

Zwangsmaßnahmen in der Psychiatrie

Ein ethisches Dilemma

Eine experimentelle Studie untersuchte, in welchen Fällen schizophren erkrankter Patienten die Zustimmung zur Zwangsbehandlung gegeben wird. Die Einstellungen hierzu hingen auch von der Berufsgruppe ab.

Tilman Steinert¹, Ralf-Peter Gebhardt¹, Peter Lepping²

Die Zwangseinweisung psychiatrischer Patienten gilt ebenso wie die medikamentöse Behandlung gegen den erklärten Willen des Patienten als ethisches und rechtliches Problem, das allen Beteiligten Unbehagen bereitet. Am häufigsten betroffen sind an Schizophrenie erkrankte Patienten (1). Diese sind in akuten Krankheitsphasen oft krankheitsuneinsichtig, eine Behandlung wird häufig wegen selbst- oder fremdgefährdender Verhaltensweisen erforderlich. Jeder hinzugezogene Arzt ist berechtigt und, nach Abwägung der Indikation, sogar verpflichtet, bei akuten Gefährdungstatbeständen eine Zwangseinweisung vorzunehmen. Der Arzt gerät dabei in den ethischen Konflikt zwischen der Fürsorgepflicht einerseits und dem Respekt vor der Patientenautonomie andererseits (2–4).

In einer experimentellen Studie (5) untersuchten die Autoren die Zustimmung zu Zwangsmaßnahmen bei einer Stichprobe von 639 Personen in Deutschland, davon 27 Prozent Ärzte (Tabelle 1). Die Probanden hatten sich 1999 auf einen kurzen Hinweis über das geplante Projekt im Deutschen Ärzteblatt gemeldet oder waren in der Folge von interessierten ärztlichen Mitarbeitern in psychiatrischen Kliniken um Mitarbeit gebeten worden. Den Probanden wurden schriftlich drei prototypisch konstruierte Fallbeispiele vorgelegt, die unterschiedliche Problemkonstellationen bei schizophrenen Patienten darstellten. In der Ausprägung der Problematik wurden die Patienten als Grenzfälle beschrieben, die weder aufgrund der juristischen noch der fachpsychiatrischen Vorgaben eindeutig

zu entscheiden waren – was in der Praxis durchaus häufig ist.

Fall 1 beschrieb die Erstmanifestation einer schizophrenen Psychose bei einem jungen Mann mit ausgeprägten Vergiftungsgängsten, völligem sozialem Rückzug und feindseliger Abschottung von der Außenwelt einschließlich der Eltern.

Fall 2 beschrieb eine mit einem Rezidiv erkrankte Patientin, die mit ihrer betagten Mutter zusammenlebte und diese aufgrund wahnhafter Krankheitsvorstellungen wiederholt körperlich misshandelte.

Fall 3 beschrieb einen allein lebenden Mann mit wiederholten Krankheitsrezi-

sive ihre Meinung unter folgenden Bedingungen ändern würden:

- erhebliche Vermögensgefährdung: absehbarer Verlust des eigenen Hauses bei ausbleibender Behandlung und Regelung der finanziellen Angelegenheiten,
- zusätzliches Vorliegen einer behandlungsbedürftigen Herzerkrankung,
- zu erwartende Wiederaufnahme von Kontakten mit Angehörigen bei erfolgreicher Behandlung des sozial völlig isolierten Patienten,
- vorliegende Information, dass das letzte Krankheitsrezidiv durch Behandlung erfolgreich remittierte und der Pa-

Tabelle 1

Stichprobe der Befragten in Deutschland (n = 639)

	n	Anteil weiblich	Alter (Mittel, range)	persönliche Kenntnis psychisch Kranker	regelmäßiger Umgang mit an Psychosen Erkrankten	psychisch Kranke in der eigenen Familie	selbst schon psychisch erkrankt
psychiatrisch tätige Ärzte	143	41 %	42 (28–87)	94 %	91 %	38 %	7 %
andere Ärzte	31	45 %	40 (30–52)	84 %	23 %	32 %	6 %
Psychologen	21	24 %	45 (33–58)	100 %	86 %	29 %	5 %
Sozialarbeiter	59	59 %	39 (26–56)	98 %	83 %	22 %	3 %
Pflegeberufe	91	66 %	38 (20–63)	88 %	95 %	22 %	10 %
Juristen	19	58 %	42*	89 %	47 %	11 %	5 %
andere	275	66 %	36 (17–78)	72 %	29 %	32 %	15 %
zusammen	639	57 %	39 (17–87)	84 %	59 %	30 %	10 %

*weitergehende Zahlen liegen nicht vor

diven nach Absetzen der Medikamente und einem nunmehr ausgebauten Wahnsystem mit ausgeprägter Verwahrlosung und sozialer Isolation, jedoch ohne Fremdgefährdung. In diesem Fall wurden Probanden, die einer Zwangseinweisung beziehungsweise -behandlung nicht zustimmten, zusätzlich gefragt, ob

die neuroleptische Behandlung akzeptierte.

In allen Fällen wurde als zusätzliche Information mitgeteilt, dass wiederholte Versuche der Überredung zur freiwilligen Behandlung durch Angehörige, Ärzte, sozialpsychiatrische Dienste und andere gescheitert seien. ▷

¹ Zentrum für Psychiatrie Die Weissenau, Abteilung Psychiatrie I der Universität Ulm

² Victoria Central Hospital, Wallesey/Liverpool

In einem Folgeprojekt war es möglich, dieselben Kasuistiken auch einer Stichprobe in England mit 235 Personen vorzulegen, davon 64 Prozent Ärzte. In England ist das psychiatrische Versorgungssystem anders organisiert, Zwangseinweisungen werden nicht wie in Deutschland von Ärzten, sondern primär von Sozialarbeitern vorgenommen (6). Als Ergebnis (Tabelle 2) zeigte sich bei den Befragten in Deutschland, dass jeweils die Mehrheit der Befragten Zwangsmaßnahmen befürwortete, ein nicht unbedeutender Teil der Befragten diese allerdings auch ablehnte. Die Zustimmung zu Zwangsmaßnahmen war am höchsten im Fall 2, in dem eine gewisse Fremdgefährdung gegeben war, am niedrigsten im Fall 3, in dem die Verwahrlosung im Vordergrund stand. Etwa die Hälfte der Probanden, die hier gegen eine Zwangsbehandlung votierten, zogen allerdings eine Änderung ihrer Haltung in Betracht für den Fall, dass zusätzlich eine behandlungsbedürftige Herzerkrankung vorlag, beziehungsweise in Erfahrung zu bringen war, dass die neuroleptische Behandlung früher akzeptiert worden war. In allen Fällen war die Zustimmung zur Zwangseinweisung höher als zur Zwangsbehandlung. Dies würde bei einer Realisierung in der Praxis für psychiatrische Kliniken allerdings das Problem zur Folge haben, erkrankte Patienten aufzunehmen, ihnen aber eine Behandlung vorzuenthalten.

Sozialarbeiter gegen Zwangsmaßnahmen

Aufschlussreich war die Analyse der Prädiktoren des Entscheidungsverhaltens unter den Probanden. Von großer Bedeutung waren die Berufsgruppenzugehörigkeit und das Alter. In allen Fällen äußerte sich in der deutschen Stichprobe die Berufsgruppe der Sozialarbeiter deutlich ablehnender gegenüber Zwangseinweisung und -behandlung als alle anderen Berufsgruppen. Zwischen Psychiatern, Juristen und Laien gab es dagegen in keinem Fall signifikante Unterschiede. Auffallend war auch, dass die Zustimmung zu Zwangsmaßnahmen mit dem Lebensal-

		Zustimmung (von n = 639)
Fall 1:	Zwangseinweisung Zwangsmedikation mit Neuroleptika	72 % 64 %
Fall 2:	Zwangseinweisung Zwangsmedikation mit Neuroleptika	85 % 80 %
Fall 3:	Zwangseinweisung	57 %
	Zwangsmedikation mit Neuroleptika	54 %
	Zwangsmedikation, Zusatzinformation: Vermögensgefährdung	65 %
	Zwangsmedikation, Zusatzinformation: behandlungsbedürftige Herzerkrankung	79 %
	Zwangsmedikation, Zusatzinformation: mögliche Kontaktaufnahme mit Angehörigen bei Behandlung	57 %
	Zwangsmedikation, Zusatzinformation: früher akzeptierte Behandlung	74 %

ter der Befragten zunahm. Keine Rolle spielte es dagegen, ob die Befragten Kenntnisse psychisch Kranker hatten, psychisch Kranke in der eigenen Familie hatten oder selbst schon einmal psychisch erkrankt waren.

Bei der englischen Stichprobe fiel die Zustimmung zu Zwangsmaßnahmen in den prototypischen Fällen mit 63 bis 90 Prozent tendenziell etwas höher aus. Insgesamt können die Ergebnisse aber als überraschend ähnlich bezeichnet werden. Wie in der deutschen Stichprobe gab es eine Berufsgruppe, die eine hochsignifikant ablehnendere Haltung gegenüber Zwangsmaßnahmen vertrat als die anderen untersuchten Gruppen, jedoch waren dies hier nicht die Sozialarbeiter, sondern die Psychologen. Als erster Erklärungsansatz bietet sich an, dass es sich jeweils um Berufsgruppen handelt, die Erfahrungen mit den entsprechenden Patienten und dem Unterbringungsverfahren haben, dafür aber selbst keine Verantwortung übernehmen müssen. In England, wo Sozialarbeiter für die Entscheidungen zur Zwangseinweisung verantwortlich sind, unterschied sich deren Einstellung nicht von den Psychiatern.

Die Fragestellung stieß auf erhebliche Resonanz: Der Projektleiter erhielt unaufgefordert zahlreiche meist von persönlichen Erlebnissen geprägte Stellungnahmen. Diese waren sehr unter-

schiedlich, von der vehementen Befürwortung bis zur vehementen Ablehnung einer Zwangsbehandlung. Ein Verband von Angehörigen psychisch Kranker gab zu bedenken, dass ihren Mitgliedern die Teilnahme an dem Projekt nicht empfohlen worden sei. Zwar werde damit gerechnet, dass fast alle der Zwangsbehandlung bei den drei Fällen zustimmen würden, jedoch müsste die tatsächlich erfolgende Behandlung bekannt sein. Aus leidvoller

Erfahrung wüssten die Angehörigen, dass uneinfühlsam durchgeführte Zwangsbehandlungen jahrelang wirksame Traumata hervorrufen könnten. Die Kenntnis dieser möglichen Folge trägt zum ärztlichen Dilemma bei der Zwangsbehandlung bei.

Aus den Ergebnissen und den zahlreichen Begleitkommentaren lässt sich schließen, dass die Befragten das Für und Wider einer Zwangsbehandlung sorgfältig unter ethischen und pragmatischen Gesichtspunkten abgewogen haben. Stereotype Vorurteile gegenüber psychisch Kranken, psychiatrischen Institutionen oder Behandlungsmethoden spielten keine erkennbare Rolle. Die Sichtweise von Professionellen und Angehörigen muss künftig ergänzt werden durch die der Patienten. Nur so ergeben sich konsensfähigere Leitvorstellungen im Umgang mit Zwangsmaßnahmen.

■ Zitierweise dieses Beitrags:
Dt. Ärzteblatt 2001; 98: A 2696–2898 [Heft 42]

Die Zahlen in Klammern beziehen sich auf das Literaturverzeichnis, das über das Internet (www.aerzteblatt.de) erhältlich ist.

Anschrift für die Verfasser:
Priv.-Doz. Dr. med. Tilman Steinert
Zentrum für Psychiatrie Die Weissenau
88214 Ravensburg-Weissenau,
Telefon: 07 51/76 01-27 38, Fax: 07 51/76 01-27 06
E-Mail: tilman.steinert@zfp-weissenau.de