

Psychiatrischer Zwang: ethische Bedingungen und empirische Daten

Die moderne Gesellschaft kennt verschiedene Formen von Zwang. Dies reicht von der Androhung von Bußgeldern bei Verkehrsdelikten bis hin zum Aufgebot eines Sondereinsatzkommandos der Polizei bei Geiselnahmen. Psychiatrischer Zwang ist eine Variante des allgemeinen gesellschaftlichen Zwangs, wie er von Ordnungsbehörden angewendet werden kann. Da der psychiatrische Zwang formal im Rahmen der medizinischen Versorgung stattfindet, braucht es hier eine besondere Legitimation, wie im vorherigen Kapitel beschrieben. Eines der wichtigsten ethisch-rechtlichen Argumente für die Rechtfertigung von Zwang in der Medizin im Allgemeinen und in der Psychiatrie im Besonderen ist, dass die Maßnahme letztendlich dem Wohle der betroffenen Person dienen muss. Die betroffene Person sollte – so auch das bereits erwähnte Kriterium des Deutschen Ethikrats – im Nachhinein nachvollziehen können, dass die Maßnahme gerechtfertigt war, weil das Unterbleiben der Maßnahme zu gesundheitlichen Schäden geführt hätte (Deutscher Ethikrat 2018). Die Maßnahme und auch die gesamte Behandlung müssen also wirksam sein. Zudem sollten Zwangsmaßnahmen nur als letztes Mittel eingesetzt werden, wenn alle anderen Optionen ausgeschöpft sind, und es sollten möglichst wenige Freiheitsrechte eingeschränkt werden. Außerdem wird angenommen, dass durch die Zwangsmaßnahme die Autonomie der Person wiederhergestellt wird. Aber ist das wirklich der Fall? Was sagt die empirische Forschung zu den ethischen Bedingungen? Folgende Bedingungen für die Anwendung psychiatrischen Zwangs sollen also nachfolgend betrachtet werden:

1. Zwang erfolgt zum Wohle der betroffenen Person.
2. Es wird die am wenigsten einschränkende Maßnahme gewählt und nur als letztes Mittel ergriffen.
3. Psychiatrische Therapien sind wirksam.
4. Durch die Zwangsmaßnahme wird die Autonomie der betroffenen Person wiederhergestellt.

Eine weitere fundamentale Bedingung ist das Vorliegen einer psychischen Erkrankung. Diese Thematik wird, da sie sehr komplex und facettenreich ist, im nachfolgenden Kapitel umfassend abgehandelt.

Bedingung 1: Erfolgt der Zwang zum Wohle der betroffenen Person?

Sind von Zwangsmaßnahmen betroffene Personen im Nachhinein einverstanden mit dem, was ihnen geschehen ist? Hilft ihnen der Aufenthalt oder gar die Behandlung gegen ihren Willen in gesundheitlicher Hinsicht? Und was ist mit Menschen, denen mit Hinweis auf ihre psychische Störung der Zugang zum ersten Arbeitsmarkt oder zur eigenen Wohnung verwehrt wird? Dienen geschützte Arbeitsplätze und betreute Wohngemeinschaften wirklich ihrem Wohl?

Bevor diese Fragen im Detail beantwortet werden können, ist zu klären, aus welcher Perspektive das Wohl der Person zu betrachten ist. Aus einer ethisch-rechtlichen Perspektive, so wurde schon verschiedentlich festgestellt, zählt allein die Sicht der betroffenen Person. In der Praxis, auch in der Forschung wird dies jedoch nicht immer so gesehen. Eine systematische Übersicht über Zwang im Rahmen von Essstörungen beispielsweise kommt zu dem Schluss, dass Zwangsernährung zu rechtfertigen sei, da sich der Body-Mass-Index der betroffenen Personen ähnlich wie der freiwillig behandelten Personen verbessern würde (Atti et al. 2021). Diese Sichtweise ist auch paradigmatisch für die forensische Psychiatrie. Dort wird das kriminelle Rückfallrisiko als ein Hauptparameter der Behandlungsergebnisse angesehen (Hachtel et al. 2019). Obwohl dies vermutlich auch von einem Teil der betroffenen Personen so gesehen wird, bestehen jedoch erhebliche Zweifel, ob dies für die Mehrheit gilt.

Es gibt zahlreiche Studien, die sich vor allem mit den Auswirkungen direkten Zwangs befassen, mittlerweile existieren sogar diverse systematische Literaturübersichten. Unter Letzteren hat sich ein Review explizit mit ethischen Problemen und ihren Folgen befasst. Wie bereits erwähnt, wird das Wohl der betroffenen Person als »wichtigste Rechtfertigung von Zwang« (Hem et al. 2018: 99) betrachtet. So wird beispielsweise davon ausgegangen, dass eine antipsychotische Medikation gegen den Willen der Person besser sei als gar kei-

ne Medikation. Jedoch, so heißt es in dieser Übersicht zum Schluss, »obwohl Benefizienz die Rechtfertigung sein mag, kann das im Endeffekt nicht der Fall sein.« (Hem et al. 2018: 100) In dieser ethisch motivierten Studie wird denn auch hervorgehoben, wie sehr der Zwang die therapeutische Beziehung zwischen Professionellen und Betroffenen beeinträchtigt und wie viel Misstrauen aufseiten der Betroffenen entsteht.

Eine qualitative Metasynthese hat die Erfahrungen von Menschen untersucht, die zunächst gegen ihren Willen stationär eingewiesen wurden und dann dort weitere Zwangsmaßnahmen wie Isolation und Fixation erleben mussten. Die Autoren kommen zu folgenden Schlussfolgerungen:

»Patientinnen und Patienten berichteten in verschiedenen Studien, dass ihre unfreiwillige Aufnahme ihnen Sicherheit gegeben hat in einer Zeit, als sie die Schwere der Krankheit nicht erkannten; aber negative Erlebnisse wurden auch regelmäßig beschrieben. (...) Zusätzlich ergab diese Übersicht, dass körperliche Interventionen wie Fixation und Isolation als besonders negativ von vielen Patientinnen und Patienten erlebt wurden und dies spielte eine wichtige Rolle in den negativen Befunden in der Mehrheit der Studien. Diese Übersicht ergab zudem die langandauernden Auswirkungen der Unterbringung, indem viele Patientinnen und Patienten über verschiedene Studien hinweg Gefühle wie Scham und Marginalisierung berichteten, dies insbesondere von Patientinnen und Patienten in forensischen Settings, die eine Straftat begangen hatten.« (Akther et al. 2019: 7)

Eine weitere systematische Übersicht hat analysiert, welche Folgen Fixierung und Isolation für die betroffenen Menschen haben (Chieze et al. 2019). Da diese Analyse nach meiner Einschätzung die umfassendste ist, sei hieraus ebenfalls länger zitiert:

»Die identifizierte Literatur legt im hohen Maße nahe, dass Isolation und Fixation schädliche physische und psychologische Konsequenzen haben. Die Inzidenz posttraumatischer Belastungsstörungen nach Isolation und Fixation beträgt zwischen 25 % und 47 %, was nicht zu vernachlässigen ist. (...) Die subjektive Wahrnehmung hat eine erhebliche interindividuelle Variabilität und kann positiv sein mit Gefühlen von Sicherheit, Hilfe, klinischer Verbesserung und der Einschätzung der Notwendigkeit. Allerdings sind Isolation und Fixation in der Regel

mit negativen Emotionen assoziiert, insbesondere mit Gefühlen von Bestrafung und Belastung. Schlussfolgerungen über protektive oder therapeutische Effekte von Isolation und Fixation sind schwieriger zu ziehen. Unsere Ergebnisse geben nur wenige Hinweise für diese Outcomes, aber mehr Forschung ist hier sicher notwendig.« (Chieze et al. 2019: 13; Zitationen hier nicht wiedergegeben)

Es gibt eine weitere Übersichtsarbeit, die sich mit dem Erleben von Menschen, die Zwangsmaßnahmen erfahren mussten, auseinandersetzt (Aguilera-Serrano et al. 2018). Diese Autoren kommen zu einem ähnlichen Schluss: Es seien überwiegend negative Erfahrungen mit Zwangsmaßnahmen verbunden und dies unabhängig von der Art der Maßnahme. Im Einzelnen werden folgende Erfahrungen beschrieben: Angst und posttraumatische Belastungen; Machtlosigkeit, Vernachlässigung, Misstrauen und Einsamkeit; Bestrafung, Misshandlung und Schmerz; Ärger, Wut und Verbitterung; Depression, Ohnmacht und Trauer; Erniedrigung und Scham; Freiheitsverlust und Zwang. Allerdings, so die Studie, werden in einigen wenigen Originalarbeiten auch positive Erfahrungen wie Hilfe, Notwendigkeit, Beruhigung, Zeit zum Nachdenken, Sicherheit, Kontrolle sowie die Prävention von Gewalt berichtet. Ferner sollte nicht außer Acht gelassen werden, dass körperliche Zwangsmaßnahmen nicht nur psychische Folgen haben, sondern dass es auch – wenngleich selten – zu körperlichen Schäden und sogar Todesfällen kommen kann (Kersting et al. 2019; Steinberg 2021). Letztere kommen zumeist durch Herzstillstände sowie Lungen- und Thromboembolien zustande.

Die überwiegend negativen Erlebnisse gelten im Übrigen nicht nur für die Akutpsychiatrie, sondern auch und insbesondere für forensische Einrichtungen. Die zusammenfassenden Resultate einer entsprechenden Übersichtsarbeit seien hier ebenfalls zitiert:

»In der verfügbaren Literatur wurden die restriktiven Praktiken mit schädlichen Folgen für die Nutzenden assoziiert, darunter Gefühle wie Ärger, Aggression und Angst genauso wie das Erleben von Trauma, Desorientierung und Erleben von Vernachlässigung und Missbrauch. (...) [R]estriktive Praktiken können Teil eines »Teufelskreises« werden, in dem die psychologische Instabilität und der Stress, die sie hervorbringen zu mehr Risiko-Verhalten führen, die wiederum in restriktive Praktiken münden.« (Lawrence et al. 2022: 80)

Dies korrespondiert mit einer anderen Übersichtsarbeit zum forensischen Setting, in dem viele Betroffene eine Kultur der »Repression« beklagen (Tomlin et al. 2018). Vor diesem Hintergrund wird verständlich, dass Konzepte wie Recovery es in der Forensik relativ schwer haben (Bredenoort et al. 2022). Die dort herrschenden Regeln und Normen, die Dauer der Unterbringung sowie nicht zuletzt auch die Einstellungen der Mitarbeitenden stehen offenbar der Entwicklung einer individuellen Hoffnungsperspektive oftmals entgegen.

Andere Übersichtsarbeiten zu einzelnen Aspekten des Zwangserlebens weisen überwiegend in die gleiche Richtung (Cusack et al. 2018; Modini et al. 2021; Muir-Cochrane & Oster 2021; Sugiura et al. 2020; Tingleff et al. 2017). Mehrheitlich wird der psychiatrische Zwang von den betroffenen Personen nicht als wohltätig erlebt. Es gibt jedoch offenbar eine Minderheit, welche Zwangsmaßnahmen im Nachhinein als positiv bewerten, und es gibt offenbar bestimmte Situationen, in denen Menschen eine Unterbringung als Form von Sicherheit erleben.

Diese Resultate betreffen den unmittelbaren und letztlich körperlichen Zwang. Doch bei informellem Zwang ist es ähnlich. Hinzu kommt ein Gefühl von Minderwertigkeit, wenn den Betroffenen weniger Rechte und auch weniger Wahlfreiheit als anderen Menschen eingeräumt werden (Allison & Fleming 2019).

Leider existieren keine Studien zu dem Erleben der Menschen, die mit dem Hinweis auf ihre psychische Störung nicht bei der Suche nach einem Arbeitsplatz auf dem ersten Arbeitsmarkt oder einer eigenen Wohnung unterstützt werden. Dies liegt vermutlich daran, dass das Vorenthalten solcher Lebensperspektiven bis jetzt nicht als Zwang klassifiziert wird. Es ist jedoch bekannt, welche Folgen es hat, wenn Menschen mit psychosozialen Problemen nicht im ersten Arbeitsmarkt beschäftigt werden und in Heimsettings oder Gruppensettings leben müssen.

Die Idee, Menschen mit psychosozialen Problemen seien nicht so belastbar und sollten langsam an Herausforderungen herangeführt werden, stammt aus den Anfängen der psychiatrischen Rehabilitation. Hinter dem sogenannten »Stufenleiterprinzip« (Richter et al. 2016) oder »linearem Kontinuum« (Ridgway & Zippel 1990) steckt die Erwartung, dass ein Weg von der Werkstatt über eine Sozial- oder Zuverdienstfirma in den allgemeinen Arbeitsmarkt führt oder von einem Heimsetting über eine betreute Wohngemeinschaft in

die eigene Wohnung. Doch anders als in der somatischen Medizin funktioniert dieses Stufenleiterprinzip im psychiatrischen Kontext nicht. Wie empirische Studien gezeigt haben, erreichen nur 10 bis 15 Prozent der Menschen mit psychosozialen Problemen über die Stufenleiter ihre Ziele (Killaspy et al. 2020; Richter & Hoffmann 2019 a). Demgegenüber ist die Erfolgsquote bei dem Prinzip der »Unterstützten Inklusion«, also dem direkten Zugang zum Arbeitsmarkt und zur eigenen Wohnung deutlich besser (Adamus et al. 2022; Dehn et al. 2022; Mötteli et al. 2021; Richter & Hoffmann 2019 a; Suijkerbuijk et al. 2017).

Für viele Menschen, die im ersten Arbeitsmarkt nicht Fuß fassen können, hat dies zur Konsequenz, dass sie an oder unter der Armutsgrenze leben müssen. Dies ist in der Schweiz bei knapp der Hälfte der Menschen mit ausgeprägten psychosozialen Problemen der Fall (Richter & Hoffmann 2019 b). Möglicherweise hat der soziale Ausschluss über Armut in den letzten Jahrzehnten sogar zugenommen, wie eine belgische Studie unlängst nahelegte (Smith et al. 2022). Bei Menschen, die nicht in der eigenen Wohnung leben können, sind diese »objektiven« Nachteile nicht sichtbar. Allerdings ist die Präferenz gegen ein Heim- oder WG-Setting so ausgeprägt, dass wir in einem Forschungsprojekt, an dem ich beteiligt war, die Studie quasi abbrechen mussten, da sich kaum jemand bereit fand, über eine längere Zeit freiwillig in einem solchen Setting zu leben (Mötteli et al. 2021). Aus Umfragen unter Menschen mit ausgeprägten psychosozialen Problemen ist bekannt, dass mehr als 80 Prozent der Befragten sich für die eigene Wohnung entscheiden würden (Richter & Hoffmann 2017). Das heißt zusammengefasst, auch der soziale Zwang dient nicht Wohl der betroffenen Person. Die Nachteile der sozialen Exklusion in den Bereichen Arbeit und Wohnen sind offensichtlich.

Bedingung 2: Wird die am wenigsten einschränkende Maßnahme gewählt und nur als letztes Mittel ergriffen?

Zwangsmaßnahmen in der Psychiatrie sollen möglichst vermieden werden. Falls sie angewendet werden, müssen vorher andere Optionen geprüft und verworfen worden sein. Aber ist das tatsächlich der Fall?

Um diese Fragen zu beantworten, kann nur zum Teil auf systematische Übersichten zurückgegriffen werden. Es muss zunächst einmal geschaut werden, welche alternativen Mittel in der psychiatrischen Versorgung zur Verfügung stehen.

Zwangmaßnahmen entstehen in der Regel entweder als Reaktion auf eine eskalierende Situation außerhalb des stationären Settings oder aber als Reaktion auf einen meist aggressiven Konflikt in der Klinik. Schauen wir zunächst einmal auf die Situationen in der Klinik.

In den meisten psychiatrischen Einrichtungen im deutschsprachigen Raum, aber auch generell in der westlichen Welt, haben Mitarbeitende mittlerweile gelernt, wie sie Zwangmaßnahmen reduzieren können. Diese Maßnahmen reichen von Deeskalationstrainings bis hin zu verbesserten individualisierten Therapie- und Pflegeplanungen. Systematische Übersichten haben festgestellt, dass diese Maßnahmen in der Tendenz positiv wirken, aber längst nicht alle Ziele erreichen (Väkiparta et al. 2019). Dies gilt etwa auch für das derzeit bekannteste Programm, »Safewards«. Safewards zielt auf die Reduktion von Konflikten in stationären Einrichtungen und damit indirekt auch auf die Reduktion von Restriktionen und Zwangmaßnahmen ab. Zwei unlängst publizierte Übersichten haben eine Tendenz zur Reduktion dieser Maßnahmen festgestellt, jedoch war dies nicht in allen eingeschlossenen Studien der Fall (Finch et al. 2022; Mullen et al. 2022). Das heißt, es ist möglich, Interventionen wie Fixation oder Isolierung zu vermeiden, die Frage ist jedoch, wie gut dies in der alltäglichen Praxis funktioniert. Wir wissen, Studien sind das eine, die Routinepraxis ist das andere. Oftmals kommt es zu sogenannten Auswascheffekten. Das bedeutet, Intervention werden mit einem gewissen Aufwand eingeführt und auch umgesetzt, doch mit der Zeit lassen die Aufmerksamkeit und die Interventionstreue nach. Übersichtsarbeiten (Lincoln et al. 2014) und Einzelstudien (Heumann et al. 2017; Heumann et al. 2021) legen nahe, dass im Nachgang der Implementation neuer Interventionen tatsächlich noch erheblicher Verbesserungsbedarf besteht.

Viele Betroffene nehmen primär wahr, dass psychiatrisch Tätige lediglich über die Medikation und über Androhungen von Konsequenzen die formale Zwangmaßnahme zu verhindern versuchen. Dies ist aus Sicht der Betroffenen jedoch nicht sonderlich hilfreich. Vielmehr wünschen sie sich ein Gespräch und das Erfragen aktueller Bedürfnisse.

Mitarbeitende sind in der Regel überzeugt, das letzte Mittel eingesetzt zu haben (Riahi et al. 2020). Allerdings denken sie dabei nicht ausschließlich an die unmittelbar betroffene Person. Zwangsmaßnahmen werden nach ihrer Einschätzung auch eingesetzt, um Sicherheit und Ordnung in der jeweiligen Abteilung wiederherzustellen (Doedens et al. 2020; Paradis-Gagné et al. 2021).

Eine weitere und bis heute nicht hinreichend angewendete Möglichkeit, Zwangsmaßnahmen zu vermeiden, ist die Öffnung geschlossener Stationen. Geschlossene Stationstüren sollen Menschen daran hindern, die Abteilung oder die Klinik zu verlassen, damit sie keine selbst- oder fremdgefährdenden Handlungen unternehmen können. Seit Jahrzehnten ist jedoch bekannt, dass geschlossene Türen selbst zu aggressiven Konflikten auf psychiatrischen Stationen führen (Nijman et al. 1997). Zum Thema Türöffnungen existieren keine qualitativ hochwertigen Übersichten, jedoch sind gerade aus dem deutschsprachigen Raum sowohl langjährig angelegte retrospektive Beobachtungsstudien (Huber et al. 2016) wie auch prospektive quasiexperimentelle Studien bekannt (Schreiber et al. 2022). Diese Studien legen nahe, dass eine Türöffnung weder mit einem erhöhten Suizidrisiko noch mit anderen unerwünschten Ereignissen verbunden ist.

Es wäre zudem viel gewonnen, wenn schon das Risiko der stationären Aufnahme im Vorfeld reduziert werden könnte. Die Intervention der Wahl ist hier das sogenannte »Home Treatment«, das im deutschen Sozialrecht als »Stationsäquivalente Behandlung« umschrieben wird und in der britischen Versorgung als »Crisis Resolution Team« bekannt ist (Wheeler et al. 2015). Home Treatment ist in vielen Ländern eingeführt worden, allerdings mit großen Unterschieden und auch mit unterschiedlichen Erfolgen (Holgersen et al. 2022). Es gelingt den meisten Home-Treatment-Programmen zwar – wie in der Schweiz (Stulz et al. 2020) und in den Niederlanden (Cornelis et al. 2022) – die stationären Behandlungstage zu reduzieren, nicht jedoch die Aufnahmen. Dies liegt vermutlich an den Ausschlusskriterien für die Behandlung im häuslichen Umfeld, welche eine stationäre Einweisung vorsehen, wenn eine gewisse Risikoschwelle überschritten ist.

Hinzu kommt, dass die Home-Treatment-Programme außerhalb der britischen Inseln noch nicht flächendeckend verbreitet sind. In der Schweiz existieren sie nur an wenigen Standorten und auch in Deutschland, wo die Sta-

tionsäquivalente Behandlung als großer Fortschritt betrachtet wird, bleibt der Anteil der Home-Treatment-Fälle an der Gesamtheit aller Behandlungsfälle bislang im einstelligen Bereich (DKG et al. 2021).

Möglicherweise erfolgt das Home Treatment in vielen Fällen zu spät, um eine stationäre Einweisung zu verhindern, die Eskalation ist vielleicht schon zu weit fortgeschritten. Eine umfassende Studie über die Risikofaktoren einer unfreiwilligen Aufnahme in der Schweiz mit mehreren tausend Fällen konnte zeigen, wie relevant die Faktoren Aggressivität und Nichtkooperation aufseiten der Betroffenen für eine Zwangseinweisung sind (Silva et al. 2021).

Verschiedene systematische Übersichten haben die Relevanz sogenannter Voraussetzungen und Behandlungsvereinbarungen in diesem Zusammenhang aufgezeigt (de Jong et al. 2016; Molyneaux et al. 2019). Es geht hierbei um Maßnahmen, die das Vertrauen der Betroffenen in das Hilfesystem stärken, indem ihnen zugesichert wird, im Falle einer erheblichen psychosozialen Krise den schriftlich niedergelegten Vorstellungen zu entsprechen. Gemäß den zitierten Reviews sind diese Maßnahmen tatsächlich die einzigen, welche signifikant zu weniger Zwang beitragen.

Eine Wohnbegleitung im Vorfeld könnte möglicherweise ebenfalls die Entstehung von Krisen verhindern helfen, indem durch Unterstützung bei Alltagsproblemen Vertrauen zum Hilfesystem aufgebaut wird (McPherson et al. 2018; Richter & Hoffmann 2017). In unserer von 2020 – 2022 laufenden Wohnstudie in Zürich und Bern haben wir dies explizit geprüft und konnten eine deutliche Reduktion feststellen (Mötteli et al. 2021). In einer weiteren Studie mit einer anderen Stichprobe konnten wir ebenfalls zeigen, dass das stationäre Eintrittsrisiko durch Wohncoaching – wie wir das in Bern nennen – erheblich zurückging (Adamus et al. 2022).

Das heißt, es stehen im Prinzip sowohl im stationären wie im außerstationären Setting Maßnahmen zur Verfügung, die Zwangsmaßnahmen zumindest reduzieren können. Dies werden aber aktuell nicht konsequent genug und nicht flächendeckend eingesetzt. Aus allen Bemühungen vonseiten der Professionellen kann nicht geschlussfolgert werden, dass tatsächlich in jedem Fall die am wenigsten einschränkende Maßnahme gewählt und diese nur als letztes Mittel ergriffen wurde.

Bedingung 3: Sind psychiatrische Therapien wirksam?

Zwangsmaßnahmen haben im psychiatrischen Hilfesystem das ultimative Ziel, zur Gesundheit der Personen beizutragen, die von den Maßnahmen betroffen sind. Es geht hier also nicht in erster Linie um die Abwehr eines Risikos oder einer Gefahr, sondern um die therapeutische Effektivität der Behandlung, die mit der Maßnahme verbunden ist. Aber wie effektiv sind psychiatrische Behandlungen?

Diese Frage wird hier nicht zum ersten Mal im Zusammenhang mit Zwangsmaßnahmen gestellt. Bereits im Jahr 1987 haben Mary Durham und John La Fond im Kontext des US-amerikanischen Rechtssystems und der seinerzeitigen Bestrebungen der US-Bundesregierung, die Rechte von Menschen mit psychosozialen Problemen nach Jahren der Deinstitutionalisierung wieder einzuschränken, folgende analytische Fragen bearbeitet:

»Hilft sie [die unfreiwillige Behandlung; D.R.] tatsächlich den Individuen, denen die Regierung vorgibt, helfen zu wollen? Gibt es irgendeine Evidenz, welche zeigt, dass dies so ist? Gibt es Evidenz, dass die Personen möglicherweise eher beeinträchtigt werden als Hilfe bekommen? (...) [E]s ist zentral, dass die vorhandene empirische Evidenz sorgfältig analysiert wird, um einschätzen zu können, ob die Regierung tatsächlich die erhebliche Beweislast erbringen kann, dass der therapeutische Zweck erreicht wird, für den die Freiheit einer großen Zahl von Amerikanern eingeschränkt wird.« (Durham & La Fond 1987: 309 f.)

Die Antworten, welche die Forschenden gaben, waren ernüchternd. Anstelle eines therapeutischen Nutzens wurde seinerzeit eher ein Schaden für die von Zwang betroffenen Personen festgestellt, beispielsweise durch die erheblichen Neben- und Langzeitwirkungen der Medikamente.

Doch wie sieht es heute nach erheblichen Veränderungen in der psychiatrischen Therapie aus? In einer unlängst publizierten sogenannten »Umbrella-Review« (Leichsenring et al. 2022) findet sich eine Antwort. Bei dieser Art von Übersichtsarbeit wird eine statistische Methodik auf publizierte systematische Metaanalysen angewendet. In eine Umbrella-Review gehen also nicht die Einzelstudien ein, wie bei einer normalen Metaanalyse, sondern die bereits aggregierten Daten der Reviews. Derartige Umbrella-Reviews ergeben

vor allem dann Sinn, wenn in einem Forschungsfeld bereits viele Metaanalysen publiziert wurden. Das ist bei der psychiatrischen Therapieforschung der Fall.

In die genannte Studie wurden insgesamt 3.700 randomisierte, nach 2013 publizierte Vergleichsstudien mit über 650.000 Teilnehmenden aufgenommen; die Studie besitzt also eine erhebliche Aussagekraft. Geschaut wurde, wie effektiv sowohl pharmakologische wie auch psychotherapeutische Interventionen waren, und zwar auf standardisierte Skalen zur Erfassung von Psychopathologie bezogen. Der entscheidende Indikator ist die standardisierte Mittelwertdifferenz, welche wiederum mit der Effektstärke einer Intervention korrespondiert (Cohen's *d*; siehe Andrade 2020). Diese gibt an, wie groß die gemessenen Unterschiede zwischen den Interventionsgruppen und den Kontrollgruppen sind. Die Interventionsgruppen erhielten das Medikament oder die Therapie, das oder die geprüft wurde, und die Kontrollgruppen erhielten das Placebomedikament oder die übliche Versorgung (TAU, »treatment as usual«).

Die standardisierte Mittelwertdifferenz, also die Effektstärke der pharmakologischen Interventionen, betrug 0,34 für die Psychotherapie und 0,36 für die Pharmakotherapie. Ab einer Effektstärke von 0,5 wird üblicherweise von einer moderaten Effektivität gesprochen, bei 0,8 von einer starken Effektivität. Das heißt, psychiatrische Therapien, ganz gleich, ob Pharmakotherapie oder Psychotherapie, waren nicht einmal moderat wirksam. Nur eine Minderheit der Personen, die behandelt wurden, profitierten tatsächlich von der Behandlung.

Wie groß diese Minderheit bei der Pharmakotherapie mit Antidepressiva ist, wurde unlängst im Rahmen einer Metaanalyse berechnet (Stone et al. 2022). Diese Analyse basierte auf Daten der US-amerikanischen Zulassungsbehörde FDA (»Food and Drug Administration«). Vorteil dieser Datenbank ist, dass es keinen Publikationsbias in den zu analysierenden Daten gibt. Bei Metaanalysen kommt es gerade in der pharmakologischen Forschung zu dem Phänomen, dass Studien ohne Erfolg für die Intervention mitunter nicht veröffentlicht werden und daher nicht in Metastudien berücksichtigt werden können, die FDA-Daten sind also näher an der Wirklichkeit. Tatsächlich zeigte eine antidepressive Monotherapie bei lediglich 15 Prozent der Behandelten eine Wirkung über den Placeboeffekt hinaus. Um nicht missverstanden zu werden: Das ist nicht nichts, ich würde im Falle einer depressiven Entwick-

lung als Erstes auch ein Antidepressivum versuchen. Ob diese recht geringe Wirkung aber als Rechtfertigung für eine psychiatrische Zwangsmaßnahme herangezogen werden kann, daran habe ich große Zweifel.

Außerdem ist zu beachten, dass es sich bei den Teilnehmenden an Studien zur Wirksamkeit von Therapien ausschließlich um Freiwillige handelt, denen eine gewisse Motivation zur Veränderung unterstellt werden kann. Bei unfreiwillig Behandelten ist diese Motivation deutlich geringer und daher muss hier eine noch geringere Effektivität der Therapie angenommen werden.

Da selbstgefährdendes Verhalten neben Fremdgefährdung die häufigste Indikation für psychiatrische Zwangsmaßnahmen ist, sei auch noch explizit ein Blick auf die Effektivität therapeutischer Interventionen hinsichtlich Suizidalität und Suizid geworfen. Eine umfassende Metaanalyse mit RCTs aus fünfzig Jahren mit allen möglichen Interventionen ergab eine nicht einmal als gering zu interpretierende Effektstärke (Hedges' $g = 0,17$; Fox et al. 2020). Genau wie bei der Effektstärke Cohen's d wird ab 0,2 von einem geringen, ab 0,5 von einem moderaten Effekt gesprochen. Zwei Dinge waren neben dem zentralen Ergebnis an dieser Studie besonders interessant: Zum einen wurde keine Intervention identifiziert, die in der Therapie von Suizidalität wesentlich effektiver war als andere. Zum zweiten gab es quasi keine Evidenz für die Wirksamkeit psychiatrischer Akutbehandlung, wie sie in der Regel mit Zwangseinweisungen aufgrund Suizidalität einhergeht.

Eine weitere Metaanalyse fokussierte sich auf pharmakologische und somatische Interventionen wie die Elektrokrampftherapie (Wilkinson et al. 2022). Diese Analyse fand signifikante Effekte in Bezug auf vollendete Suizide lediglich bei Lithium für Menschen, die mit einer Bipolaren Störung diagnostiziert wurden, sowie bei Clozapin für Menschen, die mit einer psychotischen Störung diagnostiziert wurden. Alle weiteren Antipsychotika und auch die Elektrokrampftherapie zeigten keine signifikanten Resultate.

Ebenfalls auf pharmakologische Interventionen hatte sich eine andere Metaanalyse fokussiert. Diese ergab über alle Medikationsklassen hinweg eine geringe Effektstärke von 0,21 (Huang et al. 2022). Allerdings betonten die Forschenden mögliche negative Auswirkungen bestimmter Medikamente, welche sogar das Suizidrisiko erhöhen können. Eine entsprechende Metaanalyse hatte dies beispielsweise für die SSRI-Klasse der Antidepressiva gefunden (Hengartner et al. 2021).

Der Vollständigkeit halber sei betont, dass psychotherapeutische Verfahren ebenfalls nur geringe Effekte auf Suizidalität aufweisen, wie eine neuere Übersichtsarbeit zeigte (Teismann & Gysin-Maillart 2022). Ähnliches gilt für nachsorgende Kurzkontakte nach Entlassung aus der stationären Behandlung. Diese Übergangsinterventionen konnten zwar die Suizidalität in geringem Maße reduzieren, nicht aber Suizide verhindern (Tay & Li 2022).

Nun hatte ich schon eingangs dieses Kapitels darauf hingewiesen, dass im Kontext von Zwangsunterbringung und Zwangsbehandlung nicht nur die Gesundheit der Betroffenen zählt. Entsprechende Metaanalysen aus forensischen Settings verweisen unter anderem auf weniger kriminelle Rückfälle. Allerdings berichten sie ebenfalls über eine vergleichsweise hohe Suizidmortalität bei Personen, die aus forensischer Behandlung entlassen wurden (Fazel, Fimińska et al. 2016). Im Einklang mit der oben beschriebenen Umbrella-Studie wurden auch in psycho- und pharmakotherapeutischen Reviews aus forensischen Einrichtungen lediglich schwache Effekte gefunden (Ross et al. 2013). Hier ist anzumerken, dass die Originalarbeiten oft nicht sehr aussagekräftig waren (Howner et al. 2020). Ähnliches ist auch über Übersichtsarbeiten zu psycho- und pharmakotherapeutischen Intervention bei Dissozialität oder bei Sexualstraftaten zu sagen. Für beides gibt es nach aktueller Studienlage keine therapeutisch wirksamen Verfahren (Adshead & McGauley 2020; Hoberman 2016; Khalifa et al. 2020).

Außerhalb forensischer Einrichtungen sind zwar diverse Einzelstudien zu unfreiwilligen Behandlungen durchgeführt worden, allerdings konnte ich lediglich zwei systematische Übersichten identifizieren. Davon ist eine nicht mehr ganz neu (Katsakou & Priebe 2006) und die andere fasst nur Studien aus Norwegen zusammen (Wynn 2018). Beide Arbeiten enthalten eine Vielzahl von Studien mit heterogenen Ergebnisindikatoren, die leider nicht sonderlich aufschlussreich für unsere Fragestellung sind.

Zusammenfassend ist zu sagen, dass für die Mehrzahl der von psychiatrischen Therapien Betroffenen weder im Kontext von Freiwilligkeit noch im Rahmen von Zwangsmaßnahmen ein empirischer Beleg für den Nutzen zu finden ist. Ein als gering einzuschätzender Nutzen muss vielmehr einem erwartbaren Schaden für die therapeutische Beziehung gegenübergestellt werden, wie er oben (siehe Bedingung 1) dargestellt wurde.

Bedingung 4: Kann die Autonomie der betroffenen Personen wiedergestellt werden?

Eine zentrale Annahme bei der Entscheidung für Zwangsmaßnahmen ist die verminderte Autonomie der betroffenen Personen. Die psychische Krankheit, so die Überzeugung, beeinträchtigt das Vermögen zur selbstbestimmten und freien Willensbildung. Die Entscheidungen der Person gegen die Behandlung sind demnach von der Krankheit überlagert. Im Umkehrschluss zielt die mit der Maßnahme verbundene Behandlung auf die Wiederherstellung der Autonomie, was in der rechtswissenschaftlichen Literatur sowohl im deutschsprachigen Raum (Friedrich & Heinrichs 2014; Prüter-Schwarte 2012) als auch im angelsächsischen (Haydt 2015; Winick 1995) entsprechend postuliert wird. Aber ist das überhaupt möglich? Kann Autonomie durch eine Krankheit gemindert werden und kann sie durch eine Behandlung wiederhergestellt werden?

Bei der Beantwortung dieser Fragen können wir uns nicht auf empirische Daten stützen. Die Problematik der Autonomie und des freien Willens wird bekanntermaßen überwiegend in der Philosophie diskutiert, wo diese Begriffe – wie oft in der Philosophie – sehr unterschiedlich besetzt sind (Müller & Walter 2010). Aber das gilt nicht nur für die theoretische Analyse, sondern auch für die psychiatrische Praxis. Während aus medizinischer Sicht die Autonomie einer Person durch die Krankheit beeinträchtigt wird (Radoilka 2012), betonen Betroffene die Einschränkung ihrer Autonomie durch Zwangsmaßnahmen (Bennion 2013).

Die medizinische Sicht spielt vor allem in juristischen Verfahren eine Rolle, wenn die verminderte Schuldfähigkeit mit einem psychosozialen Problem begründet wird. Diese im Englischen als »insanity defence« bekannte Verteidigungsstrategie wird bemüht, um Ungerechtigkeiten zu vermeiden und Menschen mit ausgeprägten psychosozialen Problemen vor einer Gefängnisstrafe zu bewahren (Malatesti et al. 2020). Alternativ können Therapieauflagen oder auch Unterbringungen in einer forensischen Klinik erfolgen.

Aus einer menschenrechtlichen Perspektive ist die Unterscheidung zwischen Menschen, die Taten unter dem Einfluss einer psychischen Problematik begangen haben, und solchen, bei denen das nicht der Fall war, durchaus problematisch. Es gibt sogar Autoren, die dies als Diskriminierung auffassen und auch in dieser Hinsicht Gleichbehandlung fordern (Minkowitz 2014).

In der Philosophie werden Autonomie und freier Wille zumeist zusammen betrachtet. Autonome Entscheidungen werden, so eine der Sichtweisen, durch einen freien Willen bestimmt (Weissman 2018). Diese Sichtweise ist jedoch nicht unumstritten (Pereboom 2022). Da jeder Entscheidung bereits eine Kaskade von Entscheidungen vorausgegangen ist, wird ganz grundsätzlich gestritten, wie frei eine Entscheidung sein kann. Neben dieser Determinismus-Indeterminismus-Debatte existiert eine weitere Debatte zu der Frage, inwieweit Determinismus und freier Wille nicht doch kompatibel sind.

Aus einer rein naturwissenschaftlichen Betrachtung ist die Kompatibilität von Determinismus und freiem Willen zwar nicht grundsätzlich ausgeschlossen (Glannon 2015), jedoch kaum plausibel. Der Biologe Robert Sapolsky bemerkte einmal trocken, der freie Wille sei das, was die Biologie noch nicht entdeckt habe (Sapolsky 2021). Für die vorliegende Fragestellung heißt das zusammengefasst, es ist aus philosophischer Sicht und auch aus neurowissenschaftlicher Perspektive mindestens unklar, ob Menschen überhaupt über so etwas wie Autonomie und freien Willen verfügen. Wenn es aber mindestens unklar ist, dass Menschen überhaupt über eine Form von Autonomie verfügen, dann ist stark zu bezweifeln, dass eine psychiatrische Therapie diese Autonomie durch Zwangsmaßnahmen wiederherstellen kann.

Schlussfolgerung: ethische Annahmen und empirische Daten

Die vorstehenden Ausführungen sollten deutlich machen, wie wenig die ethischen Annahmen und Begründungen von der einschlägigen empirischen Forschung gestützt werden. Psychiatrischer Zwang erfolgt überwiegend nicht zum Wohle der betroffenen Person. Auch werden die Maßnahmen gegen den Willen in aller Regel nicht als letztes Mittel und als geringstmögliche Einschränkung eingesetzt. Es gibt zumeist mehr Optionen, als in den jeweiligen Versorgungssystemen umgesetzt werden. An der Wirksamkeit psychiatrischer Therapien generell, aber insbesondere im Rahmen unfreiwilliger Rahmenbedingungen, besteht erheblicher Zweifel. Und mindestens ebenso große Zweifel bestehen hinsichtlich der Annahme, mittels Zwangsmaßnahmen könne die Autonomie der Person wiederhergestellt werden.

Nun bleibt noch eine weitere wichtige Voraussetzung für die Anwendung von Zwang in psychiatrischen Settings zu klären, nämlich die Definition einer psychischen Störung. Dies geschieht im nachfolgenden Kapitel.