

Die Legitimation von psychiatrischen Maßnahmen gegen den Willen einer Person

Der Umgang mit Menschen, die als verrückt galten, denen unangemessenes Verhalten vorgeworfen wurde oder die man als besessen ansah, ist vermutlich zu allen Zeiten mit gewissen Formen von Zwang verbunden gewesen. Diese Menschen wurden aus sozialen Beziehungen ausgeschlossen und teilweise weggeschlossen, sie wurden genauso wie Fremde als Barbaren betrachtet und manchmal auch bekämpft. Historisch gesehen kann die Einschränkung der Autonomie von Menschen, die »inadäquates« Verhalten zeigten, quasi als Konstante gelten. Jedoch ist der Zwang in Abhängigkeit von der Art der psychiatrischen Versorgung, den wissenschaftlichen Vorstellungen und den allgemeinen gesellschaftlichen Veränderungen ganz unterschiedlich legitimiert worden. Hierbei sind zwei große Phasen zu erkennen. Die erste Phase dauerte von der Entwicklung der Psychiatrie als Wissenschaft und als medizinische Disziplin bis weit in die zweite Hälfte des 20. Jahrhunderts. In dieser Phase, die wesentlich durch Institutionen wie Kliniken und Heime geprägt war, sind Menschenrechte weitgehend missachtet worden. An die institutionszentrierte Phase schloss sich ab ungefähr den 1970er-/1980er-Jahren die personenzenzentrierte Phase an. Nunmehr wurden Menschenrechte zwar berücksichtigt, gleichzeitig aber war die Einschränkung der Rechte aus medizinischen und ethischen Gründen möglich.

Zwang in der psychiatrischen Versorgung: die institutionszentrierte Phase

Körperlicher Zwang und andere Maßnahmen gegen den Willen einer Person gehören zur Geschichte der Psychiatrie. Bei dem antiken griechischen Dichter Aristophanes ist zu lesen, dass »Verrückte« mit Steinen beworfen wurden, bei Platon enthielten die »Gesetze« (Abschnitt 934c7) einen Passus für den Umgang

mit »Raserei«, welcher nahelegte, dass solche Personen am besten von der eigenen Familie von der Öffentlichkeit ferngehalten werden und Zuwiderhandlungen mit Geldstrafen belegt werden sollten (Thumiger 2017). Einen Umgang mit »Verrücktheit« ohne Zwang hat es, zumindest im europäischen Raum, wahrscheinlich nie gegeben. Als »große Gefangenschaft« hat der Philosoph Michel Foucault die ersten Psychiatrieeinrichtungen im 17. Jahrhundert charakterisiert (Foucault 1973: 68 ff.). Die spätere Forschung hat den Aspekt der Gefangenschaft bestätigt, allerdings auf das Ende des 18. sowie den Beginn des 19. Jahrhunderts datiert und eine Verknüpfung mit der Aufklärung hergestellt.

»[D]ie Geschichte der Psychiatrie begann als Geschichte des kustodialen Asyls, als Institutionen zur Gefangenschaft tobender Individuen, die gefährlich für sich selbst und Ärgernis für andere waren.«

(Shorter 1997: 7)

In den kustodialen Asylen stand der Schutzgedanke vor der Behandlung. Schon damals jedoch, so der Historiker Edward Shorter, stand hinter der »großen Gefangenschaft« die Hoffnung, die zwangsweise Unterbringung könne eine kurative Wirkung entfalten.

Neben der Psychiatriegeschichte ist hier auch die Rechtsgeschichte von Bedeutung. Im Übergang zur frühen Neuzeit herrschte in den absolutistischen Staaten die Vorstellung eines wohlwollenden Staates, der in bestimmten Situationen Entscheidungen für seine Untertanen traf. In der angelsächsischen Rechtstradition wurde dieses Rechtsprinzip als »*Parens patriae*« bezeichnet (Custer 1978). Der jeweilige Herrscher war identisch mit dem Staat und trat gemäß dieser Rechtsdoktrin auch als Elternteil auf. Wie der Begriff nahelegt, wurde die *Parens-patriae*-Doktrin überwiegend in Rechtsangelegenheiten angewendet, welche das Kindeswohl betrafen. Das Prinzip des wohlwollenden Staates wurde jedoch auch auf Menschen angewendet, die als »geisteskrank« betrachtet wurden (Wesson 1980). Es galt in den Vereinigten Staaten bis weit in die 1970er-Jahre (Zander 1976). Auf dem europäischen Kontinent wurde das Prinzip staatliche »Fürsorge« genannt (Müller 2012). Unfreiwillige Unterbringungen werden in der Schweiz bis heute »fürsorgerische Unterbringungen« genannt. Der Begriff der Fürsorge hatte jedoch immer etwas Euphemistisches.

Doch zurück ins England des 19. Jahrhunderts. Der von Edward Shorter erwähnte Ärger über bestimmte Personen war womöglich einer der Haupt-

faktoren für die Etablierung von »Madhouses«, wie man sie seinerzeit auf den Inseln nannte. Hierbei handelte es sich überwiegend um privat finanzierte Einrichtungen, in welchen begüterte Familien Angehörige unterbringen konnten, die offenbar unkonventionelles Verhalten zeigten und dadurch dem Ansehen der Familie schaden. Solch unkonventionelles Verhalten war nicht allein damit verbunden, was heute als psychische Krankheit eingestuft wird, sondern es handelte sich auch um sozial anstößiges Verhalten wie der in der damaligen medizinischen Literatur prominente »Lanchester Case« deutlich macht. Im »British Medical Journal« wurde 1895 berichtet, dass Edith Lanchester auf Betreiben ihres Vaters und ihrer Brüder von einem Arzt in eine Anstalt eingewiesen wurde, weil sie sich auf eine Beziehung mit einem Mann unterhalb ihres Standes eingelassen hatte, den sie auch nicht heiraten wollte (BMJ 1895). Ferner sei sie immer schon exzentrisch gewesen und vertrete neuerdings sozialistisches Gedankengut. Die ärztliche Einweisung in das Asyl erfolgte aufgrund des »sozialen Suizids«, den sie begehen wolle. Sowohl der später hinzugezogene Hausarzt als auch die ärztlichen Fachpersonen in der Anstalt bestätigten die Einweisung, welche dann aber von der »Lunacy Commission«, einer öffentlichen Einrichtung, die Asyle und Madhouses in England und Wales beaufsichtigte, abgelehnt wurde.

Andere Menschen hatten weniger Glück. Dazu ein Beispiel, das für das Schicksal Hunderttausender steht, deren Namen vergessen sind: Die Schriftstellerin Elsa Asenijeff wurde auf der Basis der Diagnose »Querulantenwahn« im Leipzig der 1920er-Jahre entmündigt, zwangseingewiesen und verstarb im Jahre 1941 nach jahrzehntelangen Aufenthalten in Kliniken und Heimen. Die medizinhistorische Forschung stellte die sozialen Hintergründe als maßgeblich für ihre tragische Lebensgeschichte heraus: »[S]o lebte sie als alleinstehende Frau, die in ihrem Verhalten als nicht den sozialen und geschlechtlichen Normen angepasst erlebt werden musste und zudem keinen familiären Rückhalt besaß, bereits in der kriegsgeschädigten jungen Weimarer Republik zunehmend in Armut und Isolation.« (Kommol & Steinberg 2022: 91)

Diese Vermischung aus medizinischen und sozialen Ursachen für eine in der Regel unfreiwillige Hospitalisation ist in vielen Ländern bis weit in die zweite Hälfte des 20. Jahrhunderts hinein anzutreffen. Noch Ende der 1950er-Jahre beschrieb ein US-amerikanischer Psychiater die traditionellen Indikationen folgendermaßen:

»(1) Verhalten, welches das Leben des Patienten in Gefahr bringt und
(2) Verhalten, das die Umwelt des Patienten nicht länger toleriert. Diese klassischen Indikationen haben gemeinsame Merkmale – beide entstehen üblicherweise aus Notfallsituationen, beide sind Manifestationen schwerer Ausmaße psychischer Krankheit. In beiden Fällen will der Patient den Klinikaufenthalt nicht selbst in Anspruch nehmen – andere werden initiativ. Und in beiden Fällen wird die Einweisung üblicherweise durch die Familie, Freunde, Richter, die Polizei – und historisch interessant – selten durch einen Psychiater veranlasst. Der Psychiater widerspricht der Laien-Einweisung selten, weil die Schwere der Erkrankung des Patienten und der Bedarf für eine Klinik-Behandlung normalerweise offensichtlich sind.« (Hall 1958: 207)

Psychiatrische Anstalten oder Asyle wurden während des 19. Jahrhunderts in nahezu allen europäischen Ländern etabliert. Wer dort aufgenommen oder eingewiesen wurde, musste oftmals viele Jahre dort verbringen. Die Zustände in den meisten Anstalten waren unmenschlich und sowohl hinsichtlich sozialer wie hygienischer Aspekte katastrophal. Wenige Jahre nach Ende der institutionszentrierten Phase beschrieben zwei deutsche Psychiater diese Phase als »skandalöse Praxis der Asylierung psychisch Kranker und geistig Behinderter in gefängnisähnlichen, übergroßen und Hospitalisierungsdefekte zwangsläufig hervorbringenden Verwahreinrichtungen, deren Ausstattung zumeist unwürdig war und deren personelle Besetzung gerade noch die Beaufsichtigung, aber keine Behandlung erlaubte« (Thom & Wulff 1990: 588).

Der Historiker Edward Shorter zitiert einen Psychiater, der in den 1930er-Jahren im Maudsley Hospital in London arbeitete:

»Für die Patienten war das Leben unangenehm, sie waren eingesperrt in geschlossenen Stationen mit einem Garten für die Freizeit. Viele Patienten, deren stürmische Krankheit nachgelassen hatte, zeigten nur Residualsymptome und verbrachten dort Jahr um Jahr, unbeschäftigt und ohne Anreize für Selbstverantwortung und Selbstbestimmung; sie gewöhnten sich an die Zwangsjacke einer unveränderten täglichen Routine.« (Shorter 1997: 65 f.)

Die meisten »Insassinnen und Insassen«, wie man seinerzeit zu sagen pflegte, hatten keine Rechte und wurden, ohne sie zu fragen, behandelt. Sie waren, so schrieb der Soziologe und Historiker Andrew Scull, »ohne Persönlichkeits-

rechte und unter der Annahme, dass ihr urteilsunfähiger psychischer Zustand keine Entscheidungen zuließ und als Patienten meistens nicht fähig, denen zu widersprechen, die ihre gesamte Existenz kontrollierten« (Scull 2015: 308). Teilweise wurden brutale physische Interventionen gegen den Willen der Betroffenen durchgeführt, von Insulinschocks über operative Eingriffe im Gehirn (z. B. Lobotomien) bis hin zu Krampftherapien, welche erst später unter Anästhesie durchgeführt wurden. Die Rechtlosigkeit der Psychiatriepatientinnen und -patienten war schließlich auch eine der Voraussetzungen für die Ermordung Tausender Menschen mit psychischen, kognitiven und körperlichen Behinderungen während des Nationalsozialismus in Deutschland.

Damit einhergehende Vorstellungen über Menschen mit psychischen Problemen dominierten auch in der Nachkriegszeit, sowohl in der früheren DDR wie in der BRD. Im Jahr 1979 resümierte Ehring Lange, einer der seinerzeit führenden Psychiater Ostdeutschlands, die Auffassungen, die es noch in den 1960er-Jahre zu überwinden galt. Man habe kritisch umgehen müssen »mit der Auffassung, daß schizophrene Erkrankungen obligatorisch und irreversibel zum Defekt führen und daß man deren Kerngruppe nicht speziell-intensiv behandeln solle, mit der Auffassung, daß von einer querschnittshaft erfaßten Symptomatologie auf eine verbindliche Prognose geschlossen werden könne – die dann über Wert oder Unwert von Therapie und Rehabilitation vorentscheidet, mit der Auffassung, daß Arbeitstherapie ein Mittel zur Ausfüllung ungenutzter Tageszeit für chronische Anstaltspatienten sei, überflüssig aber bei akut Erkrankten in klinischer Behandlung, mit der Auffassung, daß der psychisch Kranke grundsätzlich unberechenbar, aus der Eigengesetzlichkeit der Erkrankung heraus selbst- und gemeingefährlich sei und deswegen im Prinzip der geschlossenen Unterbringung und der Absonderung aus der Gesellschaft bedürfe« (Lange 1979: 388).

Solche – aus heutiger Sicht – abstrusen Einschätzungen waren auch in Westdeutschland verbreitet. Psychisch Kranke würden nahezu immer unter krankhaften Einflüssen handeln, daher sei keine »innere Freiheit« gegeben und Bewegungseinschränkungen seien unproblematisch, hieß es in den 50er-Jahren in einer ärztlichen Stellungnahme zur Einführung von Unterbringungsgesetzen in den Bundesländern (Bruns 1993: 24). Dabei ergab sich auch eine Diskussion zwischen Fachpersonen aus der Rechtswissenschaft und aus der Psychiatrie. Ärztlicherseits wurde durch den Einbezug von Gerichten bei

Unterbringungsverfahren eine Einschränkung der medizinischen Therapiehoheit und eine Belastung der therapeutischen Beziehung befürchtet (Bruns 1993: 24). In der Folge waren in einzelnen deutschen Bundesländern wie dem Saarland rechtliche Unterbringungen bis 1968 nicht angemessen geregelt.

In der DDR wurden Einweisungen, nicht nur wie in anderen Ländern durch die Familie, sondern auch auf Drängen örtlicher Funktionärspersonen veranlasst (Coché 2017). Deshalb hinaus muss von politisch motivierten Zwangsbehandlungen ausgegangen werden, die zwar nicht so weitverbreitet waren wie in der Sowjetunion oder in Rumänien, aber durchaus vorkamen (Erices 2021).

Viele Anstalten in Ost- und Westeuropa, die sich im Lauf der Zeit als Kliniken verstanden, nahmen zudem an Medikamentenversuchen teil, bei denen die meisten Patientinnen und Patienten vermutlich allenfalls mündlich um Zustimmung gebeten wurden – und auch in diesen Fällen ist zumeist von informellem Zwang auszugehen. Historisch Forschende in der Schweiz haben diese Vorgehensweisen für viele psychiatrische Kliniken bis weit in die 1970er-Jahre dokumentiert (Meier et al. 2019), darunter auch für die Universitätsklinik in Bern (Manser-Egli 2019). Bei diesen Versuchen mit nicht zugelassenen Medikamenten kam es zu zahlreichen Todesfällen, deren Ursache weder entsprechend dokumentiert noch gegenüber den Angehörigen offengelegt wurde. Dass ein fahrlässiger Umgang mit Einwilligungen auch bei ärztlichen Mitarbeitenden vorkam, ist im Rahmen der LSD-Versuche in der Zürcher Universitätsklinik Burghölzli bekannt geworden. Dort wurde im Jahre 1947 Mitarbeitenden die Substanz unwissentlich im Kaffee zugeführt (Rey 2022); bei Patientinnen und Patienten, an denen das »Phantastikum«, wie es seinerzeit hieß, ebenfalls versucht wurde, vermerkt der entsprechende Artikel, dass sie oder die Angehörigen um Einwilligung gebeten worden waren (Stoll 1947).

Im Allgemeinen wurde in der institutionenzentrierten Phase der Psychiatrie fast ausschließlich auf Medikation als Behandlung gesetzt. Noch bis in die 1990er-Jahre wurde beispielsweise eine ausgeprägte antipsychotische Hochdosistherapie angewendet (Abrahamson 1994), die für viele Betroffene mit erheblichen gesundheitlichen Problemen verbunden war. Primär wurden Symptome unterdrückt, wie diese Hochdosistherapie schon impliziert. Psychodynamische und später auch biomedizinische Krankheitsmodelle dominierten das therapeutische Geschehen. Überwachung und Exklusion hatten

Priorität vor der Wiedereingliederung, eine wirkliche Rehabilitation fand nicht statt. Allenfalls wurden die Betroffenen in andere Institutionen wie Heime und Werkstätten vermittelt. Physische und psychische Bedürfnisse wurden nur im Ansatz befriedigt. In der Ausbildung sowie in der Forschung waren Menschen mit »psychischen Krankheiten« überwiegend Objekte. Erst ab den 1950er-Jahren in den USA und ab den 1960er-Jahren auch in Europa veränderten sich die Bedingungen, allerdings sehr langsam, wie ein Bericht über ein Reformprojekt in einer US-amerikanischen Klinik aus dem Jahr 1968 verdeutlicht:

»Wände wurden gestrichen, Bilder und Kalender wurden angebracht und Patienten wurde ein wenig Privatheit im Schlafrum und im Bad zugestanden. Allerdings gab es wenig begleitende Veränderung in der psychologischen Architektur der Stationen. Patienten hatten weiterhin Angst vor den Mitarbeitern, während Mitarbeiter Angst vor den Patienten hatten; Patienten hielten sich von den Mitarbeitern fern, die oftmals sich von den Patienten zurückzogen. Die Mitarbeitenden waren hoffnungslos bezüglich der Patienten und die Patienten waren hoffnungslos bezüglich der Mitarbeitenden.« (Hirschowitz 1969: 591 f.)

Die Legitimation von Zwang in der institutionszentrierten Phase erfolgte mit zwei ineinander verschränkten Argumentationslinien, die wegen ihrer vagen Kriterien und sehr flexiblen Auslegungsmöglichkeiten erst ab den 1960er-Jahren kritisiert wurden (Livermore et al. 1968). Zuallererst ging es um die Aufrechterhaltung der öffentlichen Ordnung. Insbesondere zu Beginn wurde auf den »Geisteszustand« noch wenig abgehoben; die öffentliche Ordnung war weitaus wichtiger. Dies änderte sich mit der Entwicklung der Psychiatrie als medizinische Disziplin. Neben der Unterstellung der »Gefährlichkeit« psychisch Kranker und der daraus abgeleiteten Notwendigkeit ihrer Unterbringung wurde eine aus heutiger Sicht abstruse weitere Begründung geliefert, die in gewissen Variationen bis in die Gegenwart wirkt: Psychisch kranke Menschen seien aufgrund ihrer Erkrankung nicht wirklich frei, daher könne der Freiheitsentzug durch Unterbringung auch nicht als solcher gewertet werden (Bruns 1993). Daher verwundert es auch wenig, dass zwangsweise untergebrachten Personen in aller Regel keine Rechte zugesprochen wurden. Sie mussten ärztlichen Anordnungen folgen, bekamen keine Informationen über die Ergebnisse medizinischer Untersuchungen und wussten oftmals nicht, welche Medikamente sie einzunehmen hatten (Tolchin et al. 1970).

Von der institutionszentrierten zur personenzentrierten Phase

»Verhandeln statt behandeln«, das war das Motto der deutschen Reformpsychiatrie, die gleichzeitig als Kernaufgabe des personenzentrierten Ansatzes betrachtet werden kann. Geprägt wurde der Slogan durch den Reformpsychiater Asmus Finzen Anfang der 1990er-Jahre, der deutlich machen wollte, wodurch sich eine sozialpsychiatrisch geprägte Gemeindepsychiatrie von der Anstaltspsychiatrie unterscheidet. Es war, wie Finzen später schrieb, die greifbare »vielfach erlebte Bevormundung durch die Ärzte«, die sowohl Nutzende als auch Angehörige zu einer Ablehnung des traditionellen und mit teils erheblichem Zwang und Menschenrechtsverletzungen verbundenen Psychiatriesystems motivierte (Finzen 2010).

Was genau aber unterschied die Gemeindepsychiatrie von der früheren Anstaltspsychiatrie? Der österreichische Soziologe Rudolf Forster (1997) beschrieb Reformprojekte folgendermaßen: Statt eines rein organischen Krankheitskonzepts sollte ein multifaktorielles Modell zur Anwendung kommen, das auch psychosoziale Komponenten enthielt. Anstelle der Verwahrung solle soziale Integration das Ziel sein. Nicht nur Ärztinnen und Ärzte sollten über die Behandlung beraten, sondern ein multiprofessionelles Team. Die rechtliche Grundlage der Behandlung sollte die Freiwilligkeit sein. Ihr vorausgehen sollte eine partnerschaftliche Beratung (»auf Augenhöhe«).

Der »personenzentrierte Ansatz« war in den 1990er-Jahren, als die Psychiatrie ihn entdeckte, keinesfalls neu. Die Grundidee wurde von einer der zentralen Personen der Psychotherapiegeschichte, Carl Rogers, bereits in den 1950er-Jahren formuliert. Rogers (1979) zufolge hat die Personenzentrierung, die er Klientinnen- und Klientenzentrierung nannte, drei wesentliche Merkmale, die eine hilfreiche therapeutische Beziehung prägen:

- Echtheit, das bedeutet beispielsweise den Verzicht auf eine professionelle Fassade und die Herstellung einer kongruenten Situation, in der sich niemand verstellt;
- eine akzeptierende Haltung, die nicht wertet und dadurch Veränderung aufseiten der Klientin oder des Klienten hervorrufen kann;
- empathisches Verstehen, das etwa durch aktives Zuhören erreicht wird.

In den 1960er-Jahren prägte der Psychoanalytiker Michael Balint als Gegenentwurf zu einer »krankheitszentrierten Medizin« die »patientenzentrierte Medizin« (Balint 1969). Der zu behandelnde Mensch sollte beispielsweise nicht mehr nur als ein Mensch mit einem Knochenbruch betrachtet werden, sondern als ein »einzigartiges menschliches Wesen«, das eine »übergreifende Diagnose« (»overall diagnosis«) erhalten und entsprechend behandelt werden sollte.

Die patientenzentrierte Medizin wurde später zum zentralen Kriterium einer guten medizinischen Versorgung. Das US-amerikanische Institute of Medicine hat in seinem Bericht über Qualitätsmängel im Gesundheitswesen die Patientenzentrierung neben weiteren Merkmalen wie Gerechtigkeit, Sicherheit, Schnelligkeit, Effektivität und Effizienz zu einem der Hauptziele erklärt (Institute of Medicine Committee on Quality of Health Care in America 2001). Patientenzentrierung wiederum hat dem Bericht zufolge diese Eigenschaften:

- Respekt für Werte und Präferenzen der Patientinnen und Patienten,
- Koordination und Integration der Versorgung,
- Information, Kommunikation und Edukation,
- körperliches Wohlbefinden,
- emotionale Unterstützung und Einbezug von Angehörigen und nahestehenden Menschen.

Im Lauf der Zeit sind die genannten Merkmale einer Patienten- oder Personenzentrierung zunehmend in Kompetenzen übersetzt worden, die in der Ausbildung ärztlichen, pflegerischen oder therapeutischen Personals gelehrt werden. Zahlreiche Studien sind in diesem Zusammenhang durchgeführt worden, die zum einen gezeigt haben, dass diese Skills durchaus zu vermitteln sind und von den Fachpersonen angewendet werden können, die aber zum anderen gezeigt haben, dass die Effekte bei den Nutzenden des Gesundheitswesens doch nicht so eindeutig zu messen sind, wie etwa einer großen Übersicht aus der Cochrane-Initiative zu entnehmen ist (Dwamena et al. 2012).

Eine weitere Entwicklung, die in der »patientenzentrierten Medizin« bei Balint schon angelegt war, ist, dass nicht mehr von einer »Patientin« oder einem »Patienten« gesprochen wird, sondern von einer »Person«. Damit sollte ausgedrückt werden, dass die zu behandelnde Person »ganzheitlich« betrachtet werden sollte und nicht auf den Status einer Patientin oder eines Patienten reduziert werden kann. Personenzentrierte Versorgung, so lautet es in einem

der zentralen theoretischen Beiträge, sei die »Antithese zum Reduktionismus« (Ekman et al. 2011: 249). Methodisch gehe es demnach um zwei wichtige Aspekte, zum einen um die Geschichte, welche die kranke Person zu erzählen habe, zum anderen um die geteilte Entscheidungsfindung (»shared decision-making«). Letztere rückte im Lauf der letzten Jahre immer stärker in den Mittelpunkt der Diskussion um eine personenzentrierte Behandlung. Professionelle, Betroffene sowie ihre Angehörigen, so die Idee, sollen gemeinsam zum Wohle aller entscheiden, welche Therapieverfahren anzuwenden sind. Es war jedoch bereits Rudolf Forster, der konstatierte:

»Die Kluft zwischen Anspruch und Ankündigung auf der einen Seite und den Ergebnissen und Auswirkungen auf der anderen Seite ist bei vielen Reformprojekten auffallend groß.« (Forster 1997: 249)

Und der Grund dafür war nach Forster offensichtlich:

»Die Psychiatrie ist vor allem zu einer relativ *konventionellen medizinischen Disziplin* geworden.« (Forster 1997: 249; Hervorhebung im Original)

Zwar habe sich die Psychiatrie in verschiedener Hinsicht gewandelt und viele Änderungen hervorgebracht, allerdings sei die medizinische Dominanz nicht grundlegend gebrochen worden, sondern sie habe sich dadurch verfestigt, dass die Psychiatrie sich der üblichen Medizin immer mehr angeglichen habe.

Die Integration der Psychiatrie in die allgemeine Medizin war jedoch kein Betriebsunfall der Reformen, sondern erklärte Absicht. Die Gleichstellung psychisch Kranker mit körperlich Kranken war eine Forderung der Psychiatrieenquete, die von der Bundesregierung übernommen wurde (Deutscher Bundestag 1979: 11). In der Folge wurden in Deutschland zahlreiche psychiatrische Stationen an Allgemeinkrankenhäusern etabliert. Ziel war es, die Sonderstellung und Stigmatisierung der psychiatrischen Behandlung über die Normalisierung in der Medizin zu erreichen. Der Preis war, dass die Medizin Leitwissenschaft der Psychiatrie blieb. Das bedeutete beispielsweise eine deutliche Favorisierung der Pharmakotherapie gegenüber gesprächstherapeutischen Angeboten (Prosser et al. 2016) und die Nutzung eines Diagnosemodells wie der Internationalen Klassifikation der Krankheiten (International Classification of Diseases, ICD).

Das Bemühen, weniger paternalistisch zu entscheiden und eher den Versuch zu unternehmen, zu einem gemeinsamen Vorgehen und gleichberechtig-

ten Entscheidungen zu gelangen, war nun immerhin Konsens. Im Grundsatz ähnelten sich die Konzepte im deutschsprachigen wie im englischsprachigen Raum. Gefordert wurde »die konsequente Orientierung am individuellen Hilfebedarf des psychisch kranken Menschen« (Aktion Psychisch Kranke 2002: 8). Personenzentrierung bedeutete in der Frühzeit dieses Ansatzes, die Nutzenden zu fragen, welchen Hilfebedarf sie haben und diesen im Rahmen eines koordinierten Hilfesystems unter Einbezug gemeindebezogener Dienste zu decken. Man beachte, dass hier noch die Rede von »Hilfebedarf« und nicht von »Bedürfnissen« ist, geschweige denn von »Präferenzen«. Der Hilfebedarf sollte nach vorgegebenen medizinischen und/oder sozialrechtlichen Indikatoren erfasst und anschließend in Leistungen umdefiniert werden. In Deutschland wurde zu diesem Zweck der Integrierte Behandlungs- und Rehabilitationsplan (IBRP) entwickelt und die »Bedarfsorientierung« als Gegenmodell zur früheren »Angebotsorientierung« beschrieben.

Andere Konzepte sahen eine »Personenzentrierte Integrative Diagnose« (»Person-centered Integrative Diagnosis«; PID) vor (Mezzich & Salloum 2007). Die PID erfasste: positive und negative Gesundheitsaspekte im Lebenskontext der betroffenen Person, soziale Funktionen, protektive Faktoren, Lebensqualität sowie Angaben zu Würde, Werten und Motivationen. Dies alles sollte weiter im Rahmen konventioneller Klassifikationssysteme wie der ICD geschehen.

Erst im Lauf der 2010er-Jahre wurde mit der zunehmenden Rezeption des angelsächsischen Recoveryansatzes die Perspektive der Nutzenden im deutschsprachigen Raum stärker berücksichtigt. Allerdings war und ist es bis heute nicht klar, wie sich Personenzentrierung und Recoveryansatz verbinden lassen. Einige meinen, die Personenzentrierung diene dazu, Nutzende im Sinne von Recovery dabei zu unterstützen, ein sinnvolles Leben zu führen (Martinellic & Ruggeri 2020). Andere erwarten von der Personenzentrierung zusammen mit dem Recoveryansatz und dem im ersten Kapitel schon angesprochenen Menschenrechtsansatz eine konzeptionelle Erneuerung der psychiatrischen Versorgung (Rosen et al. 2020). Dritte wiederum sehen in der Personenzentrierung einen kulturell angereicherten, beziehungs- und recoveryorientierten Ansatz (Gabrielsson et al. 2015).

Je nach Perspektive sind die Unterschiede nicht trivial. Der Recoveryansatz wurde von Betroffenen und Nutzenden entwickelt. In der Folge rückten

nichtmedizinische Aspekte in den Fokus. Wenn das Ziel nicht mehr die Beseitigung von Symptomen ist, sondern ein sinnvolles Leben zu führen, relativiert sich die Bedeutung psychiatrischer Therapieverfahren, insbesondere die der Pharmakotherapie. Auch werden aus Recoveryperspektive Unterstützungsverfahren favorisiert, die nicht als evidenzbasiert betrachtet werden, wie beispielsweise das Open-Dialogue-Verfahren. Nicht zuletzt sei darauf hingewiesen, dass der Recoveryansatz Unterstützungsmaßnahmen fordert, die nicht nur personenzentriert, sondern »durch die Nutzenden gesteuert sind« (»consumer-driven«; Schmolke et al. 2016: 108). Und an diesem Punkt entzündeten sich dann wieder die oben genannten Kontroversen um die Autonomie von Psychiatriepatientinnen und -patienten.

Die Legitimation von Zwang in der personenzentrierten Phase

Es gehört zur Ambivalenz des Konzepts der Personenzentrierung, dass sowohl Recoveryorientierung als auch paternalistisches Verhalten damit einhergehen können. Unter dem Stichwort Adhärenz wird Personenorientierung immer noch als Therapietreue gegenüber den ärztlichen (Medikamenten-)Verordnungen verstanden (Pyne et al. 2014). Sogar Zwangsmaßnahmen werden als potenziell personenzentriert diskutiert (Rudnick 2013). Dass damit die Vorstellung gemeinsamer Entscheidungen »auf Augenhöhe« verlassen wird, irritiert vor allem nichtmedizinische Fachleute. In der konventionellen Medizinethik ist es durchaus üblich, »zum Wohl der betroffenen Person« zu entscheiden. Dies ist auch insofern verständlich, als viele der ethisch zu diskutierenden Situationen in der Akutsomatik davon ausgehen, dass die betroffenen Personen ohne Bewusstsein sind und ärztlichen Notfallmaßnahmen zustimmen würden. Juristisch wird dies als »natürlicher Wille« konzipiert (Nossek et al. 2018).

Dies ist in psychiatrischen Settings insofern anders, als die betroffenen Menschen in aller Regel nicht bewusstlos sind. Historisch gesehen wurden ihre Ansichten allerdings ähnlich gewertet. Bis zum Ende des letzten Jahrhunderts wurde kaum hinterfragt, ob Zwangsmaßnahmen dem Wohle der Person dienen können, zumal es so gut wie keine empirische Forschung dazu gab. Erst ab der Mitte der 1990er-Jahre gewann die ethische und fachliche Diskussion

deutlich an Bedeutung (Lidz 1998). Nun wurde gefragt, unter welchen Bedingungen es ethisch zu legitimieren sein könne, Menschen gegen ihren Willen psychiatrisch zu behandeln. Reicht es aus, einen medizinischen Bedarf festzustellen, oder muss die Erkrankung mit einem Risiko für sich selbst einhergehen, und wie sieht es mit Risiken für andere Personen aus? Und weiter: Welche Art der Therapie darf angewendet werden? Ist etwa auch eine Elektrokrampftherapie gegen den Willen erlaubt, wie es über Jahrzehnte hinweg durchaus Usus war? All diese Dinge, die zuvor mehr oder minder unhinterfragt praktiziert wurden, wurden nunmehr ethisch und empirisch untersucht (Tannsjö 2004). In der Folge wurden in vielen Ländern ethisch-praktische Leitlinien für den Umgang mit selbst- oder fremdverletzendem Verhalten in psychiatrischen Settings entwickelt. Es gab sogar Versuche, diese im europäischen Rahmen zu harmonisieren (Kallert et al. 2007).

Dieser fachlichen und ethischen Debatte ging eine juristische Diskussion voraus. Sowohl nationale als auch internationale Gerichte befassten sich seit den 1970er-Jahren zunehmend mit der Frage, ob Zwang in psychiatrischen Einrichtungen unter gewissen Umständen legitimiert sei. Gemäß einer Umfrage in vierzig europäischen Staaten ist psychiatrischer Zwang gegenwärtig bei Vorliegen einer psychischen Erkrankung oder eines ungesunden Geists (engl. »unsound mind«) sowie eines Risikos für die eigene Gesundheit oder die Gesundheit anderer möglich (Wasserman et al. 2020). In einzelnen Ländern können allein die von ärztlichen Fachpersonen festgestellte Notwendigkeit zur Behandlung sowie eine erheblich eingeschränkte Urteilsfähigkeit Zwangsmaßnahmen rechtfertigen (Bartlett 2012). Darüber hinaus wird allgemein gefordert, dass es sich bei der Maßnahme um eine therapeutisch effektive Intervention handeln sollte, die nur als letztes Mittel (engl. »last resort«) und nur mit so wenigen Einschränkungen wie möglich (engl. »least restrictive alternative«) zur Anwendung kommt. Insgesamt wird davon ausgegangen, dass die Maßnahme im Interesse resp. zum Wohl der betroffenen Person ist.

Der Deutsche Ethikrat (2018) hat sich in einer umfangreichen Stellungnahme mit diesen Argumenten auseinandergesetzt. Die Stellungnahme umfasst nicht nur psychiatrische Zwangsmaßnahmen im engeren Sinne, sondern nimmt auch Freiheitseinschränkungen bei älteren Menschen und bei Kindern und Jugendlichen in den Blick. Der Ethikrat hält viele der in der Psychiatrie und anderen Bereichen des Gesundheitswesens angewendeten Maßnahmen

für ethisch problematisch, lehnt aber einen generellen Verzicht auf Zwang in »professionellen Sorgebeziehungen« ab, wie ein Mitglied des Ethikrates begründete:

»Eine Rechtfertigung von Zwangsmaßnahmen kommt nach Ansicht des Ethikrats nur dann in Betracht, wenn die Person zwar Wünsche und Bedürfnisse nach Handlungen oder die Verweigerung von Handlungen äußert, durch die sie sich schwer zu schädigen droht, aber nicht zu freiverantwortlichen Entscheidungen in der Lage ist. Eine generelle Ablehnung jeder Form von Zwangsmaßnahmen würde nämlich dazu führen, viele vulnerable Personen ihrem Schicksal überlassen zu müssen. Das kommt für den Deutschen Ethikrat nicht in Frage.« (Graumann 2019: 177)

Interessant an der Stellungnahme des Ethikrates ist, dass dieser sich ausschließlich mit der Frage beschäftigt hat, ob Zwang zum Schutz der Gesundheit der betroffenen Person selbst erlaubt ist. Gefahren für andere Personen sind ausdrücklich nicht betrachtet worden, wobei unklar ist, warum. Eine denkbare Begründung wäre, dass bei Fremdgefährdung nicht notwendigerweise eine medizinische Intervention notwendig ist, sondern auch polizeiliche oder justizielle Aktivitäten möglich sind. Da aber keine Begründung gegeben wurde, ist das Denkbare hier nur Spekulation.

Mit seiner Stellungnahme bewegt sich der Deutsche Ethikrat im Rahmen der international üblichen Argumentation zur Rechtfertigung von Zwang in der Psychiatrie wie eine systematische Analyse unlängst ergeben hat (Chieze et al. 2021). Die verwendeten Argumente sind stets die gleichen:

- Zwar werden Autonomie und Integrität durch Zwangsmaßnahmen bedroht, sie können jedoch auch durch eine solche Maßnahme wiederhergestellt werden. Gleiches gelte für die Menschenwürde.
- Zwang könne zum Wohl der betroffenen Person erfolgen (Benevolenz) und diene dem Vermeiden von Schaden (Non-Malefizienz).
- Zwang könne insofern fair sein, als individuelle und soziale Belange abgewogen werden.
- Zwang könne der Sicherheit anderer und auch der eigenen Person dienen und damit auch dem Wohl eines größeren Ganzen.

In der Praxis spielen diese Argumente natürlich auch eine Rolle. Wenn Zwangsmaßnahmen in der Psychiatrie ergriffen werden, werden stets die Notwendigkeit und oft auch das am Ende positive Ergebnis hervorgehoben. Darüber hinaus wird oftmals argumentiert, dass die Maßnahme gegen den Willen der Person auch therapeutische Effekte habe, etwa »Krankheitseinsicht« sowie Compliance mit der Behandlung im Allgemeinen zu fördern und damit auch den Recoveryprozess (Paradis-Gagné et al. 2021). Außerdem diene der Einsatz von Zwangsmaßnahmen der Wiederherstellung der sozialen Ordnung. Allerdings ist man sich in der Praxis durchaus bewusst, dass Zwangsmaßnahmen die therapeutische Beziehung gefährden (Gerace & Muir-Cochrane 2019; Theodoridou et al. 2012). Diese negativen Konsequenzen, die in der Versorgungspraxis auch reflektiert werden, zeugen von einer Ambivalenz im Umgang mit Zwangsmaßnahmen. Gleichwohl werden in der Praxis die Argumente der Notwendigkeit und des letztendlichen Nutzens zum Wohle der Person höher gewichtet (Morandi et al. 2021).

In der Forschungsliteratur zu dieser Thematik wird auf einen erheblichen gesellschaftlichen Wandel aufmerksam gemacht, der sich in der Versorgungspraxis niedergeschlagen hat. Sowohl in der allgemeinen psychiatrischen Versorgung wie auch und gerade in der Forensik wird in vielen Ländern der westlichen Welt Sicherheitsaspekten zunehmend mehr Bedeutung zugeschrieben. Risikoabschätzung und Risikovermeidung dominieren die therapeutischen Ziele (Doedens et al. 2020; Oosterhuis & Loughnan 2014). Insofern verwundert es nur wenig, wenn Sicherheitsaspekte bis heute eine starke Rolle in der Legitimation von Zwang in der Psychiatrie spielen.

Wenn man die zahlreichen länderspezifischen Ausprägungen im Umgang mit psychiatrischem Zwang (Wasserman et al. 2020) einmal außer Acht lässt, so ergibt sich folgender schematischer Ablauf für die Legitimation von Zwang in psychiatrischen Kontexten (Abbildung 3).

ABBILDUNG 3 Ethische Begründung von Zwangsmaßnahmen



Wenn eine psychische Störung vorliegt und eine eingeschränkte Urteilsfähigkeit vermutet wird sowie ein Schaden für die betroffene Person oder andere bereits eingetreten ist oder doch erwartet wird, dann kann als letztes Mittel eine Zwangsmaßnahme eingesetzt werden – vorausgesetzt, die Zwangsmaßnahme schränkt die Freiheitsrechte der Person nicht mehr ein als zu diesem Zwecke nötig ist. Am Ende liegt die Zwangsmaßnahme – so die Annahme – im Interesse der betroffenen Person, welche diese im gesunden Zustand auch gutheißen würde. Mit der Zwangsmaßnahme soll – so wird weiterhin angenommen – die Autonomie der betroffenen Person wiederhergestellt werden, die durch die psychische Störung erheblich beeinträchtigt ist. Dies alles setzt voraus, dass die mit Zwang verbundene Therapie wirksam ist und die erwünschten Ergebnisse hervorbringt.

Schlussfolgerung: Die Legitimation von Zwang in der Psychiatrie – das klinisch-ethisch-juristische Patt

Die Legitimation von Zwang in der Psychiatrie hat sich in den letzten Jahrhunderten erheblich gewandelt. Stand vormals das Wegschließen vermeintlich gefährlicher Menschen im Vordergrund, haben therapeutische Interventionen in Form von Medikamenten aber auch von Gesprächen im Lauf des 20. Jahrhunderts deutlich an Bedeutung gewonnen. Es wurde zunehmend auf die individuellen Merkmale und Hintergründe eingegangen, allerdings nur bedingt auf die Bedürfnisse und Wünsche der betroffenen Personen; Maßnahmen gegen ihren Willen wurden anders begründet, aber sie wurden nicht ausgeschlossen.

Möglicherweise hat die Medikalisierung und Psychologisierung genau dies bewirkt. Indem die einzelne Person in den Fokus rückte, wurden auch die Risiken sichtbarer, welche von der Person ausgehen könnten. Ähnliches gilt auch für die ethische Diskussion generell, diese hat sich in eine Sackgasse manövriert. Man kann mit den gleichen ethischen Argumenten – Menschenwürde und Wohl der Person – sowohl für die Abschaffung von Zwang als auch für die Beibehaltung plädieren. Selbst klinische Argumente können sowohl für die Beibehaltung wie für die Abschaffung von Zwang beigebracht werden. Wäh-

rend die eine Seite legitimerweise behaupten kann, dass psychische Probleme die Urteilsfähigkeit beeinträchtigen können, kann die andere Seite ebenso legitimerweise darauf hinweisen, dass der paternalistische Umgang, der mit Zwang einhergeht, nicht zur Stärkung von Recovery führt. Auf einer politisch-institutionellen Ebene wurde diese Sackgasse bereits als das Genfer Patt beschrieben (Martin & Gurbai 2019). Damit ist gemeint, dass innerhalb der Vereinten Nationen und der Weltgesundheitsorganisation WHO sowohl Konventionen zu finden sind, die Zwang legitimieren, als auch solche, die Maßnahmen gegen den Willen einer Person abzuschaffen versuchen. Das heißt, selbst auf der Ebene der Menschenrechte sind beide Seiten mit guten Argumenten ausgestattet. Insofern helfen ethische, juristische, menschenrechtliche, aber auch klinische Argumente am Ende nicht wirklich weiter.

Es bleibt zu schauen, welche Studien und Daten vorliegen, um beispielsweise die Frage zu beantworten, ob der Zwang tatsächlich zum Wohle der betroffenen Person ist, ob also letztlich mit Zwang verbundene Therapie wirksam sind. Diese empirischen Fragen sollen im nachfolgenden Kapitel beantwortet werden.