

Eine umstrittene Anwendung

Zwangsmassnahmen in der Psychiatrie: klinische Perspektive

Georges Klein^a, Damian König^b

Spital Wallis

^a Abteilung für klinische Psychiatrie und Psychotherapie des Erwachsenenalters; ^b Leiter Rechtsdienst und Ethik

- 1 Paul Hoff, Zwangsmassnahmen in der Medizin, SÄZ 2015, 96(22), pp. 773ss.
- 2 Zwangsmassnahmen, die aufgrund strafgesetzlicher Bestimmungen oder des Epidemien-gesetzes ausgeübt werden und der Sicherheit und dem Schutz der Bevölkerung dienen, betreffen die klinische Praxis des psychiatrischen Spitals üblicherweise nicht und werden in diesem Artikel nicht behandelt.
- 3 Art. 10 und 31 der Bundesverfassung vom 18. April 1999.
- 4 Art. 5 der Europäischen Konvention zum Schutz der Menschenrechte und Grundfreiheiten vom 4. November 1950.
- 5 Art. 5 bis 9 des Übereinkommens von 1997 zum Schutz der Menschenrechte und der Menschenwürde im Hinblick auf die Anwendung von Biologie und Medizin. In der Schweiz seit November 2008 in Kraft.
- 6 In Art. 26 des Gesundheitsgesetzes des Kantons Wallis vom 14. Februar 2008 wird unmissverständlich festgehalten: «Grundsätzlich ist jede Zwangsmassnahme gegenüber den Patienten verboten», RS/VS 800.1.
- 7 Art. 36 der Bundesverfassung vom 18. April 1999.

Die Anwendung von Zwangsmassnahmen ist zwar nicht spezifisch für die Psychiatrie, gleichwohl ist deren Einsatz in diesem Fachgebiet von jeher umstritten. Die Verordnung von Zwangsmassnahmen ist stets heikel und steht in engem Zusammenhang mit der Einschätzung des Arztes, ob der Patient in der Lage ist, in eine bestimmte Behandlung einzuwilligen oder nicht. Das Bild, das sich der Arzt von der psychischen Erkrankung und dem Patienten macht, wirkt sich auf seine Entscheidungen aus. Im internationalen Vergleich zeigt sich, dass grosse Unterschiede bestehen und dass neben den Gesetzen, Richtlinien und ethischen Empfehlungen hauptsächlich die Gepflogenheiten der Institutionen die Anwendung beeinflussen.

Einleitung

Das Thema Zwang haftet an der Psychiatrie und gibt immer wieder Anlass zu widersprüchlichen und zwiespältigen Vorstellungen von diesem Fachgebiet. Allerdings ist die Verordnung von Zwangsmassnahmen keineswegs ein normaler Bestandteil psychiatrischen Handelns und nicht Psychiatrie-spezifisch, wie auch in den medizinisch-ethischen Richtlinien der *Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften* (SAMW)¹ festgehalten wird. Zwangsmassnahmen sind vom klinischen Standpunkt aus Massnahmen, die gegen den Willen des Patienten durchgeführt werden.² Dazu zählen etwa die fürsorgerische Unterbringung, Fixierung, Isolation, das Einschliessen oder die Zwangsmedikation. Weitere Formen sind insbesondere die psychologische Druckausübung, Einschränkungen der Privatsphäre oder der Kommunikationsfreiheit.

Voraussetzungen für die Einschränkung der Grundrechte

Unabhängig davon, ob es sich um die Einschränkung der Bewegungsfreiheit, eine Zwangsmedikation oder andere, die persönliche Freiheit einschränkende Massnahmen handelt, sind die verschiedenen Arten von Zwangsmassnahmen in jedem Fall ein schwerer Eingriff in die von der *Bundesverfassung*,³ der *Europäischen Menschenrechtskonvention*⁴ und vom Übereinkommen



über Menschenrechte und Biomedizin⁵ gewährleisteten Grundrechte. Aus diesem Grund sind Zwangsmassnahmen, von Ausnahmen abgesehen, durch unsere Rechtsordnung untersagt.⁶ In der *Bundesverfassung*⁷ sind die Voraussetzungen für die Einschränkung eines Grundrechts verankert, sei es im Vorliegen einer gesetzlichen Grundlage und eines



Georges Klein

- 8 Durch das Bundes-Erwachsenenschutzgesetz sollten die Kantons-gesetze harmonisiert werden, gleichwohl bleiben zurzeit zahlreiche kantonale Bestimmungen in Kraft.
- 9 Das neue Erwachsenenschutzgesetz sieht nicht für jeden Patienten dasselbe Schutzniveau vor. Auch in Fragen der Vertretung bei medizinischen Massnahmen, die Patienten in FU verweigert wird, ist es nicht konsequent. Olivier Guilloid erklärt in seinem Kapitel «Petite histoire d'une mesure ambiguë» einige Widersprüche der gesetzlichen Bestimmungen. In: Commentaire du droit de la famille, Protection de l'adulte, Leuba A., Stettler M., Büchler A., Häfeli C., Stämpfli Verlag, Bern 2013, S. 668ff.
- 10 Diese sieben Bedingungen sind nicht immer vollständig in den kantonalen gesetzlichen Bestimmungen angeführt, kommen dort jedoch häufig vor; in den medizinisch-ethischen Richtlinien der SAMW werden sie allesamt übernommen.
- 11 Etwa das Schweizerische Zivilgesetzbuch oder ein kantonales Gesundheitsgesetz.
- 12 Auch wenn eine FU im Sinne von Art. 426 des Zivilgesetzbuches eine Urteilsunfähigkeit theoretisch nicht voraussetzt, ist es unserer Ansicht nach nicht rechtmässig, aufgrund einer psychischen Störung die FU einer urteilsfähigen Person zu verordnen, wenn diese sich dem widersetzt: Ziel der FU einer Person mit psychischen Störungen ist die Behandlung (Art. 433 des Zivilgesetzbuches), und diese kann nicht ohne die Einwilligung des Patienten verordnet werden, ausser im Falle einer Urteilsunfähigkeit (Art. 434 des Zivilgesetzbuches). Andere Zwangsmassnahmen, die nicht die FU betreffen und auf der Grundlage eines Kantons-gesetzes ausgeübt werden, können unserer Ansicht nach lediglich bei urteilsunfähigen Patienten angewandt werden.

wesentlichen öffentlichen Interesses oder die Achtung des Grundsatzes der Verhältnismässigkeit und im Verbot, den Kerngehalt der Grundrechte anzutasten.

In der Schweiz ist sowohl in Bundes- als auch in Kantons-gesetzen die Möglichkeit derartiger Einschränkungen vorgesehen. Ungeachtet der Unterschiede, die diesbezüglich in den kantonalen Gesundheits-gesetzen bestehen,⁸ und der bisweilen widersprüchlichen bundesgesetzlichen Bestimmungen auf dem Gebiet des Erwachsenenschutzrechts⁹ können sechs kumulative Voraussetzungen aufgezählt werden, die eine Zwangsmassnahme ausnahmsweise rechtfertigen. Sind diese Bedingungen erfüllt, müssen für die korrekte Durchführung der Massnahme darüber hinaus noch sieben weitere Verfahrensanforderungen beachtet werden¹⁰ (Tab. 1).

Zwangsmassnahmen sind in der Psychiatrie nicht nur umstritten, weil sie im Prinzip untersagt sind, sondern vor allem weil die Ärzte sie nur widerwillig anwenden, da das Risiko, das Vertrauen des Patienten zu verlieren und somit den Therapieerfolg zu gefährden, hoch ist.

Entwicklung der Praktiken

In den Anfängen der modernen Psychiatrie, angetrieben von den Idealen der Revolution und der *Erklärung der Menschen- und Bürgerrechte* im Jahr 1789, empfiehlt Philippe Pinel im Hôpital de la Salpêtrière in Paris, auf Ketten zu verzichten. Er verzichtet jedoch nicht auf Zwangsmassnahmen, wie er im Vorwort der zweiten Ausgabe seiner philosophisch-medizinischen Abhandlung von 1803 anmerkt. Pinel greift auf Zwangsjacken zurück, nach denen die Patienten «letztlich selbst verlangen», und hegt fortan «keine Zweifel am Nutzen einer vernünftigeren und massvolleren Repression» [1].

Ein aktuelles Beispiel für den Ersatz einer Zwangsmassnahme durch eine andere stammt aus Deutschland, wo infolge einer Entscheidung des *Bundesverfassungsgerichts* vom März 2011, wonach die Zwangsmedikation nicht zulässig ist, die Isolations- und Fixierungsmassnahmen zunahmen. Aufgrund dieser Feststellung und der Tatsache, dass die Patienten nicht behandelt werden konnten, verabschiedete der *Bundestag* im Januar 2013 strenge Auflagen für die Verabreichung einer Zwangsmedikation im Falle einer Selbstgefährdung, nicht aber einer Fremdgefährdung [2, 3].

Laut zwei Cochrane-Reviews über die Isolation und Fixierung von Patienten mit schweren psychischen Störungen besteht keinerlei Nachweis für den therapeutischen Nutzen dieser Zwangsmassnahmen in der Psychiatrie [4]. Einige Autoren weisen überdies darauf hin, dass die Fixierung und Isolation keine therapeutischen, sondern Sicherheitsmassnahmen sind, die dann

eingesetzt werden, wenn keine Behandlungsperspektive möglich scheint, und empfehlen deren Abschaffung [5].

Die Autoren der Normen des *Europäischen Komitees zur Verhütung von Folter* (CPT) erkennen indes an, dass die Anwendung von Zwangsmassnahmen in der psychiatrischen Klinik in manchen Fällen unvermeidlich ist. Sie geben zahlreiche Empfehlungen und begrüssen die Tatsache, dass «in der modernen psychiatrischen Praxis die Tendenz festzustellen ist, nicht mehr auf Isolationsmassnahmen zurückzugreifen» [6].

Auch in der Schweiz existieren zahlreiche Kombinationen von Zwangsmassnahmen. Manche Spitäler führen geschlossene Abteilungen und setzen weitere Formen von Zwangsmassnahmen ein (Fixierung, Isolation und Zwangsmedikation), andere Einrichtungen verfügen nur über offene Abteilungen und greifen auf Zwangsmedikation zurück.

An dieser Stelle ist wohl der Hinweis angebracht, dass das neue Erwachsenenschutzgesetz den Arzt, der eine fürsorgliche Unterbringung (FU) durchführt, nicht automatisch dazu ermächtigt, eine Behandlung ohne Einwilligung anzuordnen, und dass es keineswegs vorschreibt, dass die Unterbringung in einer geschlossenen Einrichtung erfolgt [7].

Tabelle 1: Voraussetzungen für die Ausübung einer Zwangsmassnahme.

Voraussetzungen für die Ausübung einer Zwangsmassnahme	
Ein offizielles Gesetz gestattet es ¹¹	
Sie ist für die Behandlung unbedingt nötig	
Andere Massnahmen, welche die persönliche Freiheit weniger einschränken, haben sich als unwirksam erwiesen oder existieren nicht	
Es besteht eine ernste Gefährdung der Gesundheit oder der Sicherheit des Patienten oder anderer Menschen	
Der Patient ist nicht urteilsfähig ¹²	
Der Vertreter des Patienten hat, ausser in dringlichen Situationen oder im Falle einer fürsorglichen Unterbringung, der Massnahme zugestimmt	
Voraussetzungen für die Umsetzung einer Zwangsmassnahme	
Ausser in dringlichen Situationen: vorhergehendes Gespräch mit dem Patienten und seinem Vertreter	
Abstimmung mit dem Pflorgeteam	
Verordnung durch einen Arzt	
Zeitliche Begrenzung und frühestmögliche Beendigung der Massnahme	
Dokumentierung der Entscheidung, Entwicklung und Beendigung der Massnahme	
Verstärkte klinische Kontrolle	
Berufungsmöglichkeit gegen die Massnahme	

Weltweite Vielfalt – unterschiedliche Empfindungen und Präferenzen

Je nach Land werden Zwangsmassnahmen auf sehr unterschiedliche Art und Weise eingesetzt: In Dänemark sind Isolationsmassnahmen verboten, in den Niederlanden ist die Zwangsmedikation untersagt. In Grossbritannien sind Fixierungsmassnahmen unzulässig, Isolation wird nur in seltenen Fällen angewandt, während in dringlichen Situationen die Zwangsmedikation bevorzugt wird. In Deutschland dagegen waren derartige Zwangsbehandlungen zwei Jahre lang (2011–2013) verboten. In Österreich war einige Jahre lang das Netzbett das einzige zulässige Zwangsmittel [8].

Der internationale Vergleich zeigt, dass zwischen der Art der rechtlichen Regelung und der Zahl der Fälle von FU keine Korrelation besteht. Länder mit unterschiedlichen rechtlichen Regelungen (die den Begriff der Gefährdung umfassen, die richterliche Anordnung einer FU voraussetzen, ausschliesslich auf die Behandlung ausgerichtet sind oder eine behördliche Kontrolle vorsehen können oder auch nicht) können ähnliche Zahlen aufweisen. Umgekehrt können in Ländern mit vergleichbaren Regeln stark abweichende Raten von FU festgestellt werden [9].

In der Schweiz ist der Anteil der FU an der Gesamtzahl der Hospitalisierungen weiterhin der höchste in Europa, trotz einer Abnahme von 30 auf 24% zwischen 2002 und 2009 [10]. Über die Zahl der insgesamt verordneten Zwangsmassnahmen liegen allerdings keine Daten vor. Darüber hinaus ist der Zeitraum seit dem Inkrafttreten des neuen Kinder- und Erwachsenenschutzgesetzes im Januar 2013 noch zu kurz, um dessen Wirkung zu bewerten.

Die Studien, in denen die Wahrnehmung und die Präferenzen der Patienten im Hinblick auf die verschiedenen Zwangsmassnahmen untersucht wurden, zeigen, dass die Wahrnehmung sehr subjektiv und widersprüchlich ist (Empfindung eines Zwanges, obwohl objektiv keiner besteht, und umgekehrt). Unter den verschiedenen Arten von Zwangsmassnahmen ist die intramuskuläre Verabreichung eines Arzneimittels gegen den Willen des Patienten wohl die umstrittenste, da sie mit einem Eingriff in die körperliche Unversehrtheit sowie mit einer Einschränkung der Bewegungsfreiheit zum Zeitpunkt der Injektion einhergeht. Mehrere Autoren weisen allerdings darauf hin, dass die physischen Zwangsmassnahmen (Isolation, Fixierung) negativer empfunden werden (Gefühl der Erniedrigung und Belastung) als die Zwangsmedikation [11]. Mehrere Studien schlussfolgern, dass die «Gewohnheiten des Hauses» hinsichtlich dieser oder jener Zwangsmassnahme die Wahl der Zwangsmassnahme, die

Wahrnehmung der Patienten und die Tendenz der Ärzte, sie zu verordnen, bestimmen [12].

Stigmatisierung und Zwangsmassnahmen

Zwischen der Stigmatisierung der Psychatriepatienten und dem Einsatz von Zwangsmassnahmen besteht nachgewiesenermassen eine Korrelation [13]. Die Zwangsmassnahmen tragen zum schlechten Ansehen der Psychiatrie bei, und die damit einhergehende Stigmatisierung der Kranken legitimiert wiederum deren Anwendung. So nährt die starke Medialisierung des Vergehens eines Täters mit psychischer Störung die Vorstellung von psychisch Kranken als potentiell gefährlichen Menschen. Daraus folgt deren Stigmatisierung, die häufig den Einsatz von Zwangs- oder freiheitseinschränkenden Massnahmen sowie die Judizialisierung der Therapie nach sich zieht oder zumindest fördert. Auch wenn noch nie nachgewiesen werden konnte, dass eine im Anschluss an eine FU behördlich angeordnete, verpflichtende Behandlung die Zahl der Rückfälle verringern oder die Lebensqualität der Patienten verbessern kann, sieht das Zivilgesetzbuch die Anwendung derartiger Massnahmen vor [14].

Einige Autoren vertreten die Ansicht, dass das Vorhandensein besonderer gesetzlicher Regelungen für psychische Gesundheit (was in der Schweiz nicht der Fall ist) die Stigmatisierung erhöht, den Einsatz von Zwangsmassnahmen erleichtert und das Risiko steigert, dass einem psychisch kranken Menschen die Freiheit entzogen wird [15].

Die Stigmatisierung psychisch Kranker durch Ärzte ist nicht zu unterschätzen und kann auf wenig offensichtliche, ja heimtückische Weise erfolgen. Zum Beispiel: Gewalt als psychiatrische Komplikation einer akuten Alkoholvergiftung betrachten; Aufforderung, dass Polizeibeamte aus Sicherheitsgründen vor dem Betreten der psychiatrischen Klinik ihre Waffen abgeben, wenn sie dorthin gerufen werden; Verwechslung von Verwahrungsmassnahmen (strafrechtlich, öffentliche Sicherheit) mit FU (zivilrechtlich, Schutz der Person); systematische Einschätzung psychisch Kranker als Menschen ohne Urteilsfähigkeit.

Urteilsfähigkeit

Der Begriff «Urteilsfähigkeit» ist von zentraler Bedeutung, da eine Zwangsmassnahme prinzipiell nicht angewandt werden kann, wenn der Patient urteilsfähig ist. Laut Zivilgesetzbuch ist jede Person urteilsfähig, der es nicht – wegen ihres jungen Alters, infolge geistiger Behinderung, psychischer Störung, Rausch oder ähnlicher Zustände – an der Fähigkeit mangelt, ver-

13 Art. 16 des Schweizerischen Zivilgesetzbuches vom 10. Dezember 1907, RS 210.

14 Siehe auch: Philippe Meier, Suzana Lukic, Introduction au nouveau droit de la protection de l'adulte, Schulthess, Zürich 2011, 205ff. und 721.

nunftgemäss zu handeln.¹³ In der Praxis obliegt es dem Arzt zu beurteilen, meist in dringlichen Situationen und angesichts von Patienten, die akute psychiatrische Symptome mit Gefährdungspotential aufweisen und die eine Behandlung verweigern, ob allfällige Zwangsmassnahmen oder gegen den Patientenwillen verabreichte sedierende Medikationen sachdienlich sind. Zu diesem Zeitpunkt ist die Frage nach der Urteilsfähigkeit des Patienten zu stellen.

Die Urteilsfähigkeit muss stets sachlich bewertet werden, das heisst zu einem bestimmten Zeitpunkt und hinsichtlich einer bestimmten Angelegenheit. Sie ist stets in vollem Umfang gegeben oder nicht vorhanden, keinesfalls abgestuft. Laut Zivilgesetzbuch ist grundsätzlich von ihrem Vorhandensein auszugehen, weshalb im Zweifel eine Person als urteilsfähig einzuschätzen ist.

Im therapeutischen Zusammenhang stellt sich die Frage nach der Urteilsfähigkeit folgendermassen: Ist der Patient zum aktuellen Zeitpunkt in der Lage, hinsichtlich der vorgeschlagenen Behandlung eine Entscheidung zu treffen? Hier ist die Frage nach der Entscheidungsfähigkeit relevant, das heisst nach der Fähigkeit, in eine Behandlung einzuwilligen oder sie abzulehnen (Ist der Patient in der Lage, einen Entschluss zu fassen und von dieser Möglichkeit Gebrauch zu machen? Begreift er dessen Auswirkungen? Erläutert er dessen Gründe? Versteht er konkret die angebotenen Informationen? Handelt er im Einklang mit den Werten, die er üblicherweise vertritt?).

Die Bewertung der Urteilsfähigkeit betrifft nicht nur die Psychiatrie, und über die Unfähigkeit, in eine Behandlung einzuwilligen, kann weder allein aufgrund des Vorliegens einer psychiatrischen Krankheit, sei sie noch so schwerwiegend, geurteilt werden, noch aufgrund der Weigerung des Patienten, sie anzuerkennen. Die Tatsache, dass ein Patient mit psychiatrischer Erkrankung eine Behandlung akzeptiert, bedeutet umgekehrt nicht, dass er über die Fähigkeit zu urteilen ver-

fügt.¹⁴ Ebenso wenig hängt die Urteilsfähigkeit von allfälligen Erwachsenenschutzmassnahmen oder von der Minderjährigkeit einer Person ab.

Verordnung einer Zwangsmassnahme

Der Spitalspsychiater steht in der Mitte eines Spannungsfeldes entgegengesetzter und widersprüchlicher Werte, welche die therapeutische Beziehung auf eine harte Probe stellen können, wenn er – meist in dringlichen Situationen – zu entscheiden hat, ob eine Zwangsmassnahme unvermeidlich ist oder es angebracht ist, im Therapieinteresse darauf zu verzichten. Um die therapeutische Beziehung zu bewahren, sollte der Arzt diese Werte im Rahmen der Behandlung thematisieren (Abb. 1).

Die Ausübung von Zwang wird in den meisten Fällen traumatisierend empfunden, kann für den Patienten gefährlich sein (Verletzungen oder gar Todesfälle bei Fixierungen) und das für jede Therapie nötige Vertrauen schädigen. Die therapeutische Beziehung geht über die Beziehung zwischen Arzt und Patient hinaus und betrifft auch das Vertrauen, das der Patient und seine Angehörigen dem Spital entgegenbringen. Durch den Verzicht auf eine Zwangsmassnahme kann sich der Arzt und die Einrichtung der Kritik aussetzen, den Kranken seinem Leid und den Gefahren seiner Krankheit zu überlassen, etwa indem man ihn das Spital verlassen lässt. Handelt der Arzt, wenn er eine Zwangsmassnahme verordnet, im Interesse, zum Wohle und zum Schutz des Patienten, oder um sich gegen die Vorwürfe der Angehörigen zu wappnen? Oder aber handelt er im Namen der öffentlichen Sicherheit, wofür er weder Legitimität noch Mandat noch Ausbildung besitzt? Dem Arzt obliegt eine Hilfeleistungs- und Behandlungspflicht, und er muss gleichzeitig die Grundrechte des Patienten achten. Ebenso muss er berücksichtigen, dass das Ziel und die Rechtfertigung der Freiheitseinschränkung, die er durch die Verordnung einer Zwangsmassnahme vorübergehend auferlegt, nur sein dürfen, um eine Behandlung zu ermöglichen. Um eine Zwangsmassnahme zu vermeiden, muss der Arzt das Vertrauen des Patienten gewinnen, sich um seine Einwilligung bemühen und an sein Verantwortungsbewusstsein, das zur Wiedergenesung unabdingbar ist, appellieren.

Wenn dies nicht gelingt, muss er – meist in dringlichen Situationen – die Fähigkeit des Patienten beurteilen, in eine Behandlung einzuwilligen. Ist sie nicht gegeben, kann die Anwendung einer Zwangsmassnahme unvermeidbar sein, nämlich dann, wenn der Arzt der Meinung ist, dass sie das einzige Mittel ist, um eine Gefährdung des Patienten zu vermeiden.

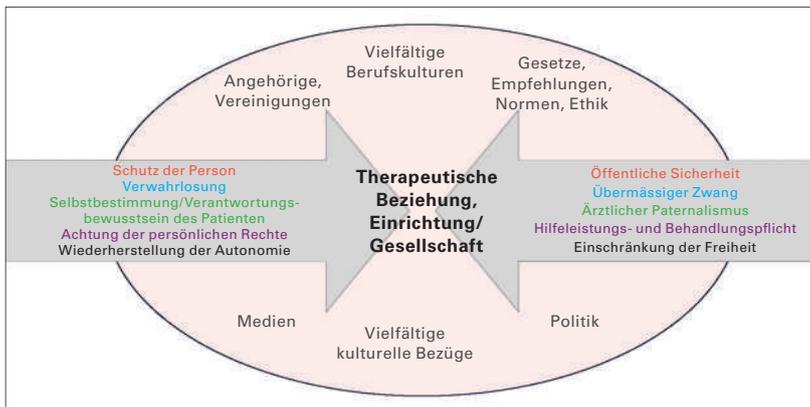


Abbildung 1: Relevante Faktoren bei der Verordnung einer Zwangsmassnahme.

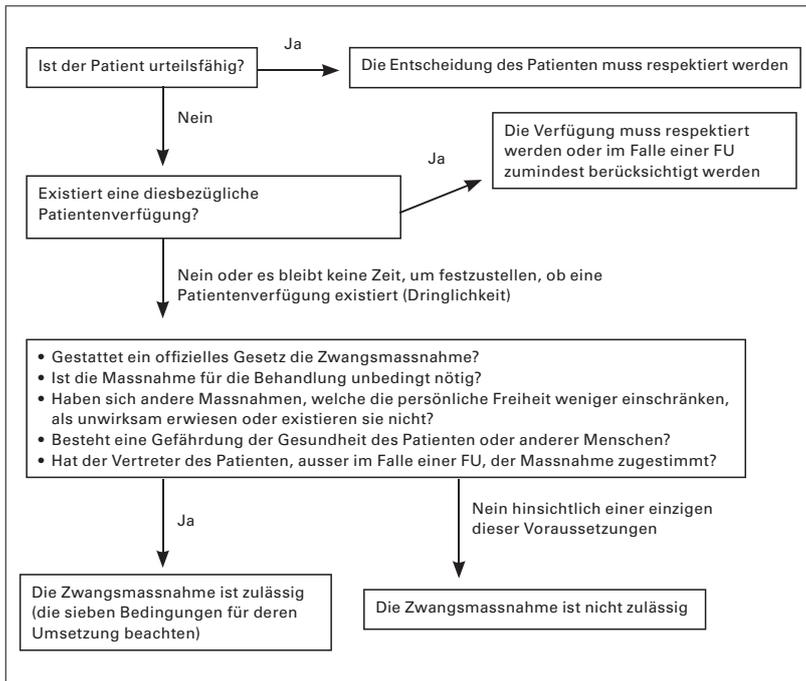


Abbildung 2: Entscheidungshilfe: Zwangsmassnahmen in der Spitalpsychiatrie.

In der klinischen Praxis und besonders in Situationen, in denen rasch gehandelt werden muss, ist die Komplexität der gesetzlichen Regelungen und medizinisch-ethischen Richtlinien nicht immer eine Hilfe für den Arzt, der nicht unbedingt die Möglichkeit hat, diese zu studieren, wenn sich die Frage nach der Verordnung einer Zwangsmassnahme stellt. Zur Unterstützung bei dieser Entscheidung kann dem Arzt der vorgeschlagene Entscheidungsbaum dienen (Abb. 2).

Disclosure statement

Die Autoren haben keine finanziellen oder persönlichen Verbindungen im Zusammenhang mit diesem Artikel deklariert.

Titelbild

Tony Robert-Fleury, 1876. Philippe Pinel délivrant les aliénés à la Salpêtrière en 1795. <http://medarus.org/Medecins/MedecinsTextes/pinelp.html>, Wikimedia Commons.

Literatur

Die vollständige nummerierte Literaturliste sowie eine Auflistung zusätzlicher hilfreicher Referenzen finden Sie als Anhang des Online-Artikels unter www.medicalforum.ch.

Das Wichtigste für die Praxis

- Eine psychische Störung wird vom Patienten häufig als Einschränkung der individuellen Freiheit empfunden. Der Arzt sollte deshalb die Not des Patienten nicht durch die Verordnung von Zwangsmassnahmen (FU, Isolation, Einschliessen, Fixierung, Zwangsmedikation) verschlimmern und sich bewusst sein, dass deren Ausübung ein schwerer Eingriff in die Grundrechte jedes Menschen ist.
- Das Thema betrifft zwar nicht nur die Spitalpsychiatrie, ist in diesem Kontext allerdings von zentraler Bedeutung, da Zwangsmassnahmen hier häufig eingesetzt werden, gleichzeitig aber im Prinzip nicht zulässig sind und das Thema im direkten Zusammenhang mit der Einschätzung der Urteilsfähigkeit des Patienten durch den Arzt steht.
- Auch wenn nur eine geringe Zahl der Patienten mit schwerer psychischer Störung vorübergehend nicht in der Lage ist, in eine Behandlung einzuwilligen, sind die Einschätzung der Fähigkeit des Patienten zur Selbstbestimmung und die Frage nach der Indikation einer Zwangsmassnahme täglich zu stellen, da der psychopathologische Zustand der in der Psychiatrie betreuten Patienten im Laufe von Akutepisoden sehr variabel ist.
- Die Antworten auf diese Fragen und die daraus resultierenden Praktiken unterscheiden sich stark von einer Einrichtung zur anderen, sowohl was die Einschätzung der Fähigkeit des Patienten betrifft, in die Behandlung einzuwilligen, als auch hinsichtlich der Festlegung, welche Zwangsmassnahme akzeptabel ist und welche nicht.
- Im Hinblick auf die Frage, welche Massnahme gerechtfertigt, am wenigsten schädlich und der persönlichen Freiheit des Patienten am wenigsten abträglich ist, variieren die Empfindungen der Patienten, der Angehörigen sowie der Fachpersonen deutlich. Neben den gesetzlichen Bestimmungen und Empfehlungen spielen die in der Einrichtung praktizierten Gepflogenheiten eine entscheidende Rolle bei der Entscheidung, welche Massnahmen gerechtfertigt und akzeptabel sind.
- Zwangsmassnahmen führen stets zu unangenehmen Situationen und manchmal zu Schuld- und Ohnmachtsgefühlen der Ärzte.
- Da jede Zwangsmassnahme die Medizinethik verletzt, muss sich der Arzt dazu überwinden können, sie im Falle der Unvermeidbarkeit zu verordnen, und sich daran erinnern, dass jede freiheitsbeschränkende Massnahme nur dann medizinisch legitimiert ist, wenn die oben genannten Voraussetzungen erfüllt werden.

Korrespondenz:
Dr. med. Georges Klein
Chefarzt
Service de Psychiatrie
et Psychothérapie
Hospitalière Adulte
Hôpital de Malévoz
CH-1870 Monthey
[georges.klein\[at\]hopitalvs.ch](mailto:georges.klein[at]hopitalvs.ch)

Literatur / Références

- [1] Pinel Ph. Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale. Seconde édition. Paris. 1809
- [2] Petit M, Klein J Ph. Zwangsbehandlung mit richterlicher Genehmigung wieder möglich. Dtsch Arztlbl 2013 ; 110(9) : A 377-9
- [3] Wiesing U. Stellungnahme der Zentralen Kommission zur Wahrung ethischer Grundsätze in der Medizin und ihren Grenzgebieten bei der Bundesärztekammer. Zwangsbehandlung bei psychischen Erkrankungen. Deutsches Ärzteblatt 2013 ; 110(26) : A 1334-8
- [4] Muralidharan S, Fenton M. Containment strategies for people with serious mental illness (Review). Cochrane Database of Systematic Reviews 2012, 2. www.thecochranelibrary.com. Dernière visite : mars 2015
- Sailas E. E. S, Fenton M. Isolement et contention chez les patients atteints de troubles mentaux graves. Cochrane Database of Systematic Review. 2012 ; 6. www.thecochranelibrary.com. Dernière visite : mars 2015
- [5] Prinsen E. J. D, van Delden J. J. M. Can we justify eliminating coercive measures in psychiatry? J Med Ethics. 2009 ; 35 : 69-73
- [6] Comité européen pour la prévention de la torture et des peines ou traitements inhumains ou dégradants. Normes du CPT. <http://www.cpt.coe.int/fr/docsnormes.htm>. Version 2013. Dernière visite: mars 2015
- [7] Meier Ph, Lukic S. Introduction au nouveau droit de la protection de l'adulte. Schulthess Verlag, Zürich 2011
- [8] Steinert T. Umgang mit Gewalt in der Psychiatrie. Psychiatrie-Verlag. 2008
- [9] Gaebel W, Zäske H. Coercive treatment and stigma – is there a link? In : Coercive treatment in psychiatry . Clinical, legal and ethical aspects. Wiley-Blackwell. 2011
- [10] Gassmann J. Wirksamkeit des Rechtsschutzes bei psychiatrischen Zwangseinweisungen in der Schweiz. Septembre 2011. Im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit, 3003 Bern. www.bag.admin.ch/themen . Dernière visite: mars 2015
- [11] Georgieva I, Mulder C. L, Wiersma A. Patients' Preference and Experiences of Forced Medication and Seclusion. Psychiatr Q. 2012; 83 : 1-13
- [12] Veltkamp E, Nijman H, Stolker J. J, Frigge K, Dries P, Bowers L. Patients' Preferences for Seclusion or Forced Medication in Acute Psychiatric Emergency in the Netherlands. Psychiatric Services. February 2008; 59, 2 : 209-211
- [13] Kallert T. W, Mezzich J. E, Monahan J. Coercive Treatment in Psychiatry. Clinical, legal and ethical aspects. Wiley-Blackwell. 2011
- [14] Burns T, Rugkasa J, Molodynski A, et al. Community treatment orders for patients with psychosis (OCTET) : A randomised controlled trial. Lancet 2013; 381:1627-33
- [15] Szmukler G, Dawson J. Reducing discrimination in mental health law – the « fusion » of incapacity and mental health legislation. In : Coercive treatment in psychiatry . Clinical, legal and ethical aspects. Wiley-Blackwell. 2011.

Zusätzliche Referenzen / Références supplémentaires

1. Kallert T. W, Mezzich J. E, Monahan J. Coercive Treatment in Psychiatry. Clinical, legal and ethical aspects. Wiley-Blackwell. 2011
2. Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN). Achtung der Selbstbestimmungsfähigkeit und Anwendung von Zwang bei der Behandlung psychisch erkrankter Menschen. Eine Stellungnahme der DGPPN. Nervenarzt 2014. 85 :1419-1431
3. Whittington R, Bowers L, Nolan P, Simpson A, Neil L. Approval Ratings of Inpatient Coercive Interventions in a National Sample of Mental Health Service Users and Staff in England. Psychiatric Services. June 2009 ; 60, 6 : 792-798
4. Sartorius N. Stigma and mental health, The Lancet. 2007; 370 : 810-811
5. Bauer A, Vollmann J. Einwilligungsfähigkeit bei psychisch Kranken. Eine Übersicht empirischer Untersuchungen. Der Nervenarzt. 2002; 73 : 1031-1038
6. Raad R, Karlawish J, Appelbaum P. S. The Capacity to Vote of Persons with Serious Mental Illness. Psychiatric Services. 2009; 60, 5 : 624-628
7. Von dem Knesebeck O, Mnich E, Kofahl C, Makowski A C, Lambert M, Karow A, Bock T, Härter M, Angermeyer M C. Estimated prevalence of mental disorders and the desire for social distance – Results from population surveys in two large German cities. Psychiatry Research 209. 2013 : 670-674
8. Schomerus G, Matschinger H, Angermeyer M C. Continuum beliefs and stigmatizing attitudes towards persons with schizophrenia, depression and alcohol dependence. Psychiatry Research 209. 2013 : 665-669
9. Schomerus G, Schwahl C, Holzinger A, Corrigan P. W, Grabe H. J, Carta M. G, Angermeyer M. C. M. Evolution of public attitudes about mental illness: a systematic review and meta-analysis. Acta Psychiatrica Scandinavica. 2012; 125 : 440-452
10. Angermeyer M C, Matschinger H, Schomerus G. Has the public taken notice of psychiatric reform? The image of psychiatric hospitalis in Germany 1990-2011. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. 2013; 48 : 1629-1635
11. Schomerus G, Angermeyer M C. Psychiatrie – Einstellungen der Öffentlichkeit zur psychiatrischen Versorgung 1990-2011. Psychiatr Prax. 2013; 40 : 59-61
12. Schomerus G, Matschinger H, Angermeyer M. C. Causal beliefs of the public and social acceptance of persons with mental illness : a comparative analysis of schizophrenia, depression and alcohol dependence. Psychological Medicine. 2014; 44 :303-314
13. Ritmannsberger H, Sartorius N. Changing aspects of psychiatric inpatient treatment. A census investigation in five European countries. European Psychiatry. 2004 ; 19 : 483-488
14. Sollberger D, Lang U.E, Psychiatrie mit offenen Türen. Teil 1 und 2 : Therapeutische Herausforderungen. Der Nervenarzt. 2013; 1-7
15. Bardet Blochet A. Les chambres fermées en psychiatrie : poursuivre le début pour dépasser les conflits. Schweizer Archiv für Neurologie und Psychiatrie 2009 ; 160(1) : 4-11
16. Bowers L, Haglund K, Muir-Cochrane E, Nijman H, Simpson A, Van der Merwe M. Locked doors : a survey of patients, staff and visitors. Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing. 2010 ; 17 : 873-880
17. Van der Merwe, Bowers L, Jones J, Simpson A, Haglund K. Locked doors in acute inpatient psychiatry : a literature review. Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing. 2009 ; 16 : 293-299
18. Lang U. E, Hartmann S, Schulz-Hartmann S, Gudlowski Y, Ricken R, Munk I, von Haebler D, Gallinat J, Heinz A. Do locked doors in psychiatric hospitals prevent patients from absconding ? Eur. J. Psychiatr. 2010; 24, No 4 : 199-204
19. Bowers L, Jarrett M, Clark N. Absconding : a literature review. Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing. 1998 ; 5 : 343-353
20. Bowers L, van der Werf B, Vokkolainen A, Muir-Cochrane, Allan T, Alexander J. International variation in containment measures for disturbed psychiatric inpatients : A comparative questionnaire survey. International Journal of Nursing Studies. 2007 ; 44 : 357-364
21. Newton-Howes G, Muller R. Coercion in Psychiatric Care : Systematic Review of Correlates and Themes. Psychiatric Services. May 2011 ; 62, 5 : 465-470
22. Bowers L. Association Between Staff Factors and Levels of Conflict and Containment on Acute psychiatric Wards in England. Psychiatric Services. February 2009 ; 60, 2 : 231-239
23. Borckardt J, Madan A, Grubaugh A. L, Danielson C. K, Pelic C. G, Hardesty S. J, Hanson R, Herbert J, Cooney H, Benson A, Frueh B. C. Systematic Investigation of Initiatives to Reduce Seclusion and Restraint in a State Psychiatric Hospital. Psychiatric Services. May 2011 ; 62, 5 : 477-483
24. Bowers L, Van der Merwe M, Nijman H, Hamilton B, Noorthorn E, Stewart D, Muir-Cochrane E. The Practice of Seclusion and Times-out on English Acute Psychiatric Wards : The City-128 Study. Archives of Psychiatric Nursing. 2010 ; 24, 4 : 275-286
25. Frajo-Apor B, Stippler M, Meise U. « Etwas Erniedrigenderes kann dir eigentlich in der Psychiatrie nicht passieren ». Psychiatr Prax. 2011; 38 : 293-299
26. Salize H. J, Dressing H. Epidemiology of involuntary placement of mentally ill people across the European Union. British Journal Of Psychiatry. 2004 ; 184 : 163-168
27. Bowers L, van der Werf B, Vokkalainen A, Muir-Cochrane E, Allan T, Alexander J. International variation in containment measures for disturbed psychiatric inpatients : A comparative questionnaire survey. International Journal of Nursing Studies. 2007 ; 44 : 357-364
28. Steinert T, Lepping P, Bernhardsgrütter R, Conca A, Hatling T, Janssen W, Keski-Valkama A, Mayoral F, Whittington R. Incidence of seclusion and restraint in psychiatric hospitals : a literature review and survey of international trends. Soc Psychiatr Epidemiol. 2009
29. Khazaal Y, Bonsack C, Borgeat F. La contrainte en psychiatrie : actualités et perspectives. Revue Médicale Suisse. 2005 ; 1, 7 : 515-518
30. Müller A, Walter H, Heinz. Fixieren statt behandeln? Dtsch Arztlbl 2012; 109(5) :198-203

31. Whittington R, Bowers L, Nolan P, Simpson A, Neil L. Approval Ratings of Inpatient Coercive Interventions in a National Sample of Mental Health Service Users and Staff in England. *Psychiatric Services*. June 2009 ; 60, 6 : 792-798
32. De Benedictis L, Dumais A, Sieu N, Mailhot M, Létourneau G, Tran M. A, M, Stikarovska I, Bilodeau M, Brunelle S, Côté Gi, Lesage A. D. Staff Perceptions and Organizational Factors as Predictors of Seclusion and Restraint on Psychiatric Wards. *Psychiatric Services*. May 2011 ; 62, 5 : 484-491
33. Bowers L. Association Between Staff Factors and Levels of Conflict and Containment on Acute Psychiatric Wards in England. *Psychiatric Services*. February 2009 ; 60, 2 : 231-239
34. Raboch J, Kalisova L, Nawka A, Kitzlerova E, Onchev G, Karastergiou A, Magliano L, Dembinskas A, Kiejna A, Torres-Gonzales F, Kjellin L, Priebe S, Kallert T. W. Use of Coercive Measures During Involuntary Hospitalization: Findings From Ten European Countries. *Psychiatric Services*. Octobre 2010; 61, 10 : 1012-1017
35. Borckardt J. J. Madam A. Grubaugh A. L, Danielson C. K, Pelic C. G, Hadesty S. J, Hanson R, Herbert J, Cooney H, Benson A, Frueh, B. C. Systematic Investigation of Initiatives to Reduce Seclusion and Restraint in a State Psychiatric Hospital. *Psychiatric Services*. May 2011; 62, 5 : 477-483
36. Bergk J, Einsiedler B, Flammer E, Steinert T. A Randomized Controlled Comparison of Seclusion and Mechanical Restraint in Inpatient Settings. *Psychiatric Services*. November 2011; 62, 11 : 1310-1317
37. Veltkamp E, Nijman H, Stolker J. J, Frigge K, Dries P, Bowers L. Patients' Preferences for Seclusion or Forced Medication in Acute Psychiatric Emergency in the Netherlands. *Psychiatric Services*. February 2008; 59, 2 : 209-211
38. Sheehan K. A, Burns T. Perceived Coercion and the Therapeutic Relationship : A Neglected Association ? *Psychiatric Services*. May 2011 ; 62, 5 : 471-476
39. Berzlanovich A. M, Schöpfer J, Keil W. Todesfälle bei Gurtfixierungen. *Dtsch Arztebl*. 2012; 109: 27-32
40. Trachsel M, Hermann H, Biller-Andorno N. Capacité de discernement. Signification éthique, défi conceptuel et appréciation médicale. *Forum Med Suisse*. 2014 ; 14(11) : 221-225
41. Vollmann J. Einwilligungsfähigkeit als relationales Modell. *Der Nervenarzt*. 2000; 71 : 709-714
42. Vollmann J, Bauer A, Danker-Hopfe H, Helmchen H. Competence of mentally ill patients: a comparative empirical study. *Psychological Medicine*. 2003; 33 : 1463-1471
43. Bowers L, Whittington R, Nolan P, Parkin D, Curtiss S, Bhui K, Hackney D, Allan T, Simpson A. *The British Journal of Psychiatry*. 2008; 193 : 395-401
44. Wiesing U. Zwangsbehandlung bei psychischen Erkrankungen. *Dtsch Arztebl* 2013; 110(26): 1334-8
45. Steinert T, Schmid P. Zwangsmassnahmen in psychiatrischen Kliniken in Deutschland. *Der Nervenarzt*. 2014; 85; 621-629
46. Georgieva I, Mulder C. L, Wiersma A. Patients' Preference and Experiences of Forced Medication and Seclusion. *Psychiatr Q*. 2012; 83 : 1-13
47. Stout P. A, Villegas J, Jennings N. A. Images of Mental Illness in the Media: Identifying Gaps in the Research. *Schizophrenia Bulletin*. 2004; 30, 3 : 543-561
48. Link B. G, Yang L. H, Phelan J. C, Collins P. Y. Measuring Mental Illness Stigma. *Schizophrenia Bulletin*. 2004 ; 20, 3 : 511-541
49. Stengel A. Une étude des représentations des troubles psychiques. *Soins psychiatrie*. Janvier/février 2010 ; 266 : 42-45
50. Schulze B. Stigma and mental health professionals : A review of the evidence on an intricate relationship. *International Review of Psychiatry*. April 2007 ; 19, 2 : 137-155
51. Pescosolido B. A. The Public Stigma of Mental Illness : What Do We Think ; What Do We Know ; What Can We Prove ? *Journal of Health and Social Behavior*. 2014 ; 54, 1 :1-21
52. Lauber C, Nordt C, Braunschweig C, Rössler W. Do mental health professionals stigmatize their patients ? *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 2006; 113 (suppl. 429) : 51-59
53. Nordt C, Rössler W, Lauber C. Attitudes of Mental Health Professionals Toward People With Schizophrenia and Major Depression. *Schizophrenia Bulletin*. 2006; 32, 4 : 709-714
54. Morandi S. Place de la stigmatisation dans la contrainte en psychiatrie: l'exemple des mesures ambulatoires. *Swiss archives of neurology and psychiatry* 2014; 165(7): 249-53
55. Schomerus G, Auer Ch, Rhode D, Luppá M, Freyberger H. J, Schmidt S. Personal stigma, problem appraisal and perceived need for professional help in currently untreated depressed persons. *Journal of Affective Disorders*. 2012; 139 : 94-97
56. Link B. G, Yang L. H, Phelan J. C, Collins P. Y. Measuring Mental Illness Stigma. *Schizophrenia Bulletin*. 2004; 30, 3 : 511-541
57. Stengel A. Une étude des représentations des troubles psychiques. *Soins Psychiatrie*. Janvier/février 2010 ; 266 : 42-45
58. Angermeyer M. C, Matschinger H, Schomerus G. Public attitudes towards people with depression in times of uncertainty : results from three population surveys in Germany. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2013 ; 48 : 1513-1518
59. Pescosolido B. A. The Public Stigma of Mental Illness : What Do We Think ; What Do We Know ; What Can We Prove ? *Journal of Health and Social Behavior*. American Sociological Association. 2013 ; 54(1) : 1-21
60. Schomerus G, Angermeyer M. C. Stigma and its impact on help-seeking for mental disorders: what do we know? *Epidemiologia e Psichiatria Sociale*. 2008; 17, 1 : 31-37
61. Holzinger A, Floris F, Schomerus G, Carla M. G, Angermeyer M. C. Gender differences in public beliefs and attitudes about mental disorder in western countries : A systematic review of population studies. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*. 2012; 21 : 73-85
62. Fährdrich E, Munk I. Entweichung eines Patienten aus einer Klinik mit offenen Türen. Wie beurteilen Gerichte die Frage der Verantwortlichkeit? *Abconding of a Patient*

- from an Acute Psychiatric Ward. Whom Do the Courts Hold Liable? *Psychiatr Prax.* 2010; 37 : 89-91 (3) : 90-95
63. Lebel J. L. Coercion Is Not Mental Health Care. *Psychiatric Services.* May 2011 ; 62, 5 : 453
64. Newton-Howes G, Mullen R. Coercion in Psychiatric Care : Systematic Review of Correlates and Themes. *Psychiatric Services.* May 2011 ; 62, 5 : 465-470
65. Knutzen M, Mjosund N. H, Eidhammer G, Lerentzen S, Opjordsmoen S, Sandvik L, Friis S. Characteristics of Psychiatric Inpatients Who Experienced Restraint and Those Who Did Not : A Case-Control Study. *Psychiatric Services.* May 2011 ; 62, 5 : 492-497
66. Rey-Bellet Ph, Blochet A. B, Ferrero F. Hospitalisations non volontaires à Genève : la liberté sous contrainte ? *Schweizer Archiv für Neurologie and Psychiatrie.* 2010 ; 161
67. Jaeger S, Pffner C, Weiser P, Längle G, Croissant D, Schepp W, Kilian R, Becker T, Eschweiler G, Steinert T. Long-term effects of involuntary hospitalization on medication adherence, treatment engagement and perception of coercion. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2013 ; 48 : 1787-1796
68. Fogel D, Steinert T. Aggressive and gewalttätige Patienten. Fixierung. *Lege artis.* 2012; 2 : 28-33
69. Steinert T. Nach 200 Jahren Psychiatrie: Sind Fixierungen in Deutschland unvermeidlich? *Psychiat Prax.* 2011 ; 38 (7) : 348-351.