

## Öffentliche Anhörung des Deutschen Ethikrates zu Zwangsmaßnahmen in der Psychiatrie

Stellungnahme von Petra Rossmanith

Mein Erfahrungshintergrund, aus dem heraus ich Ihre Fragen beantworte, bezieht sich überwiegend auf meine Tätigkeit in der Beschwerde- und Informationsstelle Psychiatrie (BIP) seit 2010. Die BIP ist eine berlin-weite, unabhängige Anlaufstelle bei Beschwerden zur psychiatrischen Versorgung und richtet sich an Psychiatrie-Betroffene und -Erfahrene, Angehörige und Professionelle. Davor habe ich viele Jahre Menschen in akuten Krisensituationen im Rahmen der Wohnungslosenhilfe begleitet, von denen viele eine Unterstützung durch das psychiatrische Versorgungssystem ablehnten. Neben meinen beruflichen Erfahrungen ist es vor allem der kritische Austausch über die Anwendung von Zwangsmaßnahmen mit Psychiatrie-Erfahrenen, Angehörigen und beruflich in der psychiatrischen Versorgung tätigen Menschen sowie meine Erfahrungen als Angehörige, die hier mit einfließen.

*1. Halten Sie den Begriff und die Arbeitsdefinition 'wohltätiger Zwang' für geeignet zur Bezeichnung des Problemfeldes? Wenn nicht, welche Alternative schlagen Sie vor?*

Den Begriff „Wohltätiger Zwang“ finde ich aufgrund verschiedener Aspekte sehr schwierig:

Für Menschen, die von Zwangsmaßnahmen betroffen sind oder diese fürchten, beinhaltet der Begriff einen gewissen Zynismus. Es ist ja gerade das Merkmal von Zwang, dass die betroffenen Personen aus ihrer Perspektive heraus genau diese wohltätige Absicht nicht sehen oder akzeptieren können. Zwang steht dafür, zu etwas gezwungen zu werden, was andere für einen gut oder richtig finden.

Die Anwendung von Zwangsmaßnahmen zu differenzieren in „wohltätigen Zwang“ impliziert indirekt, dass es auch einen „nicht wohltätigen Zwang“ gäbe. Diesem würde dann ja aber ohne die wohltätige Absicht die rechtliche Grundlage fehlen und er wäre einfach Gewalt. So wiederum erleben viele Betroffene die Anwendung von Zwang - als Gewalt - auch oder gerade dann, wenn er aufgrund von Eigengefährdung angewandt wurde. Die Abgrenzung von Zwang zu Gewalt liegt in der wohltätigen Absicht. Diese Absicht ist die rechtliche Grundlage für die Anwendung von - einer der Situation angemessenen - Gewalt in Form von Zwangsmaßnahmen. Auch Zwang zum Schutz oder zur Wahrung der Interessen Dritter oder der Allgemeinheit zeichnet sich dadurch aus, dass er eine wohltätige Absicht verfolgt.

Die kategoriale Differenzierung in die Abwehr von Selbstgefährdung und den Schutz oder die Wahrung der Interessen Dritter oder der Allgemeinheit gestaltet sich schwierig, da aus meiner Erfahrung heraus der Übergang zwischen Selbst- und Fremdgefährdung insbesondere in zugespitzten Situationen fließend und nahezu unberechenbar ist. So können Menschen mit Suizidabsichten durch ihr Vorhaben auch unbeabsichtigt andere gefährden. Auch Verwahrlosung oder unhygienisches Verhalten können ein sowohl selbstgefährdendes sowie fremdgefährdendes Ausmaß annehmen. Andersherum können Menschen aufgrund

ihres aggressiven bzw. unberechenbaren Verhaltens sich massiv selbst gefährden, indem sie durch ihr Verhalten zu Opfern von Gewalt werden.

Aus meiner Sicht ist eine weitere sprachliche Differenzierung von Zwang nicht hilfreich. Die zentrale Aufgabe liegt darin, die Situationen in denen Zwang angewendet wurde, genau zu betrachten im Hinblick auf die Voraussetzungen, die Art der Gewaltanwendung aber auch insbesondere die Bedingungen bei deren Umsetzung. Damit sind beispielsweise gemeint:

- Bemühen um Alternativen zur Anwendung von Zwang
- Maß an Gewaltanwendung
- Dauer von Maßnahmen und deren regelmäßige Überprüfung
- Angebot einer Nachbesprechung
- Sicherstellung der Aufklärung über Rechte und Beschwerdemöglichkeiten
- Achtung der Würde während der Anwendung von Zwang (Im Bett fixiert auf dem Flur oder unzureichend bekleidet, überwältigt in der Anwesenheit von Mitpatienten)
- Möglichkeit der Kontaktaufnahme (Sitzwachen, Videoüberwachung, durch eine Scheibe beobachtet werden, offene Türen)
- Sicherstellung der Dokumentation und der statistischen Erfassung

Diese Fragen zur Durchführung von Zwang sind aus meiner Sicht im Hinblick auf die Frage der ethischen Betrachtung von Zwangsmaßnahmen und deren Abgrenzung zu Gewalt entscheidend. Leider wurden sie im Fragenkatalog nicht explizit thematisiert.

*2. Welche statistischen Zahlen gibt es zum Vorkommen von Zwangsmaßnahmen in der psychiatrischen Versorgung in Deutschland? Wie stellt sich das im internationalen Vergleich dar? Welche Formen von Zwang werden dabei erhoben?*

Die Zahlen zum Vorkommen von Zwangsmaßnahmen in Deutschland zeichnen sich durch eine extrem hohe Spannweite aus, sowohl im Bundesvergleich als auch innerhalb der einzelnen Bundesländer. Die Einflussfaktoren reichen vom Einzugsbereich der Kliniken, soziodemographischen Aspekten, baulichen und strukturellen Rahmenbedingungen, Personalausstattung bis zur Haltung der Klinikleitung und dem Umgang mit Medikamenten. Eine genaue Differenzierung und Gewichtung der Einflussfaktoren ist aufgrund der unzureichenden Datenlage und der unterschiedlichen Erfassung kaum möglich.

Prof. Dr. Michael Regus hat sich in Nordrhein-Westfalen und Prof. Dr. Tilman Steinert in Baden-Württemberg um eine Verbesserung der Datenlage bemüht. Im Rahmen des BMG laufen aktuell zwei Forschungsprojekte mit dem Ziel, neue Erkenntnisse über die Anwendung von Zwangsmaßnahmen im psychiatrischen Hilfesystem in Deutschland und über Möglichkeiten zu ihrer Vermeidung zu gewinnen.

*3. Sind die vorliegenden Daten aus Ihrer Sicht belastbar? Gibt es ein Dunkelfeld, das nicht erfasst wird? Und wie würden Sie das aus Ihrer Erfahrung beschreiben?*

Da den meisten Zahlen kein Manual zur Erfassung zugrunde liegt, in dem die unterschiedlichen Zwangsmaßnahmen und die Kriterien für die Erfassung exakt definiert sind, besteht keine Grundlage für eine einheitliche Erfassung. Daher sind die Zahlen aus meiner Sicht nicht valide. Durch eine unterschiedliche Definition von Fixierung, Isolation oder der vorläufigen Unterbringung ist davon auszugehen, dass es eine Dunkelziffer von nicht oder ungenau erfassten Maßnahmen gibt.

Ein weiterer Faktor ist, dass viele der statistischen Angaben nicht direkt aus der patientenbezogenen Basisdokumentation gewonnen, sondern extra erhoben werden. Dadurch kann es ebenfalls zu Fehlern und Versäumnissen kommen. Aber auch bezogen auf die patientenbezogene Dokumentation, sind an uns im Zusammenhang der Beschwerdebearbeitung häufiger Versäumnisse in der Dokumentation herangetragen worden.

Eine weiterer Faktor ergibt sich aus dem fließenden Übergang zwischen dem Bemühen um eine Einwilligung und dem Erzwingen einer Einwilligung unter Androhung von Zwangsmaßnahmen bzw. Gewaltanwendungen (wenn Du jetzt nicht- dann drücken wir den Notfallknopf - dann spritzen wir dich nieder - dann holen wir den Richter...). Da dieser grundlegende Unterschied aber statistisch kaum differenziert werden kann und der Umgang mit Freiwilligkeitserklärungen sehr unterschiedlich ist bzw. diese statistisch kaum erfasst werden, ist hier ebenfalls von einer Dunkelziffer auszugehen.

Damit die Zahlen belastbar sind müssen mehr als die bisher erfassten Angaben erhoben werden: „Gleichzeitig muss aber betont werden, dass eine vernünftige Beurteilung nur möglich ist, wenn man das Gesamtsystem im Auge hat. Nie darf nur eine Art von Zwang im Fokus stehen. Jede Art von Zwangsmaßnahmen in psychiatrischen Einrichtungen lässt sich vollständig eliminieren, allerdings nach allen bisherigen Erkenntnissen nur um den Preis, dass andere Formen entsprechend ansteigen.“ (Steinert, Tilman (2016) Epidemiologie von Zwangsmaßnahmen in Martin Zinkler, Klaus Laupichler, Margret Osterfeld (Hg.) Prävention von Zwangsmaßnahmen, Köln Psychiatrie Verlag S. 99)

*4. Welche Erscheinungsformen des Zwangs sind in Ihrem Umfeld am häufigsten zu beobachten? Welche konkreten Probleme ergeben sich daraus?*

Am häufigsten wird uns von Unterbringungen nach PsychKG und BGB, Isolierungen, Fixierungen und Zwangsmedikationen berichtet. Je nach Versorgungssituation der Klinik unterscheiden sich die Anwendung und insbesondere die Durchführung von Zwangsmaßnahmen aber erheblich. Manche Kliniken versuchen immer erst zu isolieren, um Fixierungen zu vermeiden. Andere haben gar keine baulichen Voraussetzungen, um zu isolieren. Ähnliche Differenzen ergeben sich bezogen auf den Ablauf und die Dauer von

Fixierungen, beim Zugang zu gesicherten Freiflächen oder Regelungen zum Rauchen bzw. zum Nichtraucherschutz.

Fixierungen, Isolierungen und Freiheitsentzug werden oft von den Betroffenen (aber durchaus auch teilweise von den Mitarbeitenden) als unverhältnismäßig bzw. vorsorglich kritisiert und als Bestrafung, Erziehungsmaßnahme bzw. Machtgebaren wahrgenommen. Oft wird das Maß der Gewaltanwendung im Zusammenhang mit Zwangsmaßnahmen als völlig überzogen und situationsunangemessen beschrieben. Insbesondere auch bezogen auf die Folgen (blaue Flecken, gebrochene Arme,...)

*5. Welche Alternativen gibt es in Ihrem Arbeitsfeld zu Formen des 'wohltätigen Zwangs'? Gibt es gute Modelle/evaluierte Projekte zur Vermeidung von „wohltätigem Zwang“ in der Psychiatrie? Können Sie aktuelle (möglicherweise noch unveröffentlichte) Erkenntnisse nennen?*

Eine gute, umfassende und flexible Krisenbegleitung, Vorausverfügungen, Behandlungsvereinbarungen, eine gute Kooperation mit dem sozialen Umfeld und der ambulanten Versorgung können aus meiner Sicht Faktoren für eine Vermeidung von Zwangsmaßnahmen sein.

Ich möchte hier ein Beispiel erläutern, das Beides aufzeigt: Alternativen und deren Grenzen. Wir hatten in der Kriseneinrichtung über mehrere Tage einen Mann ca. dreißig begleitet. Er war erneut in eine Krise gerutscht. Die bisherigen Krisen hatten ihn immer ins Krankenhaus gebracht und er wurde jedes Mal fixiert. Auslöser der ersten Krise war ein drogeninduziertes Erleuchtungserlebnis. Er war der Überzeugung, dass er die Chance erhalten muss, dieses Erlebnis zu integrieren. Medizinische Versorgung lehnte er ab und war sich sicher, dass wenn er erneut untergebracht und fixiert wird, er dies nicht überlebt. Da er von großer Unruhe und Angst besetzt war und vom Körperbau her sehr groß und massiv war, wirkte er für sein Umfeld sehr ungesteuert und bedrohlich. Wir schafften es, ihn so lange in engem Kontakt (rund um die Uhr) zu begleiten und bei ihm zu sein, bis sich sein Zustand deutlich stabilisierte. Da es ihm besser ging, wollte er seine Eltern besuchen. Sie deuteten sein (abklingendes) Verhalten anhand ihrer Erfahrungen aus den vorherigen Krisen und machten sich Sorgen, dass er nicht in ärztlicher Behandlung war. Sie riefen den Krankenwagen, was ihn massiv werden ließ. Es kam erneut zur Einweisung und Fixierung, die tödlich endete.

*6. Welche unaufgebbaren Formen der Fürsorge sind regelmäßig mit Zwangsmaßnahmen verbunden?*

Nach meiner Auffassung wären, bei einem noch größeren Bemühen des psychiatrischen Versorgungssystems um Alternativen, viele der jetzigen Zwangsmaßnahmen vermeidbar. Ob dann – nach diesem verstärkten Bemühen Zwang zu vermeiden – unaufgebbare Formen der Fürsorge übrig bleiben, bei denen es absolut nicht gelingt, Alternativen zu finden, möchte ich bezweifeln aber kann ich aus heutiger Sicht nicht sicher beantworten.

Dass es Einzelfälle gibt, in denen in der spezifischen Situation keine andere Lösung gefunden wird, glaube ich, lässt sich nicht zu 100% vermeiden. Diese sind dann gut und umfänglich im Nachhinein zu reflektieren. Aber wenn Formen der Fürsorge definiert werden, die regelmäßig mit Zwangsmaßnahmen verbunden sind, geht aus meiner Sicht der Fokus auf das Bemühen im Einzelfall alles zu versuchen, um Zwang zu vermeiden, verloren.

*7. Unter welchen Bedingungen halten Sie eine Versorgung weitgehend oder sogar gänzlich ohne „wohltätigen Zwang“ für denkbar?*

Gute Personalausstattung, interdisziplinäre Zusammenarbeit in Teams unter Beteiligung von Psychiatrie-Erfahrenen, patientenorientierte Deeskalation, flexible und individuelle Hilfestellungen, Supervision insbesondere detaillierte Nachbesprechungen von eskalierten Situationen,...

Zentral ist aus meiner Sicht der Umgang mit der Angst, insbesondere der Angst der Helfenden. Angst davor, selbst körperlich oder psychisch Schaden zu nehmen, Angst vor Versäumnissen oder davor, haften zu müssen, Angst zu versagen, Angst, nicht helfen zu können, sowie die Angst davor, andere nicht ausreichend schützen zu können. Entscheidend ist es, als Helfende diese eigenen Ängste wahrnehmen zu können und einen bewussten Umgang damit zu finden. Das ist die Voraussetzung dafür, einen guten Umgang mit den meist massiven Ängsten der Menschen, die sich selbst oder andere gefährden, zu finden und sie von den eigenen Ängsten unterscheiden zu können.

*8. Bei welchen Arten von psychischen Erkrankungen / Störungen wird regelmäßig Zwang angewandt? Bei welchen Krankheitsbildern ist Ihrer Erfahrung nach die Schwelle für die Anwendung herabgesetzt? Sind das in der Tat - wie angenommen - insbesondere psychotische Symptomatiken oder auch andere?*

Nach meinem Eindruck ist die Schwelle für Zwangsmaßnahmen bei den Diagnosen Schizophrenie (insbesondere Stimmenhören und Wahnvorstellungen) und Persönlichkeitsstörungen (insbesondere Borderline) herabgesetzt.

*9. Gibt es institutionelle oder private Versorgungssituationen bzw. soziokulturelle Kontexte (z.B. dominante Bilder, Vorstellungen, Wahrnehmungsmuster psychisch erkrankter Menschen oder Menschen mit Behinderung), die das Risiko des Wohltätigen Zwangs erhöhen bzw. vermindern?*

Institutionelle Faktoren, die das Risiko von Zwang verstärkend beeinflussen, sind aus meiner Sicht: Personalmangel, hohe Arbeitsbelastung (das Gefühl, zu viel tragen zu müssen), unsichere Arbeitsbedingungen, hohe Personalfluktuation, unklare Zuständigkeiten, mangelhafte Weitergabe von Informationen und unzureichende Absprachen (Teamzeiten, Supervision, Nachbesprechung von Vorfällen), mangelhafte Qualifizierung, mangelhafte soziokulturelle Vielfalt beim Personal, schlechter Zustand der Räume, räumliche Enge (Überbelegung), zu hoher materieller Druck.

Nach meinem Eindruck gibt es soziokulturelle Faktoren, bei denen das Risiko von Zwangsmaßnahmen steigt: Wohnungslosigkeit; alleinstehende ältere Menschen; Verwahrlosung; ein überfürsorgliches, kontrollierendes als störend erlebtes soziales Umfeld; Drogenkonsum; Mehrfachbehinderungen; Menschen mit Entscheidungsschwierigkeiten und/oder großem Misstrauen; Menschen mit einem hohen Eigensinn; sehr zierlicher oder sehr massiver Körperbau; Migrationshintergrund.

Soziokulturelle Faktoren, die nach meinem Erleben das Risiko auf Zwang vermindern, sind: lautes, anstrengendes und forderndes Auftreten; gute Einbindung ins soziale Umfeld; freundliches und gepflegtes Auftreten; Bereitschaft, Rechtsmittel einzulegen und Beschwerdewege zu verfolgen.

*10. Wirken sich kultur-, alters- und geschlechtsspezifische Differenzen auf Seiten der Helfer bzw. der Betroffenen auf Häufigkeit und Art von Zwangsmaßnahmen aus?*

Da es in der Krisenbegleitung eine gute Balance zwischen Verständnis und Distanzierungsfähigkeit braucht, ist die soziokulturelle Durchmischung der Helfenden ein Faktor, der sich auf die Häufigkeit von Zwangsmaßnahmen auswirkt. Also zu anders/fremd oder zu nah/gleich sowie Alternativlosigkeit (aber auch zu häufige Fluktuation) bergen Gefahren der Eskalation. Zentral ist aus meiner Sicht, dass die Strukturen es den Helfenden ermöglichen, soziokulturelle Bedürfnisse der Betroffenen bezogen auf die Kontaktpersonen zu berücksichtigen, zumindest zeitweise.

*11. Erleben Sie unterschiedliche Bewertungen der Zwangsmaßnahmen durch Patienten und Patientenangehörige hinsichtlich ihrer kulturellen Wertvorstellungen (Bsp.: Patienten und Patientenangehörige mit Migrationshintergrund)?*

Die Frage ist schwer zu beantworten. Menschen in zugespitzten Krisensituationen sind erschüttert und vulnerabel gerade in Bezug auf ihre Wertvorstellungen. Sicherlich spielen darin auch kulturelle Aspekte eine zentrale Rolle und diese sind unbedingt zu berücksichtigen.

Aber unabhängig von welchen soziokulturellen Aspekten scheint es mir wenig hilfreich zu versuchen, vom soziokulturellen Hintergrund eine scheinbar einheitliche unterschiedliche Bewertung von Zwangsmaßnahmen abzuleiten.

So hat sich in Großbritannien anders als in Deutschland als Zwangsmaßnahme die Praktik des Festhaltens etabliert. Hier würde sich nun die Frage stellen, ob dieser Unterschied auf die kulturellen Wertvorstellungen der Briten und der Deutschen zurückzuführen ist, oder nicht doch eher von versorgungsstrukturellen Faktoren beeinflusst ist.

*12. Welche spezifischen Kompetenzen, Kenntnisse, Einstellungen und professionellen Selbstverständnisse haben einen protektiven Einfluss auf potenziell vermeidbaren Zwang?*

Einfühlende distanzierte Gesprächsführung, Realitätsbezug herstellen ohne Krankheitseinsicht vorauszusetzen, Handlungsdialog, gute Selbstreflexion, Kreativität, eigene Handlungssicherheit und Rollenklarheit

*13. Welche Auswirkungen haben Formen des wohltätigen Zwangs kurz- mittel- und langfristig auf die Beziehung zwischen den Akteuren (z.B. auf das Vertrauensverhältnis)? Gibt es hierzu empirische Untersuchungen?*

Ich habe eine Situation in Erinnerung, in der aus Sicht der Betroffenen kritisiert wurde, dass zu spät Zwang angewandt wurde.

Manchmal habe ich erlebt, dass Betroffene die Zwangsmaßnahmen im Nachhinein als notwendig und hilfreich eingeschätzt haben. Hier wurde die Beziehung zwischen den Akteuren nicht geschädigt und zum Teil sogar eher noch verbessert, durch die Vergewisserung, dass sich im Notfall wirklich jemand kümmert. Dies war aber oft erst im Rahmen einer ausführlichen gemeinsamen Reflexion der Situation, die zur Anwendung von Zwang führte, im Rahmen einer Nachbesprechung möglich.

Die allermeisten, mit denen ich gesprochen habe, beschreiben die Zwangsmaßnahmen als unverhältnismäßig, traumatisierend, erniedrigend und schockierend. Die Beziehung zu den Akteuren und meist zum Versorgungssystem als solches, ist geprägt von Misstrauen, Hass, Leugnen bzw. Vertuschen und manchmal von Verzweiflung oder Unterwürfigkeit.

*14. Teilen Sie die Annahme, dass das Erleben von Zwang für die Betroffenen und die Beteiligten immer negativ erfahren wird und daher zu minimieren ist?*

Ja– Zwang sollte immer versucht werden zu minimieren und Nein –Zwang wird nicht immer negativ erfahren. Aus meiner Sicht enthält die Frage eine zu kurz gegriffene Schlussfolgerung. Zwang sollte immer versucht werden zu minimieren, auch wenn er nicht negativ erfahren wird. Mir wird in dem Zusammenhang immer wieder von einzelnen Patienten berichtet, die darum bitten, fixiert zu werden. Die Helfenden reagieren dann unsicher, wie damit umzugehen ist und ob es dann auch als Zwang zu bewerten ist, obwohl es quasi freiwillig geschieht. Aus meiner Sicht sollte es immer zum Bemühen einer guten Versorgung gehören mit aller Anstrengung Zwangsmaßnahmen zu vermeiden, auch wenn diesen zugestimmt wurde.

*15. Gibt es Untersuchungen zu den psychischen Auswirkungen des Erlebens von Zwang auf Seiten der Betroffenen, der Angehörigen und der Professionellen?*

Im Rahmen der Auswertung von 14 Leitfadeninterviews wurde die subjektive Sicht von psychiatrischen Patienten zu mechanischer Fixierung untersucht und auf die Notwendigkeit eines bewussten Umgangs mit dieser Thematik hingewiesen. Dabei wurde Fixierung überwiegend als belastend bzw. traumatisierend erlebt. Patienten beklagten einen Mangel an Information, Betreuung und Ansprache im Zusammenhang mit Fixierung. Die Erfahrungen von Betroffenen mit Zwangsmaßnahmen sollte in der klinischen Praxis verstärkt

berücksichtigt werden. (Frajo-Apor B et al. „Etwas Erniedrigenderes kann dir eigentlich in der Psychiatrie nicht passieren“ ... Psychiat Prax 2011; 38: 293–299)

*16. Welche Auswirkung hat die Anwendung von Zwang auf die künftige Versorgung der Betroffenen?*

Zum einen kann das Erleben von Zwang dazu führen, dass Betroffene versuchen, sich dem Zugriff des Versorgungssystems zu entziehen. Es kann auch dazu führen, dass Situationen schneller eskalieren. Teilweise erlebe ich, dass die mahnende Erinnerung an die Zwangsmaßnahmen vom ambulanten Versorgungssystem eingesetzt wird, um eine Einwilligung in Vorgaben (z.B. Medikamenteneinnahme) zu erwirken. Aber auch bei Betroffenen gibt es eine Unsicherheit gegenüber einer Reduktion der Medikamente aus Angst vor erneuten Zwangsmaßnahmen.

Bezogen auf das Versorgungssystem kann es dazu führen, dass die Hemmschwelle in vergleichbaren Situationen oder bei den betroffenen Personen erneut Zwang anzuwenden, sinkt.

*17. Welche anderen mittelbaren und unmittelbaren Folgen Wohltätigen Zwangs lassen sich feststellen (in den verschiedenen Lebensaltern)?*

*18. In welchen Situationen treten für individuelle Akteure und Institutionen normative Konflikte in Bezug auf wohltätigen Zwang auf?*

Ein normativer Konflikt kann dann auftreten, wenn das Verhalten einer Person aus Sicht der Verantwortlichen noch mitgetragen werden kann, aber andere Beteiligte (Mitpatienten, Nachbarn, Angehörige) es nicht weiter mittragen können oder sich nicht ausreichend abgrenzen bzw. schützen können und eine Distanzierung der Beteiligten nicht möglich ist ohne Zwangsmaßnahmen umzusetzen.

Normative Fragstellungen werden auch berührt, wenn es eigentlich eine gute Lösung zur Deeskalation gäbe (Einzelzimmer, 1:1 Betreuung, kontinuierliche Bezugsperson), diese aber aus versorgungsstrukturellen Gründen nicht umgesetzt oder aufrechterhalten werden kann und es dadurch zur Anwendung von Zwangsmaßnahmen kommt.

*19. In welchen Situationen lässt sich eine Zwangsbehandlung nach Ihrem Urteil legitimieren?*

In situationsabhängigen Einzelfallentscheidungen, bezogen auf Maßnahmen um einer Person, die sich selbst nicht (mehr) steuern kann und kein von ihr erklärter Wille bekannt ist, das Leben zu retten. Beispiele können sein, akut lebensbedrohliche Situationen aufgrund von Mangelernährung, Intoxikation, Delir, Katatonien, Demenz, Chorea Huntington, Wahnvorstellungen und selbstverletzendem Verhalten.

*20. Welche inhaltlichen Maßstäbe sind hierfür heranzuziehen (Bspw. Grund- und Menschenrechte, Verteilungsgerechtigkeit)?*



*21. Welche Relevanz kommt dabei bestimmten Entscheidungsverfahren bzw. institutionellen Leitbildvorgaben bzw. Leitlinien und berufsethischen Standards zu?*

Eine sehr hohe Relevanz. Die Anwendung von Zwangsmaßnahmen sollten immer situationsabhängige Einzelfallentscheidungen sein, nie standardisierte Abläufe oder Vorgaben. Indem werden die Entscheidungen maßgeblich davon beeinflusst, wie die beteiligten Akteure die Situation einschätzen und wie sie miteinander interagieren. Dabei kann es immer auch zu Interessenskonflikten, Fehlinterpretationen und somit auch zu Fehlentscheidungen kommen. Um diese Gefahr zu minimieren, braucht es gesetzlich vorgeschriebene Vorgaben für die Entscheidungsverfahren aber auch Leitlinien und Standards, sowie Überprüfungsinstrumente in Form von Besuchskommissionen und Fachaufsichten.