

Psychiatrie ohne Zwangsbehandlung?

Tilman Steinert

Düsseldorf, 5.9.2014

Stellungnahme

der Zentralen Kommission zur Wahrung ethischer Grundsätze in der Medizin
und ihren Grenzgebieten (Zentrale Ethikkommission) bei der Bundesärztekammer

Zwangsbehandlung bei psychischen Erkrankungen

Vorwort

In letzter Zeit haben verschiedene Gerichtsurteile die rechtliche Grundlage für Zwangsbehandlungen von psychisch Kranken deutlich verändert und für Verunsicherung bei den Beteiligten gesorgt. Die kürzlich erfolgte Anpassung der Gesetzgebung auf Bundesebene hat hier nur begrenzt Abhilfe geschaffen. Es steht überdies zu erwarten, dass weitere Landesgesetze die Problematik regeln werden. In dieser Situation ist es wichtig, sich der ethischen Prinzipien ärztlichen Handelns bei einer Zwangsbe-

handlungen kritisch zu reflektieren sowie mögliche Behandlungsalternativen zu entwickeln. Die Stellungnahme möge zu einer sorgfältigen und ernsthaften Diskussion über den Einsatz von Zwangsmaßnahmen beitragen, um so verloren gegangenes Vertrauen der Patienten und der Öffentlichkeit zurückzugewinnen.

Tübingen, im April 2013

„Eine Fremdgefährdung durch den Patienten kann in der Regel bereits durch die Unterbringung des Patienten weitgehend abgewendet werden. Dadurch wird zwar in die Freiheit des Patienten eingegriffen, nicht jedoch in seine körperliche Integrität.“

Zur Rechtfertigung des Eingriffs kann aber das grundrechtlich geschützte Freiheitsinteresse des Untergebrachten selbst (Art. 2 Abs. 2 Satz 2 GG) geeignet sein, sofern der Untergebrachte zur Wahrnehmung dieses Interesses infolge krankheitsbedingter Einsichtsunfähigkeit nicht in der Lage ist.

Neufassung des UBG §8 Ba-Wü (Juni 2013)

- (3) Die Einwilligung der untergebrachten Person in die Behandlung, die ihrem natürlichen Willen widerspricht (Zwangsbehandlung), ist dann nicht erforderlich, wenn und solange
 1. sie krankheitsbedingt zur Einsicht in die Behandlungsbedürftigkeit der Krankheit, wegen derer ihre Unterbringung notwendig ist, oder zum Handeln gemäß solcher **Einsicht nicht fähig** ist und die Behandlung nachweislich dazu dient,
 - a) eine Lebensgefahr oder eine gegenwärtige erhebliche Gefahr für die Gesundheit der untergebrachten Person abzuwenden oder
 - b) die tatsächlichen Voraussetzungen freier Selbstbestimmung der untergebrachten Person so weit als möglich wiederherzustellen, um ihr ein möglichst selbstbestimmtes, in der Gemeinschaft eingegliedertes Leben in Freiheit zu ermöglichen oder
 2. die Behandlung dazu dient, eine Lebensgefahr oder eine gegenwärtige erhebliche **Gefahr für die Gesundheit dritter Personen** abzuwenden.

Entwurf zum UBG Sachsen, § 31

Sicherungsmaßnahmen

18. § 31 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 Satz 2 wird wie folgt geändert:

aa) In Nummer 5 wird das Wort „und“ durch ein Komma ersetzt.

bb) In Nummer 6 wird der Satzpunkt durch ein Komma ersetzt.

cc) Die folgenden Nummern 7 und 8 werden angefügt:

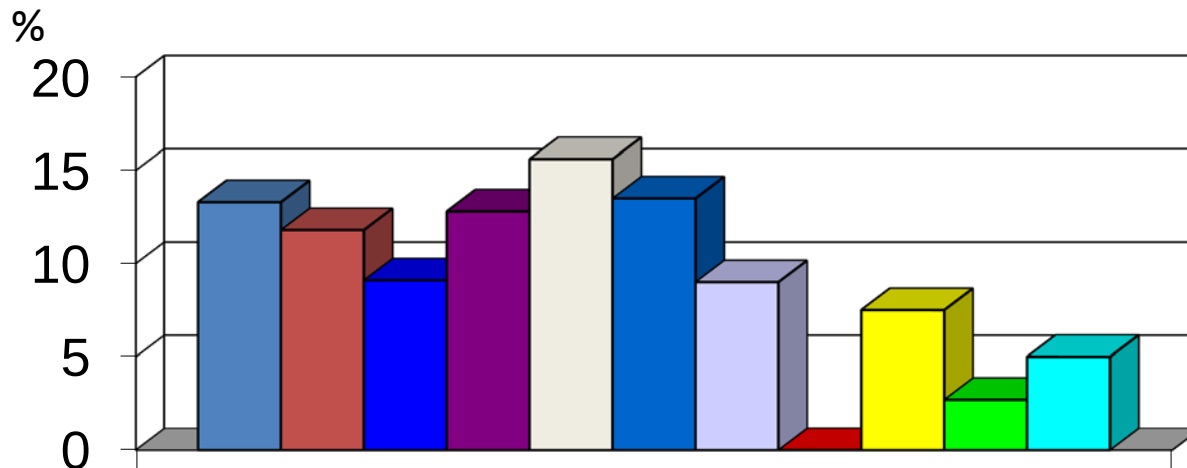
„7. die zeitweise Fixierung und

8. die medikamentöse Ruhigstellung, die einer zeitweisen mechanischen Fixierung in ihrem Zweck und ihren Auswirkungen gleichkommt.“

Ausgangslage:

- In Deutschland gibt es in den letzten Jahren einen deutlichen Trend zu restriktiverer Handhabung von Zwangsbehandlung und damit hin zu Sicherungsmaßnahmen
- Diese werden teilweise (insbesondere von Laien) als humaner und weniger eingreifend dargestellt
- Fortdauernde mechanische Sicherungsmaßnahmen sind dennoch ein schwerer Verstoß gegen das Grundrecht der Freiheit und das Inklusionsprinzip

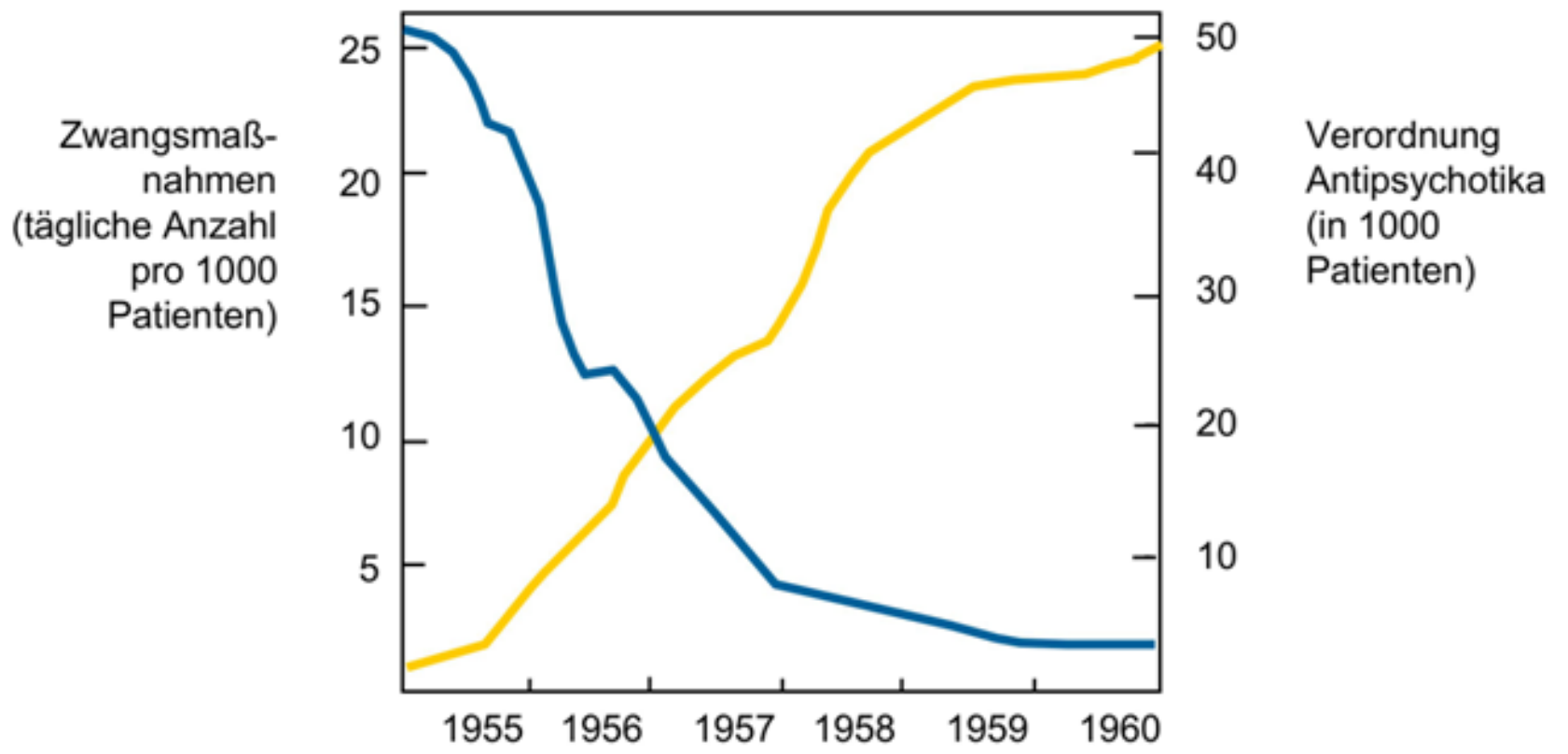
Anteil von Klinikaufnahmen, die Zwangsmaßnahmen erfahren



■ Finnland	■ Schweiz	■ Deutschland	■ Niederlande
■ Neuseeland	■ Spanien	■ Japan	■ Island
■ England	■ Norwegen	■ Luxemburg	

Mittlere Dauer von Zwangsmaßnahmen

- Deutschland: Fixierung 8 Std. Isolierung 3,6 Std.
- Österreich: Fixierung und Isolierung 4,5 Std.
- Schweiz: Fixierung und Isolierung je 41 Std.
- Niederlande: Isolierung 16 Tage
- Indonesien: Anketten 8,3 Jahre
- England: Festhalten 20 Minuten



Nach Brill & Patton Am J Psychiatry 1962

Psychiatrie ohne ambulante Zwangsbehandlung

OCTET Study Burns et al. Lancet 2013

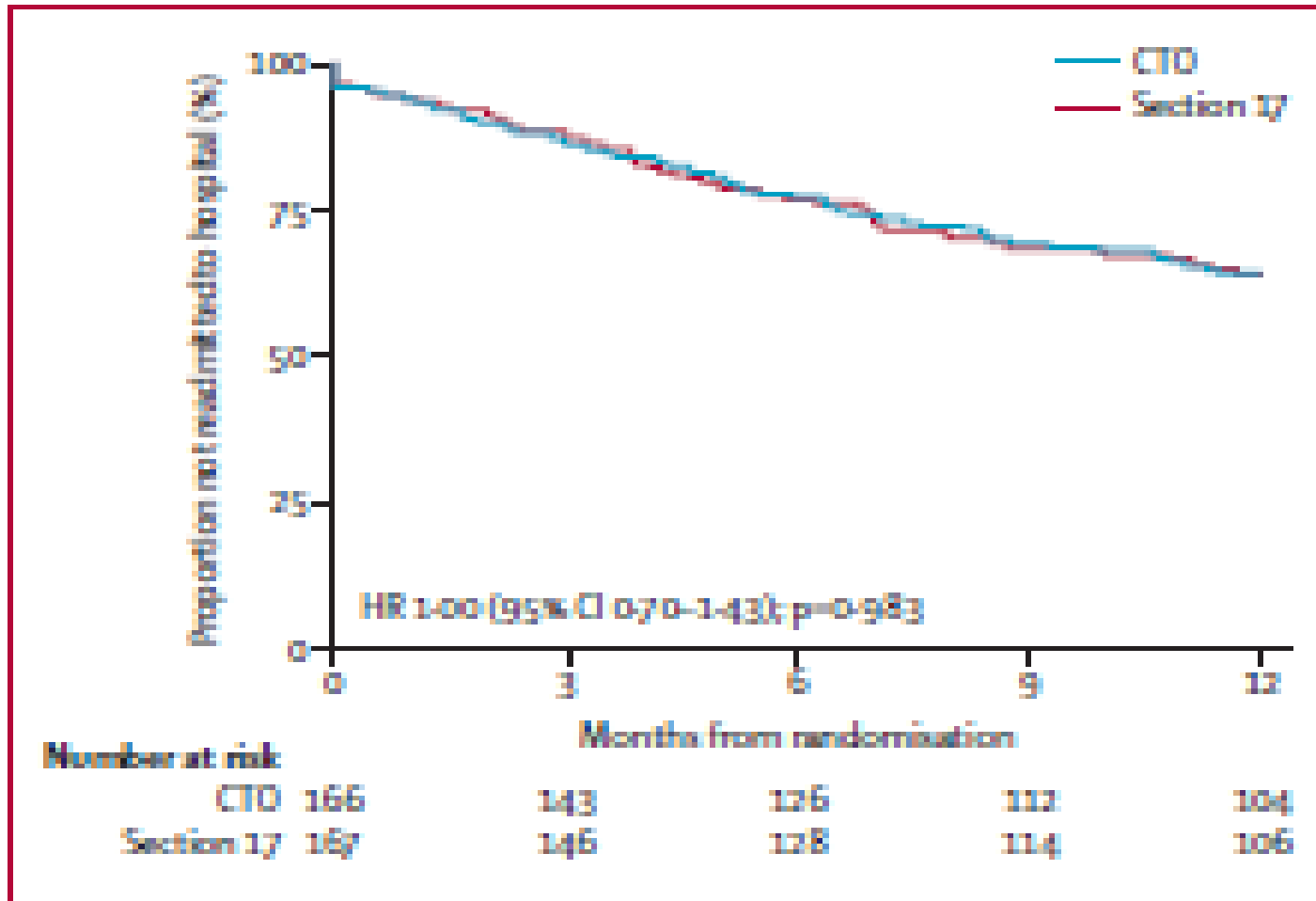


Figure 2: Time to readmission

CTO=community treatment orders.

Psychiatrie ohne stationäre Zwangsbehandlung

eigene Erfahrungen

I. Qualitative Studie

Franziska Hüther u. Susanne Jaeger

- Transkribierte Interviews mit ÄrztInnen (N=6), Pflegepersonal (N =7), PatientInnen (N =11) und Angehörigen (N = 8)
- Qualitative Inhaltsanalyse

Ärzte

„sie läuft jetzt mit ihrer dick geschwollenen Hand herum, die nicht versorgt wird, was irgendwie völlig unwürdig ist und das auch noch im Krankenhaus“

„Ja, ich glaube, dass die Psychiatrie da auf einem guten Weg ist, den sie zwar nicht freiwillig eingeschlagen hat, aber vielleicht tut ja ein bisschen Zwang der Psychiatrie auch ganz gut“

Pflege

„es ist schwierig, im Moment ist eher so ein Aushalten irgendwie“

„Man macht sich auch mehr Gedanken, jeden Tag zur Arbeit zu gehen, gerade, wenn man weiß, was für ein Stress ist und dass man nicht viel ausrichten kann teilweise“

„Also, ich will nicht zurück zu einer paternalistischen Medizin, wo der Arzt bestimmt und der Patient kriegt“

„...aber mittlerweile merkt man ja, es geht schon irgendwie auch“

Patienten

„Man ist euphorisch, einem geht es gut... dann kommt man eben mit einem Höhenflug in die Psychiatrie und heißt es halt Medikamente und etcetera. Und dann verweigert man das Ganze halt“

Also es ist so, dass, wenn man zwangsmedikamentiert wird, man hat dann nicht mehr die freie Wahl, der Psychiater entscheidet sozusagen über das eigene Leben. ...ich habe mich da ein bisschen entwürdigt gefühlt in dem Moment.“

Angehörige

„...hat die Frau Dr. D. gesagt, jeder Mensch hat ein Recht auf seine Krankheit. Im ersten Moment hört sich das natürlich doof an, es ist eigentlich eine Ohrfeige ins Gesicht vom Angehörigen, aber sie hat ja irgendwo recht mit der aktuellen Gesetzgebung“

„Aber die Gespräche mit den Ärzten, ich habe das eigentlich selber gespürt, die sind selber hilflos“

II. Quantitative Daten

Auswirkungen der vorübergehenden Unzulässigkeit von Zwangsmedikation vom 1.7.2012 – 24.2.2013

Untersuchungsdesign

- 7 Klinikstandorte (Weissenau, Wangen i.A., Friedrichshafen, Bad Schussenried, Ehingen, Zwiefalten, Reutlingen)
- Vergleich 1.7.2012 – 24.2.2013
vs. 1.7.2011 – 24.2.2012
- Patienten mit schizophrenen (F2x) oder manischen (F30.x, F31.0-F31.2, F31.6) Störungen)

I. Gepoolte Querschnittsanalyse

alle Fälle, die in diesem Zeitraum ($N = 1326$) versus die, die im Jahr davor ($N = 1318$) behandelt wurden

II. Längsschnittanalyse

Patienten, die sowohl in diesem Zeitraum ($N = 337$ Fälle) als auch im selben Zeitraum 12 Monate vorher ($N = 370$ Fälle) behandelt wurden

	01. Juli 2011 bis 24. Februar 2012 (n = 337)	01. Juli 2012 bis 24. Februar 2013 (n = 370)	relative Veränderung
von mindestens einer Zwangsmaßnahme betroffen	58 (17,2%)	59 (16,0%)	- 7 %

	01. Juli 2011 bis 24. Februar 2012 (n = 337)	01. Juli 2012 bis 24. Februar 2013 (n = 370)	relative Veränderung
Verweildauer in Tagen (Mittelwert, SD)	37,0 (30,9)	38,3 (30,3)	+3,5%

	01. Juli 2011 bis 24. Februar 2012 (n = 337)	01. Juli 2012 bis 24. Februar 2013 (n = 370)	relative Veränderung
Verweildauer Betroffene in Tagen (Mittelwert, SD)	26,9 (24,2)	23,8 (21,9)	-11,5%

	01. Juli 2011 bis 24. Februar 2012 (n = 337)	01. Juli 2012 bis 24. Februar 2013 (n = 370)	relative Veränderung
Anzahl Zwangsmaßnahmen absolut	160	359	+124,4%

	01. Juli 2011 bis 24. Februar 2012 (n = 337)	01. Juli 2012 bis 24. Februar 2013 (n = 370)	relative Veränderung
Anzahl Zwangsmaßnahmen pro behandelten Fall (Mittelwert, SD)	0,47 (1,60)	0,97 (3,88)	+ 106,4%***

	01. Juli 2011 bis 24. Februar 2012 (n = 337)	01. Juli 2012 bis 24. Februar 2013 (n = 370)	relative Veränderung
Dauer einer Maßnahme in Stunden	9,4 (12,0)	5,7 (3,9)	-39,4%**

	01. Juli 2011 bis 24. Februar 2012 (n = 337)	01. Juli 2012 bis 24. Februar 2013 (n = 370)	relative Veränderung
kumulative ZM- Dauer in Stunden bezogen auf alle Fälle	4,2 (16,2)	5,3 (21,4)	+ 26,2%

	01. Juli 2011 bis 24. Februar 2012 (n = 337)	01. Juli 2012 bis 24. Februar 2013 (n = 370)	relative Veränderung
Anzahl aggressiver Handlungen bezogen auf alle Fälle	0,26 (1,04)	0,55 (2,68)	+111,5%***

	01. Juli 2011 bis 24. Februar 2012 (n = 337)	01. Juli 2012 bis 24. Februar 2013 (n = 370)	relative Veränderung
SOAS-R-Score bezogen auf einen einzelnen Vorfall	12,2 (5,3)	13,5 (4,7)	+10,7%

This Provisional PDF corresponds to the article as it appeared upon acceptance. Fully formatted PDF and full text (HTML) versions will be made available soon.

Evaluation of behavioral changes and subjective distress after exposure to coercive inpatient interventions

BMC Psychiatry 2012, **12**:54 doi:10.1186/1471-244X-12-54

Irina Georgieva (i.georgieva@erasmusmc.nl)

Cornelis L Mulder (niels.cmulder@wxs.nl)

Richard Whittington (whitting@liverpool.ac.uk)

Vergleich des subjektiven Erlebens von Zwang und Einschränkungen der Menschenwürde

- n = 62 nur Isolierung
- n = 18 nur Zwangsmedikation
- n = 34 Isolierung + Medikation
- n = 11 Fixierung + Isolierung + Medikation

(nicht randomisiert, Pat. mit kombinierten Maßnahmen hatten höhere psychopathologische Scores)

Outcome: Coercion Experience Scale (Bergk et al. 2010)

Subjektive Wahrnehmung von Zwangsmaßnahmen (SWZ)

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

mit diesem Fragebogen sollen die Belastungen erhoben werden, die durch Zwangsmaßnahmen bei Ihnen verursacht wurden. Wir möchten uns ganz herzlich bei Ihnen für Ihre Bereitschaft zur Teilnahme an unserer Befragung bedanken. Wenn möglich, nehmen Sie sich einige Augenblicke Zeit und rufen Sie sich die Situation vor und während der Zwangsmaßnahme in Erinnerung. Bitte machen Sie Ihre Angaben möglichst spontan.

1.	Wie gut erinnern Sie sich an die Zwangsmaßnahme? Markieren Sie bitte Ihr Erinnerungsvermögen auf der gestrichelten Linie durch ein Kreuz: überhaupt nicht x-----x voll und ganz 0 -- 10 -- 20 -- 30 -- 40 -- 50 -- 60 -- 70 -- 80 -- 90 -- 100
-----------	--

2.	Wie belastend haben Sie die Zwangsmaßnahme insgesamt empfunden? Markieren Sie bitte die Belastung auf der gestrichelten Linie durch ein Kreuz: nicht belastend x-----x extrem belastend 0 -- 10 -- 20 -- 30 -- 40 -- 50 -- 60 -- 70 -- 80 -- 90 -- 100
-----------	--

	In welchem Ausmaß wurden Sie während dieser Zwangsmaßnahme ...	Gar nicht	Gering	Mäßig	Stark	Extrem	Faktor
3.	... in Ihrer <u>Menschenwürde</u> eingeschränkt?						1
4.	... in Ihrem <u>Kontakt</u> zu Mitarbeitern eingeschränkt?						3
5.	... in Ihrer <u>Bewegungsfreiheit</u> eingeschränkt?						1
6.	... <u>Zwang</u> ausgesetzt?						6
7.	... in Ihrer <u>Selbstbestimmung</u> eingeschränkt?						1

Zwangsmedikation vs. Fixierung/Isolierung

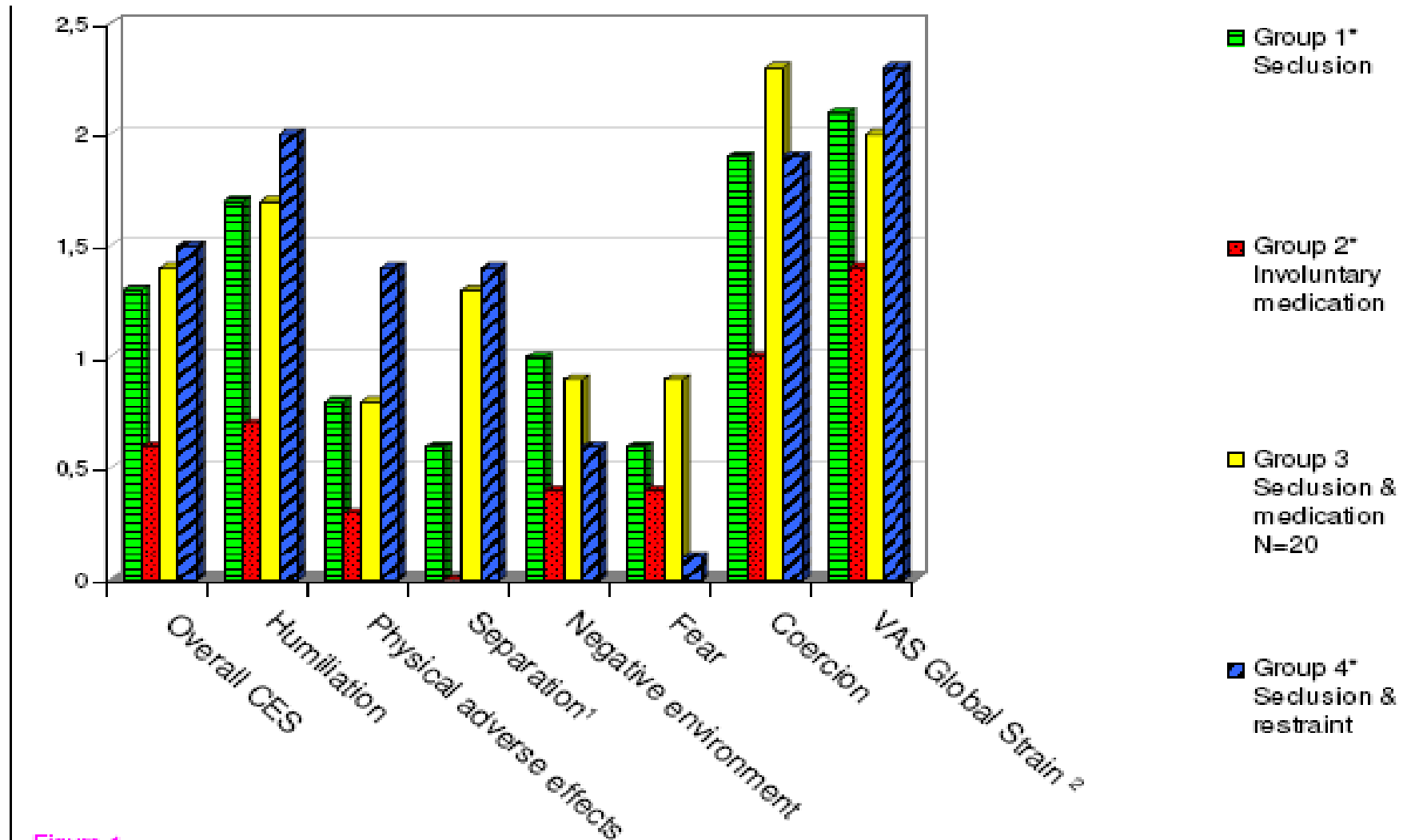
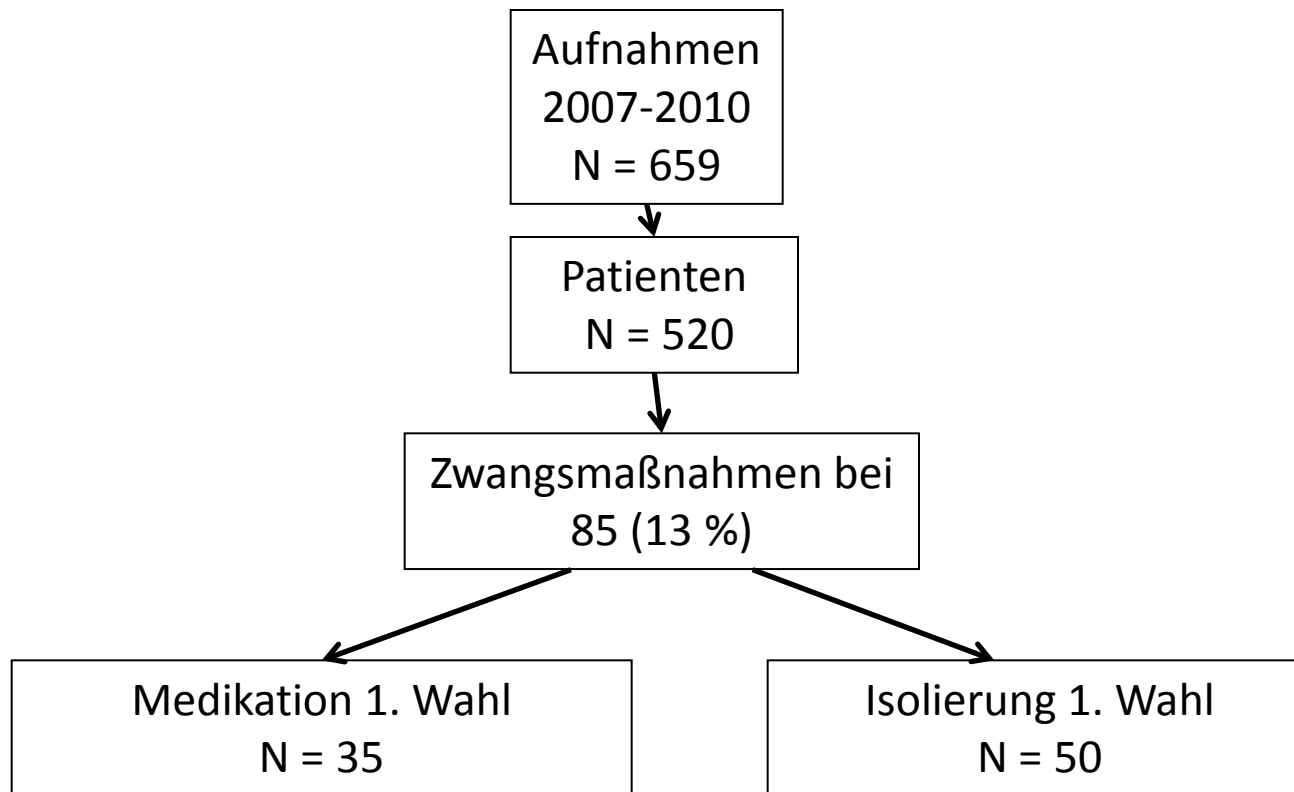


Figure 1

Zwangsbehandlung versus Isolierung als Maßnahme der ersten Wahl: RCT aus Brabant, NL

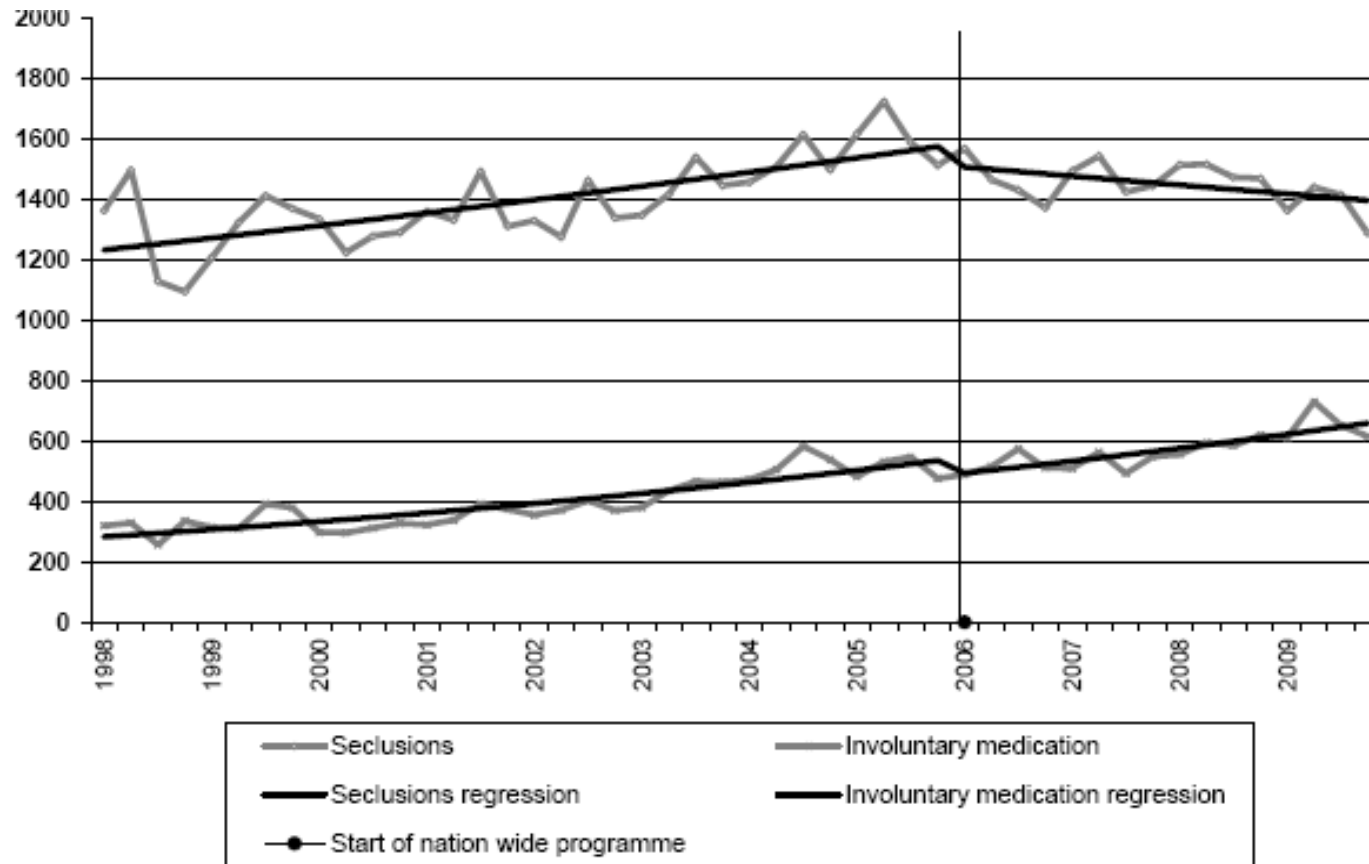


Ergebnisse

	Medikation 1. Wahl (N = 35)	Isolierung 1. Wahl (N = 50)
Anzahl Zwangsmaßnahmen	58	70
Nur Isolierung	10	45
Nur Medikation	27	1
Stunden Isolierung je isolierten Patient	28	42
Relatives Risiko für Isolierung	0.51 (0.34-0.79)	1
Relatives Risiko für Zwangsmedikation	2.58 (1.54-4.31)	1

Georgieva et al. 2012

Effekte eines nationalen Aktionsprogramms zur Reduzierung von Isolierungen in den Niederlanden



Psychiatrie ohne Zwangsbehandlung ist möglich...

- auch Psychiatrie ohne geschlossene Stationen
- auch Psychiatrie ohne Fixierungen
- auch Psychiatrie ohne Isolierungen
- auch Psychiatrie ohne alle diese Formen von Zwang, wenn die betreffenden Patienten konsequent ausgegrenzt werden
- Ansonsten findet eine Verschiebung statt und wir müssen Präferenzen festlegen und Werteentscheidungen treffen (z.B. Patienten fragen!)

4-Stufen-Programm als neuer Weg?

- + keine reine Sicherungsmaßnahme
- + im besten Sinne psychotherapeutisch (wenn richtig angewendet)
- + Medikation spielt eine wichtige Rolle, aber weniger im Sinne einer Zwangsmedikation als im Sinne eines zu erstrebenden Konsensus
- + kurze Dauer
- nicht für alle Patienten geeignet (z.B. Intoxikierte)
- ausreichend gut geschultes Personal erforderlich
- bisher keine vergleichenden Studien, Sicherheit nicht systematisch untersucht (bei anderen Maßnahmen allerdings auch nicht)

Fazit

- Psychiatrie ohne Zwang ist ein politisches Ziel.
- Wir müssen uns gegen Zwang im Zusammenhang mit Missbrauch der Psychiatrie wehren
- Ein bloßes Verbot von Zwangsbehandlung führt zu einer Zunahme mechanischer Sicherheitsmaßnahmen.
- Fixierung und Isolierung sind menschenrechtlich problematisch und sind Sicherungsmaßnahmen, die nicht geeignet sind, den Zustand, der dazu Anlass gab, zeitnah zu beenden
- Fixierung wird von Patienten noch ungünstiger beurteilt als Isolierung und gilt in vielen Ländern als inakzeptabel
- Neue Lösungswege sind erforderlich wie z.B. das 4.Stufen-Programm, das in seiner Intention primär therapeutisch ist und auf Übereinkunft statt auf Zwang zielt
- Notwendigkeit von Forschung, Qualitätsmanagement, Nutzerbeteiligung und externer Supervision

