

Antworten aus der Praxis als Vereinsbetreuer und Berater von Angehörigen

- Stephan Sigusch im Februar 2017-

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?

- Die Arbeitsdefinition finde ich geeignet für die Bezeichnung des Problemfeldes; dabei erscheint mir wichtig, dass der Begriff des „Zwang“ klar herausgearbeitet wird
 - o Zur Begründung: die Erfahrungen als Vereinsbetreuer, Referent und aus der Beratung von Angehörigen zur Praxis der „Freiheitsentziehenden Maßnahmen“ (FEM) und der „Reduzierung von freiheitsentziehenden Maßnahmen“ zeigen, dass sich erst mit der Benennung der konkreten Maßnahme und deren Folgen (besonders bei körpernahen Fixierungen) auf die betroffene Person ein Problembewusstsein entwickelt, welches bei einer „Verniedlichung/ begrifflichen Verharmlosung“ so nicht entsteht und den ausführenden Pflegepersonal nicht vermittelt, wie gravierend der Eingriff als vermeintlich einfache Problemlösung ist.
 - o Diese führt dann oft zur Anwendung von FEM ohne eine Reflexion der Maßnahme.

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?

- Bekannt sind mir die Statistik der betreuungsgerichtlich Genehmigungen zu freiheitsentziehenden Unterbringungen, sonstigen freiheitsentziehenden Maßnahmen und Zwangsbehandlungen (zusammengestellt von Herrn Horst Deinert und regelmäßig veröffentlicht in der BtPrax, aktuell für das Jahr 2015).

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?

- Diese Zahlen spiegeln die betreuungsgerichtlichen Genehmigungen wider. Ein Dunkelfeld wäre dort vorstellbar, wo es für Zwangsmaßnahmen kein Verfahren gibt, d.h. weder vom Betreuer noch vom Bevollmächtigten, noch von der Einrichtung ein Antrag auf Genehmigung bei Gericht gestellt wurde.

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

- Verdeckte Medikamentengabe in Einrichtungen sowohl zur Vermeidung von „Widerstand“ gegen die Medikamentengabe, als auch direkt ohne Aufklärung des Betroffenen über das, was er erhält. Dieses erfolgt u.a. in Wohnheimen im Bereich der Eingliederungshilfe bei „geistiger und seelischer Behinderung“ als auch in Einrichtungen der Altenhilfe. Dieses betrifft weiter auch den Personenkreis von Menschen mit geistiger Behinderung und/oder Demenzerkrankung, bei denen keine Diagnose für eine psychische Erkrankung erfolgte, obwohl wahrscheinlich ein solche ebenfalls vorliegt.

- Medikamentengabe unter „Druck“ durch Mitarbeitern und / oder Angehörige.

Betroffene haben keine „Wahl“ und keine „Möglichkeit“ sich zu wehren. Die Klärung von Unverträglichkeiten oder „Inkaufnahme“ von anderen Nebenwirkungen kann nicht formuliert und/ oder geprüft werden.

Weiterhin gibt es Zwang durch die Anwendung von FEM. Im Bereich der Pflege gibt es wegen der langjährigen Auseinandersetzung damit mehr Verfahren bzw. Prüfungen, ob FEM wirklich erforderlich sind. Im Bereich der Eingliederungshilfe gibt es dagegen kaum ein Problembewusstsein beim Einsatz von FEM.

Gerichtliche genehmigte Unterbringungen in geschlossene Heimen und in Stationen von Kliniken stellen die häufigste Form von Zwang im Umfeld da. Diese Form des Zwangs unterliegt alle zwei Jahre der gerichtlichen Kontrolle. Spätesten dann erfolgt eine Auseinandersetzung mit der Situation durch die Beteiligten.

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?

- Transparente Einbeziehung und Aufklärung des Patienten, ggf. in einfacher Sprache, aber so das er es verstehen kann um auch evtl. Folgen zu überschauen. Prüfung und abwägen unterschiedlicher Behandlungsmöglichkeiten und deren „Nebenwirkungen“.

- Vertrauensvolle und transparente Beziehungsarbeit als (Vereins-) Betreuer bzw. als Bevollmächtigter zur Vermeidung von Zwang bereits im Vorfeld.

Ein Beispiel aus der Praxis (mit hohem Zeitaufwand, welcher im derzeitigen Pauschalsystem letztlich nicht berücksichtigt wird):

Einmal im Monat erfolgt die Abholung von zwei Betreuten aus der Wohnung zur Vorstellung in der Institutsambulanz mit Arztgespräch und Gabe eines Depotmedikaments. Nach zwei Jahren konnte bei einem Betreuten die Umstellung auf Tabletten erfolgen, welche nach Abstimmung mit der Hausärztin täglich durch eine Sozialstation gegeben werden.

Bei beiden Patienten konnte dadurch seit 2013 eine geschlossene Unterbringung vermieden werden. Im konkreten „Notfall“ konnte die Behandlung, inkl. Medikamentenumstellung, auf einer offenen Station erfolgen. Es war keine Zwangsbehandlung erforderlich.

- Ein interessantes Modell kann der „Patientenanwalt in Psychiatrischen Einrichtungen in Österreich“ sein. Mit dem Patientenanwalt steht dem Patienten und den Angehörigen ein von der Klinik/Einrichtung unabhängiger Vertreter zur Seite. Der Patientenanwalt ist bei den österreichischen „Sachwaltervereinen“ angesiedelt.

Hinweis: Der österreichische Sachwalter kann – anders als der deutsche Betreuer – den Betroffenen, der sich erheblich selbst gefährdet, nicht in einer geschlossenen Einrichtung (freiheitsentziehend) unterbringen und auch nicht in die dort durchgeführten Zwangsmaßnahmen einwilligen.

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

- Zwingend notwendige Behandlungen in Akutphasen, wie z.B. bei Suizidabsicht, oder akute Krisenintervention können Zwangsmaßnahmen erfordern.

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

- Mit einer zeitintensiven und transparenten Begleitung in der Versorgung können Zwangsmaßnahmen auf ein absolut notwendiges Minimum reduziert werden. Die involvierten Fachkräfte in Einrichtungen, ambulanten Diensten, Ärzte und Betreuer/ Bevollmächtigte sollten die dafür benötigte Zeit haben und verpflichtend an Weiterbildungen zur Qualifizierung/ Reflexion teilnehmen.

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?

- Unabhängig vom Krankheitsbild ist bei Patienten mit herausfordernden Verhalten die Schwelle für die Anwendung von Zwang 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?

Faktoren, die das Risiko aus meiner Sicht als Praktiker erhöhen:

- Die Grundeinstellung von Mitarbeitern und Angehörigen „alles ist heil- und behandelbar mit Medikamenten“ erhöht das Risiko einer Zwangsbehandlung.
- Eine Erkrankung mit „auffälligen, besonders herausfordernden Verhalten“ senkt die Schwelle für (Zwangs-) Maßnahmen, welche u.a. der Ruhigstellung dienen.
- Überforderung bei der Versorgungssituation zu Hause: „So kann er hier nicht bleiben, er muss in eine Einrichtung.“ „Es ist doch das kleinere Übel, wenn er zwangsweise Medikamente erhält, dafür aber zu Hause bleiben kann.“
- Überforderung der versorgenden und pflegenden Angehörigen und auch der Mitarbeiter in Einrichtungen/ Kliniken.
- Fehlende Einbindung von „Entlastungsangeboten“

Faktoren, die das Risiko verringern:

- In der Praxis zeigt sich, dass eine ausreichende Anzahl qualifizierter Mitarbeiter in Einrichtungen zu weniger Zwang führt.
- Wenn die Einrichtungsleitung verantwortlich mit Zwangsmaßnahmen umgeht („Verantwortungskultur“), überträgt sich dies auch auf die tägliche Arbeit der Arbeitsebene. So sehe ich als Vereinsbetreuer, dass es Einrichtungen gibt, in denen z.B. keine FEM angewendet werden.
- Problembewusstsein schaffen und regelmäßige Schulung zum Umgang mit belastenden Situationen scheint in Einrichtung zu einer Verminderung von Zwang zu führen.
- Konstruktive Zusammenarbeit aller Beteiligten (Angehörige, Betreuer/ Bevollmächtigte, Ärzte, ambulante Dienste und Einrichtungen)

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

- „ Da muss doch geholfen werden“ ist eine Aussage hinweg über Kulturen, Alter und Geschlecht, teilweise mit dem Wunsch „belastende“ Situation nicht mehr erleben zu müssen.

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

- In meiner Tätigkeit als Vereinsbetreuer und in der Begleitung von Angehörigen erlebe ich, dass Personen die aus einem Kulturkreis mit regelmäßig erlebten „staatlichen Zwang“ kommen, auch weniger Probleme damit haben, dass ihnen gegenüber Zwang ausgeübt wird. Das gilt auch für deren Angehörige, die Zwang als nicht so problematisch ansehen.

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

- Zum einen die Akzeptanz des „Recht auf Krankheit des Betroffenen“ durch alle Beteiligten und zum anderen die Selbstverpflichtung zu einer transparenten Entscheidungsfindung durch die Entscheidungsträger.
- Rechtzeitiges Erkennen von beginnenden Krisen durch hohe Kontakthäufigkeit und regelmäßige Abstimmung der Beteiligten.

Auswirkungen von Zwangsanwendung

13. Welche Auswirkungen haben Formen des wohlwärtigen zwangs kurz-

mittel- und langfristig auf die Beziehung zwischen den Akteuren (z.B. auf das Vertrauensverhältnis)? Gibt es hierzu empirische Untersuchungen?

Es kommt auf die Dauer, Transparenz und die Belastbarkeit des Vertrauensverhältnisses an.

Bei länger bestehenden Betreuungen bestand in fast allen Fällen das Verhältnisverhältnis nach einer Zwangsmaßnahme weiter. Grundlage dafür ist eine transparente Arbeitsbeziehung auf Augenhöhe und dass die Zwangsbehandlung ausschließlich im Klinikbereich erfolgt, nicht im „Schutzraum“ von Wohnung bzw. Heim. Als (Vereins-) Betreuer und Bevollmächtigter ist das Erläutern der Entscheidungsfindung wichtig: Warum habe ich wie entschieden und wie werde ich auch zukünftig entscheiden/ handeln?

Untersuchungen sind mir keine bekannt

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?

Die Annahme kann ich nicht generell teilen. Als Vereinsbetreuer habe ich auch schon neutrale und positive Rückmeldung von Betroffenen und Beteiligten erhalten, wie z.B. von einem Betreuten: „Wenn ich mal wieder untergebracht und behandelt werden soll, dann nicht in dieser Klinik, sondern dort in der anderen...“ (als Patientenwunsch dann zu Papier gebracht)

Bei „erfolgreicher“ Zwangsbehandlung habe ich auch die Rückmeldung erhalten: „Es war schrecklich, dieses durchleben zu müssen, aber jetzt bin ich raus aus der Krise und möchte auch keine weitere Krise erleben.“ Hier erfolgte der Hinweis auf mögliche Behandlungsvereinbarungen für Krisen in der Zukunft.

Ein Problem stellt oft bei guter Medikamenteneinstellung und Verträglichkeit die „Einschätzung“ des Betroffenen dar, der meint: „Mir geht es gut, ich bin gesund und brauche keine Behandlung/Medikamente mehr.“

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

Es sind mir keine bekannt.

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

Die Auswirkungen hängen vom individuellen Empfinden und der Situation ab.

Beispiel Fall Frau X.

Nach einer gerichtlich genehmigten Zwangsbehandlung und 6-monatiger geschlossener Unterbringung lebt Frau X. nunmehr im offenen Heim und geht mit ihrer Aufwartung regelmäßig in die Stadt, um einzukaufen und andere Dinge zu erledigen. Die Behandlung wurde danach ambulant fortgeführt. Seit 2 Jahren ist es zu keiner weiteren Unterbringung und Zwangsbehandlung gekommen. Es besteht eine engmaschige Begleitung und Abstimmung. Frau X. ist erleichtert, nicht mehr geschlossen untergebracht zu sein. Da ein eigenständiges Wohnen nicht mehr möglich ist, hat sie sich mit dem Heim arrangiert. Ein Angebot für ein Betreutes Wohnen hat sie nach erfolgter Besichtigung abgelehnt. Sie fühlt sich damit dann überfordert. Glücklicherweise ist Frau X. mit der Situation nicht. Es ist für sie das „kleinere“ Übel, nunmehr im Heim zu leben, dafür

aber nicht mehr weggesperrt zu sein. In der eigenen Wohnung wäre es besser. Ein Umzug in eine Einrichtung vor Ort ist nicht möglich, da alle Einrichtungen vor Ort und im nahen Umfeld die (Wieder-)Aufnahme abgelehnt haben.

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

- Vertrauensverlust auf der Seite der Betroffenen und vereinzelt unveränderte und unreflektierte Langzeitgabe der Medikamente.

Normative Probleme von Zwang

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

In Situationen wo die Maßnahmen unreflektiert und entgegen fachlichen Standards der jeweiligen Berufsgruppe erfolgen.

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

Als letzte aller Alternativen, wenn alle weniger einschränkende bzw. weniger belastende Möglichkeiten nicht zum Tragen kommen oder alternativ nur noch eine langfristige/ dauerhaft geschlossene/ geschützte Unterbringung möglich erscheint.

Wenn nach Abwägung der individuellen Umstände, Wünsche und der Lebenssituation die Zwangsbehandlung das „kleinere Übel“ ist.

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

- Unabhängige Sicherung aller Verfahrensrechte für den Betroffenen

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

Fachlichen und beruflichen Standards messe ich eine hohe Relevanz bei.