

Thomas Schramme: 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 scheint eine Übersetzung des im Englischen gebräuchlichen Ausdrucks "beneficent coercion" (auch manchmal "benevolent coercion") zu sein. Ein Problem des Begriffs liegt darin, dass man den Bezug auf die Absicht der intervenierenden Person nicht unbedingt erkennt, sondern auch auf das "Ergebnis" schauen kann. Hier wäre dann impliziert, dass Zwang eine Wohltat darstellen kann. Dies wiederum dürfte zumindest aus Sicht der Betroffenen vermutlich niemals zutreffend sein; es erscheint als Widerspruch in sich. Das Prädikat "wohlmeinender" oder "wohlwollend" wäre vermutlich besser geeignet, da hier deutlicher auf die Interventionsabsicht fokussiert wird. Alternativ dazu böte sich an, den bereits eingespielten Ausdruck "fürsorglicher Zwang" zu verwenden. Hier scheint mir der Bezug auf die Handlungsabsicht deutlicher.

- Die Eingrenzung auf Zwang scheint mir ebenfalls diskussionswürdig. Andere Formen der Willensbeeinflussung wie etwa Nötigung, Manipulation oder "nudges" sollten sicherlich mit betrachtet werden. Zudem wird der Begriff des Zwangs im Deutschen meist mit physischem Zwang in Verbindung gebracht, was nur einen Aspekt des Phänomenbereichs abdeckt. Man könnte alternativ von "Freiheitseingriff" sprechen.

- Zuletzt fragt sich, warum der Begriff des Paternalismus vermieden wird, der traditionell den hier vorliegenden Phänomenbereich umschreibt.

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

Faktoren für Zwangsanwendungen: 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?
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 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?

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?
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?

- Wenn man die Frage nicht als empirische bzw. statistische Frage versteht, kann man sagen, dass die Grundkonstellation anscheinend immer dieselbe ist: Jemand entscheidet sich in einer Weise, die sein Wohl zu unterminieren scheint. Ein anderer will das Wohl dieser Person schützen oder ist aufgrund ihrer Rolle dazu angehalten. Es handelt sich also um einen Konflikt zwischen individueller Freiheit und Fürsorge- bzw. Hilfspflichten. Das ist auch die Grundkonstellation, die in der Debatte zum Paternalismus immer wieder herausgearbeitet wird.

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

- Der vermeintlich einfachste Fall, in dem eine Zwangsbehandlung legitim erscheint, liegt vor, wenn die Selbstbestimmungsfähigkeit eingeschränkt ist. Dies ist aber nur eine notwendige, noch keine hinreichende Bedingung einer legitimen Intervention (vgl. ZEKO 2013, Stellungnahme Zwangsbehandlung bei psychischen Erkrankungen, S.1335). Das zeigt auch der nach neuerer Rechtsprechung erfolgte Bezug auf den "natürlichen" Willen, der zu beachten sei. Gleichwohl sind in Situationen der stark eingeschränkten bzw. verhinderten Selbstbestimmungsfähigkeit Wahlentscheidungen offenbar normativ weniger beachtlich.

- Die Frage der Feststellung von Selbstbestimmungsfähigkeit wirft viele weitere normative und auch methodologische Probleme auf, die hier nicht geklärt werden können. Schließlich müssen überprüfbare und allgemein nachvollziehbare Kriterien zur Bestimmung der Selbstbestimmungsfähigkeit bestimmt werden. Die Bestimmung dieser Standards kann nicht durch medizinische oder juristische Expertise allein geschehen (wenn auch die Feststellung bzw. "Diagnose" des Vorliegens im Einzelfall medizinische Expertise erfordert). Im Besonderen darf nicht die Tatsache einer vorliegenden Erkrankung (oder gar "mangelnde Krankheitseinsicht") selbst dazu führen, die Selbstbestimmungsfähigkeit in Zweifel zu ziehen.

- Zusätzlich zum Aspekt der Einschränkung der Selbstbestimmungsfähigkeit muss das Wohl einer Person in gravierender Weise bedroht sein. Man würde beispielsweise nicht eine stark demente Person, die das Abendessen ablehnt, zwangsernähren, damit sie keinen Hunger (eine milde Form des Unwohlseins) verspürt. Anders sähe der Fall aus, wenn sie zu verhungern drohte. Auch bei der Feststellung einer hinreichend schwerwiegenden Bedrohung des Wohls ergeben sich neue normative Probleme, die hier nicht geklärt werden können. Insbesondere ist der Begriff des Wohls von Menschen keineswegs nur durch medizinische Faktoren bestimmt.

- Ein großes Problem in der Praxis besteht darin, dass substantielle Aspekte der individuellen Freiheit mit formalen vermischt werden können. Damit ist gemeint, dass bisweilen die Feststellung, ob eine Person selbstbestimmungsfähig ist, nicht nur aufgrund formaler Gesichtspunkte wie Informationsverständnis, Urteilsvermögen etc. erfolgt, sondern getrieben sein kann von dem Inhalt oder der Art der Entscheidung,

die eine Person trifft. Wenn Personen schwer verständliche Entscheidungen treffen, so sind wir häufig eher geneigt, zu bezweifeln, dass sie zur Selbstbestimmung fähig ist. Insofern können Aspekte der Selbstbestimmungsfähigkeit mit solchen der Nachvollziehbarkeit (Rationalität) des Freiheitsgebrauchs vermischt werden und somit eine bloß unverständliche Entscheidung einer Person zum Anlass genommen werden, sie als nicht selbstbestimmt und damit eine Intervention als gerechtfertigt anzusehen.

- Ein Eingriff in die Freiheit einer selbstbestimmungsfähigen Person zum Schutz deren Wohls, also "fürsorglicher Zwang" gegenüber autonomen Personen, scheint sehr schwer zu rechtfertigen. Aus ethischer und auch psychiatrischer Sicht kann das allerdings durchaus anders gesehen werden, etwa wenn man elementare Aspekte des menschlichen Wohls annimmt, die es immer zu bewahren gilt. Dann wäre auch der Eingriff in Entscheidungen von formal selbstbestimmungsfähigen Personen potentiell legitimierbar.

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

- Der maßgebliche inhaltliche Maßstab ist meines Erachtens immer der Schutz individueller Freiheit bzw. Autonomie. Zwangsbewehrte Interventionen sollen auch diesem Ziel dienen, insbesondere der Wiederherstellung der Selbstbestimmungsfähigkeit selbst. Dabei ist zu beachten, dass diese Fähigkeit eine Art Minimum darstellt. Verbesserungen über dieses Minimum hinaus (zur "Perfektionierung" der Autonomiefähigkeit) sind anders zu bewerten. Erneut entsteht hier Interpretationsbedarf, was genau ein solches Minimum an Selbstbestimmungsfähigkeit sein soll.

- Die Tatsache, dass Selbstbestimmungsfähigkeit eng an psychische Gesundheit gekoppelt ist, führt dazu, dass insbesondere aus psychiatrischer Sicht eine bloß freiheitseinschränkende Intervention mit dem Zweck, Selbstschädigungen zu verhindern, etwa durch Fixierung oder Isolation, allein nicht zielführend ist. Anders gesagt: Aus psychiatrischer Perspektive ist die Selbstbestimmungsfähigkeit die Hinsicht des fürsorglichen Zwangs, und diese wird man nur dann wiederherstellen, wenn man auch therapeutische Ziele verfolgt (vgl. DGPPN Stellungnahme 2014, Achtung der Selbstbestimmung und Anwendung von Zwang bei der Behandlung von psychisch erkrankten Menschen, S.8 f.; Vollmann, Zwangsbehandlungen in der Psychiatrie, Nervenarzt 2014, 617f.). Hier ergibt sich erneut aus meiner Sicht potentiell ein Konflikt zwischen der juristischen Sicht und der psychiatrischen Perspektive (vgl. auch ZEKO 2013, S.1337; Taupitz & Weis, Psychiatrische Behandlungen aus juristischer Sicht, in: Juckel & Hoffmann, Ethische Entscheidungssituationen in Psychiatrie und Psychotherapie, S.112). Die psychiatrische Praxis erfordert einen Blick auf die Besonderheiten eines einzelnen Falles, die juristische Perspektive schaut üblicherweise auf allgemeine Normen.

- Die Ethik kann hier nur bedingt weiterhelfen, da auch sie, ähnlich wie die Rechtswissenschaft, an grundlegenden Normen orientiert ist, die allgemeine Geltung beanspruchen. Am ehesten noch entspricht in den hier zu verhandelnden Fällen die Fürsorgeethik (*ethics of care*) den praktischen Bedürfnissen der Psychiatrie. Allerdings ist diese ethische Perspektive aus Sicht der Moralphilosophie ebenfalls mit schwierigen Problemen behaftet, da ihre normative Orientierungskraft eingeschränkt zu sein scheint und gravierende, rechtlich relevante Entscheidungen in die Hand von (vermeintlich) tugendhaftem Pflegepersonal übergibt. Erwartbarkeit und Normierung medizinischen Handelns sind wichtige Güter.

- Verteilungsgerechtigkeit kommt eigentlich in erster Linie ins Spiel, wenn Interessen von verschiedenen Personen konfliktieren. Der Grundkonflikt beim fürsorglichen Zwang ist nicht zwischen Personen und auf knappe Güter bezogen, sondern gewissermaßen „intern“, zwischen zwei Aspekten einer Person: ihrem Wohl und ihren Entscheidungen. Gleichwohl kann man festhalten, dass ein angemessener Schutz individueller Freiheit immer sozialstaatliche (Ressourcen-)Implikationen mit sich bringt. Wie weit wir in unserer Gesellschaft bereit sind, die Selbstbestimmungsfähigkeit zu schützen, ist eine Frage der sozialen

Gerechtigkeit. Allerdings scheinen mir diese Gerechtigkeitsfragen sich nicht abstrakt und unabhängig von konkreten Kontexten ausbuchstabieren lassen.

- Freie Entscheidungen treffen zu können ist ein weithin akzeptiertes Grundrecht von Menschen. Wie angesprochen, ist es fraglich, ob Eingriffe in den (hinreichend selbstbestimmt determinierten) Freiheitsgebrauch jemals gerechtfertigt werden können. Hier zeigt sich der Eigenwert von Freiheit. Individuelle Freiheit dient nicht einfach dazu, das eigene Wohl zu erreichen. Dann hätte Freiheit nur einen instrumentellen Wert. Selbstbestimmt Dinge tun und lassen zu können, selbst dort, wo die Handlungen unser objektives Wohl einschränken oder vermindern, ist ein Aspekt menschlichen Wohls. Daher darf man auch das individuelle Wohl nicht strikt von der Freiheit selbst trennen. Aus dieser Konstellation ergibt sich der Verdacht, dass es so etwas wie wohltätigen Zwang nicht gegen kann – im Sinne eines Zwangs, der tatsächlich eine Wohltat darstellt. Zwang mag Schlimmeres für eine Person verhindern, aber das scheint es etwas anderes zu sein, als eine Wohltat.

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

- Auch wenn diese Frage nicht in meine Hauptexpertise fällt, scheint mir deutlich, dass klare Standards und Leitlinien von immenser Bedeutung sind. Ein großes Problem insbesondere der psychiatrischen Praxis ist die Unsicherheit von Patienten bezüglich erwartbaren Handlungen. Beispielweise besteht ein wichtiger Unterschied zwischen Warnungen und Drohungen. Ersteres kann nicht die Grundlage von Zwang sein, letzteres hingegen schon. Ob aber eine Warnung oder eine Drohung vorliegt, ist von institutionell geltenden Normen abhängig, die häufig nicht explizit gemacht werden. Ein Beispiel: "A nurse came to me and said 'Go to supper'. I said 'No'. She growled at me for not making an effort, but all my effort is going into making these thoughts and writing them down. The nurse punished me, saying, 'Well, I'm not bringing you any supper, you know.'" (M. O'Hagan, *Two Accounts of Mental Distress*, in: Read, J.; Reynolds, J. (Hg.): *Speaking Our Minds. An Anthology of Personal Experiences of Mental Distress and its Consequences*, Hampshire-London 1996: 47). Stellt die Aussage der Krankenpflegerin eine Drohung oder eine Warnung dar? Dies hängt von impliziten Normen der Institution ab.