



Stellungnahme der DFPP zur Onlinebefragung des Deutschen Ethikrates zu dem Thema "Wohltätiger Zwang"

Diese Stellungnahme übernimmt die Fragen des Ethikrates und die in die Onlinemaske eingegebenen Antworten der DFPP ohne weitere Kommentare oder Änderungen.

Die Fragen des Ethikrates beziehen sich auf Zwangsmaßnahmen, die auf das Wohlergehen der betroffenen Person abzielen. Das heißt, es geht hier um Zwangsmaßnahmen, die zur Vermeidung oder Abwehr einer Selbstschädigung durchgeführt werden. Es geht nicht um Zwangsmaßnahmen zum Schutz anderer Personen, auch wenn beides manchmal schwer voneinander zu trennen ist.

Zur Problemlage

Welche Probleme und Herausforderungen sehen Sie im Zusammenhang mit "wohltätigem Zwang"?

Antwort:

Zunächst ist der Begriff "Wohltätiger Zwang" aus unserer Sicht vollkommen irreführend. Wir erachten „fürsorglichen Zwang“ (siehe Wunder, M. 2012, Schnell, M.2015) als eher angemessen, weshalb wir im Folgenden diesen Begriff verwenden.

Aufgrund der hohen Komplexität des Themas möchten wir auf die Stellungnahme der DFPP zur Anhörung bei der Zentralen Ethikkommission (ZEKO) der Bundesärztekammer (BÄK) verweisen, die wir Ihnen gesondert zukommen lassen.

Im Hinblick auf fürsorglichen Zwang sehen wir unterschiedliche Auslöser für und ein extrem großes Spektrum von Situationen in denen Zwang angewendet wird, die nur sehr unscharf eingegrenzt und voneinander abgegrenzt werden können. Dieses zeigt sich auch daran, dass die Anwendung von Zwang (sowohl die Art der Maßnahmen, deren Dauer und auch deren Begründungen) sehr unterschiedlich sein kann, wie es bereits in der Stellungnahme der ZEKO der BÄK dargestellt worden ist. Institutionelle, kulturelle und vor allem personelle Gegebenheiten bestimmen nicht selten über die Anwendung, Art und Dauer von Zwangsmaßnahmen; häufig sogar mehr als die Erkrankung und der aktuelle Zustand der betreffenden Patienten. Daher kann nicht von einer „Wohltat“ gesprochen werden, wenn ein Patient beispielsweise fixiert werden muss, weil nicht ausreichend Personal vorhanden ist, um eine intensive Betreuung durchzuführen.

Die Anwendung von fürsorglichem Zwang ist nur dann gerechtfertigt und zulässig, wenn selbstschädigendes Verhalten bei bestehendem unfreiem Willen vorliegt und seine Anwendung verhältnismäßig und zwingend notwendig ist (siehe hierzu auch die Ausführungen von Prof. Stolz beim Landespsychiatrietag Baden-Württemberg zum Thema „Fürsorglicher Zwang in der Psychiatrie? unter:

http://www.landespsychiatrietag.de/fileadmin/user_upload/pdf/Praesentation_Prof._Stolz_Fuersorglicher_Zwang.pdf) sein. Davon ausgehend, dass eine Maßnahme eine nachgewiesene Besserung hervorrufen soll, zeigt die internationale Datenlage keine Wirksamkeit von Zwangsmaßnahmen. Da Zwangskontexte jedoch auch traumatisieren können, ist jede Zwangsmaßnahme, auch die „fürsorgliche“ in Hinblick auf Wirkungen und Nebenwirkungen genauestens abzuschätzen. Es ist ein bekanntes klinisches Phänomen, dass beispielsweise bei suizidalen Patienten Suizidversuche und Suizide in Lockerungsphasen nach „fürsorglichen Zwangssituationen“ auftreten können. Man vergleiche dazu das Konzept des „Präsuizidalen Syndroms“ und der „Einengungen“ nach Erwin Ringel.

Zu den Zielen

Welche Situation im Umgang mit "wohltätigem Zwang" sollte angestrebt werden?

Antwort:

Zunächst muss über Prävention nachgedacht werden. Zwangsmaßnahmen sind immer nur dann erforderlich, wenn mit betroffenen Menschen kein Kontakt (mehr) hergestellt werden kann. Alle Auslöser von Zwangsmaßnahmen haben eine Vorgeschichte und belegen damit, dass nicht rechtzeitig geeignete Interventionen erfolgt sind oder erfolgen konnten. Prävention muss außerhalb der Kliniken beginnen. Es ist belegt, dass geeignete, bedarfsorientierte multidisziplinäre ambulante Hilfen und Krisendienste und Einschluss aufsuchender und niedrigschwelliger Angebote Unterbringungen verhindern. In den Kliniken prägt die Pflege als größte Berufsgruppe und aufgrund ihrer Präsenz (24 Stunden am Tag, 7 Tage die Woche) sehr stark die Kultur in einer Klinik und das therapeutische Milieu der Stationen und hat damit einen maßgeblichen und entscheidenden Einfluss auf die Prävention von und den Umgang mit Zwang während der Behandlung. Zwangsmaßnahmen korrelieren mit der Qualität und Quantität der Pflegenden. (Die DFPP war außerordentlich erstaunt, dass sie in der Anhörung am 23.12.2017 nicht beteiligt war.)

Prävention von Zwang

Sind Zwangsmaßnahmen nicht vermeidbar, muss es an erster Stelle darum gehen, Kontakt mit den Patienten herzustellen, sie soweit möglich aktiv in Ihre Behandlung einzubeziehen, ihnen die Möglichkeit zu geben, die Behandlung mitzugestalten, nicht wehr- und machtlos ausgeliefert zu sein. Erfahrungsgemäß lassen sich auch damit Zwangsmaßnahmen minimieren und eventuell vermeiden. Behandlungsvereinbarungen und Patientenverfügungen sind ein gutes Mittel, eventuell auftretende Zwangssituationen bereits im Vorfeld zu regeln. Die aktive Einbeziehung der Patienten und deren Angehörigen bzw. Bezugspersonen erhöhen die Selbstbestimmung und das Gefühl, nicht nur vom Schicksal und Gutdünken der Institution abhängig zu sein. Ähnlich positive Effekte können mit an Recovery orientierten Angeboten erzielt werden. Denn wenn Hoffnung und Selbstbestimmung gefördert werden, können sich Alternativen zu so genanntem selbstschädigendem Verhalten ergeben. Je mehr Patienten über ihre Erkrankung, über individuelle Risikofaktoren und Bewältigungsstrategien wissen und aktiv in Entscheidungsprozesse einbezogen sind, desto größer ist die Chance, zukünftig Zwang und Zwangsbehandlungen zu vermeiden.

Vermutlich wird es immer Situationen geben, in denen Zwang zum Schutz des Betroffenen notwendig ist. Gerade aus ethischen Gesichtspunkten halten wir es daher für wichtig, dass derartige Zwangsmaßnahmen im Rahmen der professionellen Kommunikation nicht emotionalisierend (weder positiv noch negativ) beschrieben und benannt werden (um Missverständnissen vorzubeugen: Patientinnen und Patienten (sowie ggf. auch Mitarbeitende), die von Zwangsmaßnahmen betroffen waren, haben u. E. unbedingt das Recht, auch ihr persönliches Erleben und ihre Emotionalität zu beschreiben. Dafür gilt es allerdings geeignete Kontexte zu schaffen.). Darüber hinaus ist es wichtig, dass der Umgang mit Zwang transparent ist. Jede Anwendung von Zwang muss mit den Betroffenen (hiermit sind sowohl Patienten als auch Mitarbeitende gemeint) nachbesprochen werden und es muss gemeinsam daran gearbeitet werden, solche Situationen zukünftig zu vermeiden.

Zu den Mitteln

Wer kann oder sollte was wann tun, um die Situation kurz-, mittel- oder langfristig zu verbessern?

Antwort:

Es darf keinesfalls ein Gefühl von Willkür bei der Anordnung und Durchführung von Zwang entstehen. Die insgesamt unzureichende Datenlage zur Anwendung von Zwang und Zwangsmaßnahmen zeigt bisher jedoch auf allen Ebenen so große Unterschiede, dass Willkür nahe liegt. Egal ob im Vergleich zu Zwangseinweisungsraten in verschiedenen Bundesländern, in verschiedenen Gemeinden oder im Vergleich von Zwangsmaßnahmen auf verschiedenen Stationen einer Klinik. Hierzu benötigt es transparente, vergleichbare und aussagekräftige Zahlen. Für andere Bereiche liegen fast überhaupt keine aussagefähigen Daten vor.

Als Deutsche Fachgesellschaft Psychiatrische Pflege fordern wir, dass Pflegende in entsprechende Entscheidungen einbezogen werden (siehe auch ZEKO BÄK). Ergebnisse internationaler Forschung zeigen, dass multiprofessionelle Entscheidungsprozesse vor allem im Hinblick auf das Thema „Risiko“ zu besseren Ergebnissen führen können und sich Zwangsmaßnahmen dadurch vermeiden lassen. Explizit muss denjenigen Pflegefachpersonen, welche die intensive Betreuung während der Zwangsmaßnahme leisten, zugesprochen werden, über eine Lockerung und Beendigung der Maßnahme zu entscheiden, insbesondere dann wenn ein Arzt nicht unmittelbar erreichbar ist. (Wenn Zwangsmaßnahmen angeordnet werden, hat die Pflege nicht nur die Durchführungsverantwortung, sie leistet auch die Begleitung. Pflegefachpersonen müssen dann den Spagat zwischen Aufbau einer therapeutischen Beziehung und Umsetzung von Zwangsmaßnahmen gestalten. In der Praxis kommt es nicht selten vor, dass anordnende Instanzen bei der Ausübung von Zwang überhaupt nicht beteiligt sind und umgekehrt die Pflegefachpersonen nicht in Entscheidungen über Art und Ende der Zwangsmaßnahme eingebunden werden.) Zur Durchführung von freiheitsentziehenden Maßnahmen hat die DFPP eine Stellungnahme verabschiedet, die wir ebenfalls an Anlage beifügen.

Aus unserer Sicht ist es ein großer Erfolg, dass Pflegende im neuen PsychKHG Baden-Württemberg als beständige Mitglieder der staatlichen Besuchskommission berufen sind.

Hilfreich sind zudem aus unserer Sicht entsprechende ethische Beratungen durch so genannte Ethikkomitees, in denen unter Berücksichtigung der ethischen Grundlagen gemeinsame und interprofessionelle Entscheidungen getroffen werden können.

Auch der Einsatz von Genesungsbegleitern, d. h. Personen mit eigener Erfahrung einer psychischen Erkrankung bzw. Krise, kann aus Sicht der DFPP dazu führen, dass Anwendung von Zwang und Zwangsmaßnahmen reduziert wird.

Die Stellungnahme wurde für die DFPP erstellt von Bruno Hemkendreis und André Nienaber, unter Mitwirkung von Dorothea Sauter und Dr. Elke Prestin

Gütersloh 17.05.2017