, was bei den Gerichten ankommt, und selbst das ist mit Ungenauigkeiten behaftet. Wenn einer Patientin in der Klinik mit „einem Beschluss“ (so ist häufig die dortige Bezeichnung) gedroht wird, wenn sie keine Freiwilligkeitserklärung für ihren Aufenthalt abgibt, so wird diese Art von Zwang vermutlich in keiner Statistik gezählt. Dies gilt auch für alle anderen Arten von Nötigungen, wenn die Patienten sich dem Druck mehr oder weniger freiwillig beugen.

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

Beschränkt auf die Psychiatrie habe ich als Betreuungsrichterin mit Freiheitsentzug und medikamentöser Behandlung mit Neuroleptika zu tun. Wenn das gerichtliche Genehmigungsverfahren beginnt, ist es für Maßnahmen, die den Zwang möglicherweise hätten vermeiden können, meistens zu spät. Außerdem hat das Gericht keinen Einfluss auf die Behandlungspraxis der Psychiatrien und muss die Gegebenheiten vor Ort hinnehmen.

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?

Ich stelle fest, dass es manchen Krankenhäusern oder Abteilungen eines Krankenhauses besser gelingt, mit „widerwilligen“ oder eigensinnigen Patientinnen und Patienten umzugehen, als andere und auf Zwangsmaßnahmen weitgehend verzichtet werden kann. Voraussetzung ist nach meiner Erfahrung zunächst überhaupt die Bereitschaft, sich auf andere Vorstellungen einzulassen, um mit

den Patienten einen Behandlungsplan zu entwickeln. Auch die Ausstattung der Stationen mit Personal und Raum ist von Bedeutung, ob Situationen eskalieren. Wenn Patienten sich ernst genommen fühlen, sind sie eher bereit, sich auf eine angebotene Behandlung einzulassen.

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

Aus gerichtlicher Sicht das rechtsstaatliche Verfahren, das die Rechte der Patienten wahrt.

Notwendig wäre m.E. nach Abschluss der Behandlung die durchgeführte Zwangsmaßnahme nachzubesprechen.

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

Frühzeitige aufsuchende Hilfe schon zu Beginn einer Krise (was im Einzelfall allerdings für die Betroffenen auch eine „fürsorgliche Belagerung“ und somit auch eine Beeinträchtigung darstellen kann) und eine entspannte Atmosphäre in der Akutpsychiatrie ohne Druck der Krankenkassen.

Ich vermute aber, dass ein kleiner Teil ohne Zwang nicht sinnvoll behandelt werden kann.

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?

Nach meiner Erfahrung überwiegend tatsächlich Psychosen.

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

*zu den folgenden Fragen kann ich aus meiner Disziplin keine Angaben machen*

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?

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

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?

### **Auswirkungen von Zwanganwendung**

Ich halte Studien für unbedingt notwendig, um die Langzeitwirkungen von Zwangsmaßnahmen zu untersuchen. Nur so können wir wissen, was langfristig tatsächlich hilft.

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 meiner Erfahrung sehr unterschiedlich

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?

Überwiegend ja, aber nicht ausschließlich. Es kommt vor, dass Betreute sich später bedanken, dass eine Zwangsmaßnahme erfolgt ist.

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

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

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

### **Normative Probleme von Zwang**

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

Wer bestimmt, was wohltätig ist? Dies kann nicht objektiv festgestellt werden, sondern allein aus der Sicht der Betroffenen. Schwierig wird die Entscheidungsfindung, wenn es nur wenige Anhaltspunkte dafür gibt, was die betroffene Person selber wollen würde, wenn sie aktuell in ihrer Willensbildung nicht beeinträchtigt wäre. Bleibt dann als Grundlage der Mutmaßung letztlich doch nur der „gesunde“ Menschenverstand und gilt dieser dann auch für Kranke bzw. für diejenigen, die die Gesunden für krank halten („Behandeln wir die falschen?“) Nach welchen Kriterien soll entschieden werden, ob der Zweck, zu dem der Zwang ausgeübt wird, auch für die betroffene Person eine Wohltat darstellt. Im Übrigen ist die Prognose höchst unsicher. Mangels empirischer Studien ist selten vorhersehbar, ob eine Behandlung unter Zwang den gewünschten Nutzen erbringt. Welches Gewicht hat diese Unsicherheit bei der Abwägung?

Problematisch sind Entscheidungen dann, wenn unter anderen Bedingungen auf die (beantragte) Zwangsmaßnahme verzichtet werden könnte, diese aber nicht zur Verfügung stehen – sog. Sachzwänge.

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

Als Richterin bin ich an Recht und Gesetz gebunden. Im betreuungsrechtlichen Kontext gehe ich zunächst davon aus, dass der Patient ein Recht auf Hilfe und Behandlung hat, diese aber krankheitsbedingt selber nicht erkennen kann. (Voraussetzung ist selbstverständlich, dass die betroffenen Person aktuell nicht einwilligungsfähig ist). Daher hat eine Vertretungsperson (Betreuer oder Bevollmächtigter) für sie diesen Anspruch geltend zu machen und über die Einwilligung in eine angebotene indizierte Behandlung zu entscheiden. Diese Vertretungsperson hat aber nicht nach objektiven Wohlkriterien zu entscheiden, sondern allein danach zu fragen, wie die betroffene Person selber entscheiden würde, wenn sie aktuell nicht in ihrer Willensbildung eingeschränkt wäre, so §§ 1901a und b BGB. Nur dann, wenn festgestellt werden kann, dass der aktuell entgegenstehende natürliche Wille nicht den eigentlichen Behandlungswünschen oder dem mutmaßlichen Willen entspricht, kommt überhaupt eine Zwangsbehandlung in Betracht. Auch alle weiteren in § 1906 BGB genannten rechtlichen Voraussetzungen

und bzgl. der ärztlichen Zwangsmaßnahme insbesondere die in Abs. 3 genannten müssen erfüllt sein, so dass die Anwendung von Zwang ultima ratio ist. Sie sind nach meiner Auffassung ebenfalls ausschließlich aus der Perspektive der Betroffenen zu beurteilen. Dies gilt bei der Beurteilung, was ein „erheblicher“ gesundheitlicher Schaden bedeutet wie auch bei der Abwägung von zu erwartendem Nutzen und zu erwartender Beeinträchtigung. Alle Beteiligten müssen sich fragen, ob die betroffene Person selber in dieser Situation den Wunsch geäußert hätte, auch gegen ihren natürlichen Willen behandelt zu werden. Dann darf ihr die Behandlung nicht verweigert werden. Maßstab des Schutzbedürfnisses kann nur die betroffene Person selber sein. Es ist meines Erachtens nicht legitim, Menschen zu schützen, um sie vor Schaden zu bewahren, die bei freiem Willen den Schutz ablehnen.

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

Zu den Freiheitsrechten gehört auch, sich schädigen zu dürfen und eigene Risiken bewusst einzugehen – solange Dritte nicht gefährdet werden. Das heißt aber nicht, dass psychisch erkrankten Menschen, die eine bestimmte Behandlungsmethode ablehnen, deswegen andere Hilfen versagt werden darf. Grundrechte sind nicht nur Abwehrrechte. Die Diskussion um die Zwangsbehandlung hat nämlich auch dazu geführt, dass Behandler ihre Verantwortung an die Betroffenen, die sich nicht behandeln lassen wollen, abgeben. Die Rechte der Betroffenen ernst zu nehmen muss nicht dazu führen, den ärztlichen Auftrag zu mindern.

Es muss vermieden werden, von einer ablehnenden Haltung auf das Vorliegen der Einwilligungsunfähigkeit zu schließen. Auch psychisch Erkrankte dürfen mit ihrer Gesundheit unvernünftig umgehen.

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

Das gerichtliche Verfahren unterliegt strengen materiellen wie formellen (prozessualen) Vorgaben. Es fehlen allerdings verbindliche medizinische Leitlinien zur Anwendung bzw. Vermeidung von Zwang. Daher kommt der Haltung der Sachverständigen, die mit einer Begutachtung beauftragt werden, eine zu große Bedeutung zu. Willkür kann derzeit nicht ausgeschlossen werden.

Annette Loer, 05.02.2017