

Aus dem
Institut für Ethik und Geschichte der Medizin

**Zwangsmaßnahmen in der Fachzeitschrift „Der Nervenarzt“
von 1928-2020**

**Inaugural-Dissertation
zur Erlangung des Doktorgrades
der Medizin**

**der Medizinischen Fakultät
der Eberhard Karls Universität
zu Tübingen**

vorgelegt von

Heyd, Veronika

2024

Dekan: Professor Dr. B. Pichler

1. Berichterstatter: Professor Dr. Dr. U. Wiesing

2. Berichterstatter: Professor Dr. A. J. Fallgatter

Tag der Disputation: 29.01.2024

Inhaltsverzeichnis

Inhaltsverzeichnis	I
Abbildungsverzeichnis	III
Tabellenverzeichnis	III
Abkürzungsverzeichnis	V
1 Einleitung	1
1.1 Problemstellung	2
1.2 Zielsetzung und Aufbau der Arbeit	3
1.3 Theoretische Grundlagen	5
1.3.1 Zwang in der Psychiatrie	5
1.3.2 Geschichte der Psychiatrie im 19/20. Jahrhundert	18
1.3.3 Die Fachzeitschrift „Der Nervenarzt“	34
2 Methode	36
3 Quantitative Analyse der Artikel der Fachzeitschrift „Der Nervenarzt“ von 1928-2020	40
3.1 Formale Analyse der Artikel der Fachzeitschrift „Der Nervenarzt“ von 1928-2020	40
3.2 Inhaltliche Analyse der Artikel der Fachzeitschrift „Der Nervenarzt“ von 1928-2020	51
4 Qualitative Analyse der Artikel der Fachzeitschrift „Der Nervenarzt“ von 1928-2020	71
4.1 Die Jahre 1928-1940	71
4.2 Die Jahre 1941-1950	74
4.3 Die Jahre 1951-1960	77
4.4 Die Jahre 1961-1970	83
4.5 Die Jahre 1971-1980	88
4.6 Die Jahre 1981-1990	91
4.7 Die Jahre 1991-2000	98
4.8 Die Jahre 2001-2010	104
4.9 Die Jahre 2011-2020	114
4.9.1 Die Jahre 2011-2015	114

4.9.2 Die Jahre 2016-2020.....	137
5 Interpretation	154
5.1 Der Wandel des Selbstverständnisses der Psychiatrie	154
5.2 Der Nationalsozialismus als Gegenfolie	160
5.3 Zwang und Recht – Der Diskurs um rechtliche Rahmenbedingungen	166
5.4 Der Einzug der Medizinethik	170
5.5 Nach der Reform ist vor der Reform.....	176
5.6 Die Etablierung höherer klinischer Standards	179
5.7 Fehlanreize und Zwangsmaßnahmen - eine kritische Selbstreflexion	182
6 Zusammenfassung.....	185
Literaturverzeichnis	190
Eidesstattliche Versicherung	

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Übersicht der veröffentlichten Artikel nach Jahrzehnten.....	40
Abbildung 2: Nach den entsprechenden Rubriken sortierte Artikel von 1928-2020.....	41
Abbildung 3: Häufigkeit der Rubriken, in welchen die Artikel zu Zwangsmaßnahmen erschienen, eingeteilt in Jahrzehnte von 1928-2020.....	42
Abbildung 4: Anzahl der Artikel je publizierender Institutionsform	44
Abbildung 5: Veröffentlichungen „psychiatrischer Kliniken“ und „universitärer Einrichtungen“ chronologisch dargestellt	46
Abbildung 6: Vergleich der thematischen Schwerpunkte der Publikationen von universitären Einrichtungen und den psychiatrischen Krankenhäusern im Zeitraum von 2001-2020.....	50
Abbildung 7: Gesamtschau der thematischen Schwerpunkte aller Artikel..	52
Abbildung 8: Artikelanzahl der einzelnen inhaltlichen Kategorien über die Zeit.....	53
Abbildung 9: Anzahl der publizierten Artikel in der Kategorie "wissenschaftliche Evidenz" pro Jahrzehnt.....	54
Abbildung 10: Anzahl der publizierten Artikel in der Kategorie "Medizinethik" pro Jahrzehnt.....	58
Abbildung 11: Anzahl der publizierten Artikel in der Kategorie „rechtliche Rahmenbedingungen“ pro Jahrzehnt	61
Abbildung 12: Anzahl der publizierten Artikel in der Kategorie "Reformansätze" pro Jahrzehnt	64
Abbildung 13: Anzahl der publizierten Artikel in der Kategorie „Zwang im Nationalsozialismus“ pro Jahrzehnt	67

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Übersicht der Zwangsmaßnahmen in der Psychiatrie	6
Tabelle 2: Übersicht der verschiedenen Begriffe für die unterschiedlichen Arten von Zwang in der Psychiatrie	37
Tabelle 3: Übersicht der Kategorie "wissenschaftliche Evidenz" mit inhaltlichen Nebenaspekten.....	57
Tabelle 4: Übersicht der Kategorie "Medizinethik" mit inhaltlichen Nebenaspekten.....	60
Tabelle 5: Übersicht der Kategorie "rechtliche Rahmenbedingungen" mit inhaltlichen Nebenaspekten.....	63
Tabelle 6: Übersicht der Kategorie "Reformansätze" mit inhaltlichen Nebenaspekten.....	66

Tabelle 7: Übersicht der Kategorie "Zwang im Nationalsozialismus" mit inhaltlichen Nebenaspekten.....	70
Tabelle 8: Übersicht aller veröffentlichten Artikel zum Thema Zwangsmaßnahmen in der Fachzeitschrift „Der Nervenarzt“ von 1928-1940.....	74
Tabelle 9: Übersicht aller veröffentlichten Artikel zum Thema Zwangsmaßnahmen in der Fachzeitschrift „Der Nervenarzt“ von 1941-1950.....	77
Tabelle 10: Übersicht aller veröffentlichten Artikel zum Thema Zwangsmaßnahmen in der Fachzeitschrift „Der Nervenarzt“ von 1951-1960.....	83
Tabelle 11: Übersicht aller veröffentlichten Artikel zum Thema Zwangsmaßnahmen in der Fachzeitschrift „Der Nervenarzt“ von 1961-1970.....	87
Tabelle 12: Übersicht aller veröffentlichten Artikel zum Thema Zwangsmaßnahmen in der Fachzeitschrift „Der Nervenarzt“ von 1971-1980.....	91
Tabelle 13: Übersicht aller veröffentlichten Artikel zum Thema Zwangsmaßnahmen in der Fachzeitschrift „Der Nervenarzt“ von 1981-1990.....	98
Tabelle 14: Übersicht aller veröffentlichten Artikel zum Thema Zwangsmaßnahmen in der Fachzeitschrift „Der Nervenarzt“ von 1991-2000.....	104
Tabelle 15: Übersicht aller veröffentlichten Artikel zum Thema Zwangsmaßnahmen in der Fachzeitschrift „Der Nervenarzt“ von 2001-2010.....	113
Tabelle 16: Übersicht aller veröffentlichten Artikel zum Thema Zwangsmaßnahmen in der Fachzeitschrift „Der Nervenarzt“ von 2011-2015.....	136
Tabelle 17: Übersicht aller veröffentlichten Artikel zum Thema Zwangsmaßnahmen in der Fachzeitschrift „Der Nervenarzt“ von 2016-2020.....	153

Abkürzungsverzeichnis

BGB	Bürgerliches Gesetzbuch
BRD	Bundesrepublik Deutschland
BVerfG	Bundesverfassungsgericht
CCT	Craniale Computertomographie
DFPP	Deutschen Fachgesellschaft für psychiatrische Pflege
DGN	Deutsche Gesellschaft für Neurologie
DGPN	Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Neurologie
DGPPN	Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde
EKT	Elektrokonvulsionstherapie
FamFG	Gesetz über das Verfahren in Familiensachen und in den Angelegenheiten der freiwilligen Gerichtsbarkeit
FEVG	Gesetz über das gerichtliche Verfahren bei Freiheitsentziehungen
GG	Grundgesetz
GNDP	Gesellschaft deutscher Neurologen und Psychiater
GzVeN	Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses
KZ	Konzentrationslager
NS	Nationalsozialismus
PEG	Perkutane gastrokopische Gastrostomie
PEPP	Pauschalierendes Entgeltsystem Psychiatrie und Psychosomatik
PsychKG	Psychisch-Kranken-Gesetz
PsychKHG	Psychisch-Kranken-Hilfe-Gesetz
UN-BRK	UN-Behindertenrechtskonvention

1 Einleitung

„Der lange Weg
vom ‚armen Irren‘ und ‚unmündigen Kind‘
über den paternalistisch behandelten Patienten
zum selbstbestimmten psychisch Kranken,
der dabei unterstützt wird, seine machbaren Ziele zu finden
von der *verwahrenden* Irrenanstalt,
über das *behandelnde* psychiatrische Krankenhaus
zum *unterstützenden* gemeindepsychiatrischen Zentrum:
vom ausgeschlossenen ‚Ver-rückten‘ zum *teilhabenden* Mitmenschen.“¹

Professor Dr. Hanfried Helmchen beschreibt in prägnanten Worten den Kern der Entwicklung der Psychiatrien der letzten zwei Jahrhunderten sowie die Zielvorstellung des Umganges mit psychisch erkrankten Personen im institutionellen Umfeld. Dabei wird zum einen der Wandel in der Wahrnehmung des Patienten als eine selbstbestimmte, durch Menschenrechte geschützte Person deutlich sowie die sich im Laufe der Zeit veränderte Rolle des im professionellen Rahmen Tätigen, von dem über den Patienten bestimmenden und an dessen statt entscheidenden zu einem Verfechter partizipativer Entscheidungsfindung und Umsetzung. Zum anderen wird das veränderte Selbstverständnis der Psychiatrie deutlich. Während zu Beginn des 20. Jahrhunderts die ordnungspolitische Rolle zum Schutz der Allgemeinheit im Vordergrund stand, hat sich das Selbstverständnis der Institution Psychiatrie im Laufe der Zeit weiterentwickelt. Insbesondere nach der Beteiligung an Grausamkeiten während der Zeit des

¹ Helmchen, (2019) S. 729

Nationalsozialismus wandelte sie sich durch die zunehmenden Möglichkeiten der Behandlung, einschließlich psychopharmakologischer, psychotherapeutischer und sozialpsychiatrischer Ansätze sowie biologischer Verfahren, von einer verwahrenden Anstalt in ein behandelndes Krankenhaus. Mit dem wachsenden Bewusstsein für Patientenrechte, allen voran dem Selbstbestimmungsrecht, entwickelte sich der institutionelle Standard hin zum Ideal individualisierter, auf den Patienten zugeschnittener Lösungsansätze, im Sinne unterstützender gemeindepsychiatrischer Zentren.

In diesem Zusammenhang wurden Zwangsmaßnahmen als Gratwanderung im Spannungsfeld der Wahrung der Selbstbestimmung der Patienten und der Fürsorgepflicht der in der Psychiatrie Tätigen, Patienten aufgrund von psychischer Erkrankung vor Eigen- und Fremdgefährdung zu schützen, zur Kollisionsfläche, die in der Literatur lange Zeit totgeschwiegen wurde. Die vorliegende Arbeit soll einen Überblick über die Berichterstattung zu Zwangsmaßnahmen in der Fachzeitschrift „Der Nervenarzt“ geben und diese im soziokulturellen Kontext seit Ersterscheinung 1928 bis 2020 analysieren und einordnen.

1.1 Problemstellung

Zur Erstellung dieser Arbeit führten folgende Überlegungen: Psychische Erkrankungen können die Eigenschaft haben, die Selbstbestimmung und die Willensfreiheit einer betroffenen Person in solchem Ausmaß einzuschränken, dass in Fällen drohender Eigen- oder Fremdgefährdung Zwangsmaßnahmen als Ultima Ratio nicht zu umgehen sind und „der prinzipielle Respekt vor der Patientenautonomie gegenüber der paternalistischen Fürsorge durch den Arzt zurückzustellen ist“². Diese Abwägung von Rechten erfordert eine interdisziplinäre Diskussion fachmedizinischer, rechtlicher sowie medizinethischer Aspekte, um Zwangsmaßnahmen sowie deren Art und Weise der Umsetzung zu legitimieren. Gemessen an dem Ausmaß der Einschränkung persönlicher Rechte sowie der Bedeutung von Zwangsmaßnahmen im

² Bormuth (2004) S. 185

psychiatrischen Stationsalltag, fand dieses Problem zu wenig Aufmerksamkeit in der wissenschaftlichen Literatur und in der Reflexion des stationären Alltags, so Smolka, Klinitz, Scheuring und Fähndrich 1997.³

Um sich dieser These beispielhaft zu nähern, beleuchtet die Arbeit die Berichterstattung über Zwangsmaßnahmen in der Zeitschrift „Der Nervenarzt“, einem Fachjournal für Psychiater und Neurologen, seit dessen Ersterscheinung 1928 bis 2020. Diese Zeitschrift wurde aus mehreren Gründen ausgewählt: Zum einen ist sie eine der meistzitierten deutschsprachigen psychiatrischen Zeitschriften. Zum anderen wurde sie 1928 in dem Anspruch gegründet, die Breite des psychiatrischen Feldes in Wissenschaft und Praxis abzudecken, so dass davon auszugehen ist, dass sowohl wissenschaftliche Diskurse als auch Problemstellungen im Umgang mit Zwangsmaßnahmen im stationären Alltag abgebildet werden. Darüber hinaus wird sie seit 1955 als offizielles Mitteilungsorgan der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN) verwendet.⁴

1.2 Zielsetzung und Aufbau der Arbeit

Das Ziel dieser Dissertation ist die Rekonstruktion des Diskurses zu Zwangsmaßnahmen in der Psychiatrie innerhalb der Fachzeitschrift „Der Nervenarzt“ in den Jahren 1928-2020. Es soll herausgearbeitet werden, zu welchen Zeitpunkten Debatten über Zwang in der Zeitschrift geführt wurden, aufgrund welcher Argumente Zwang darin legitimiert wurde und wann sich diese Rechtfertigungen in der Gewichtung veränderten oder neue Aspekte bei der Abwägung der Anwendung von Zwang Gehör fanden. Die Verwendung der Zeitschrift als offizielles Mitteilungsorgan der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN) kann zusätzlich aufzeigen, wann und in welcher Form sich die DGPPN als Fachverband von Psychiatern und Neurologen mit dem Themenkomplex auseinandergesetzt hat.

³ Vgl. Smolka, Klinitz, Scheuring und Fähndrich (1997) S. 888

⁴ Vgl. Steinert und Plewe (2005) S. 93

In *Kapitel 1* werden als theoretische Grundlage zuerst die Begriffe Zwangsmaßnahmen, Unterbringung, freiheitsbeschränkende und freiheitsentziehende Maßnahmen sowie die Zwangsbehandlung im Sinne einer Zwangsmedikation definiert. Des Weiteren wird eine Übersicht über weitere Arten von Zwang gegeben. In einem weiteren Schritt behandelt das Kapitel einen praktischen Leitfaden zu Überlegungen, die vor der Anwendung von Zwangsmaßnahmen angestellt werden müssen. Diese beinhalten die Prüfung der Selbstbestimmungsfähigkeit des Patienten, die konkrete Gefährdungslage, die Überlegung zur geeigneten Art der Zwangsmaßnahmen zur Erreichung des angestrebten Ziels sowie die Anwendung aller milderer Mittel, um die Zwangsmaßnahme abzuwenden. Daraufhin werden die aktuellen gesetzlichen Grundlagen zur Legitimierung von Zwangsmaßnahmen nach bundesländerspezifischen Landesgesetzen, dem Betreuungsrecht innerhalb des Bürgerlichen Gesetzbuches und dem gerechtfertigten Notstand im Strafgesetzbuch vorgestellt. Im Anschluss erfolgt ein kurzer Abriss der psychiatrischen Geschichte der letzten 150 Jahre und eine Vorstellung der Zeitschrift „Der Nervenarzt“.

In *Kapitel 2* werden die Einschlusskriterien zur Recherche passender Artikel, die Vorgehensweise bei der Auswahl dieser Texte sowie deren Analyse beschrieben und Limitationen der Arbeit aufgezeigt.

In *Kapitel 3* wird die quantitative Analyse der Artikel unter Berücksichtigung formaler und inhaltlicher Gesichtspunkte dargestellt. Die Betrachtung der Artikelanzahl der einzelnen Jahrzehnte, der Rubriken, in denen die Artikel erschienen sind, der Literaturangaben und der publizierenden Institutsformen findet in der quantitativen formalen Analyse statt. In der inhaltlichen Analyse werden die Artikel quantitativ in den Kategorien „Zwang im Nationalsozialismus“, „wissenschaftliche Evidenz“, „Reformansätze“, „rechtliche Rahmenbedingungen“ und „Medizinethik“, betrachtet.

In *Kapitel 4* werden die Berichte chronologisch nach Jahrzehnten sortiert und qualitativ analysiert. Wenn einzelne Diskussionen über die Grenzen der Jahrzehnte hinweg stattfinden, werden diese Artikel außerhalb ihres eigentlichen

Jahrzehntes diskursorientiert analysiert. Die 1920er und 1930er Jahre werden zu einem Betrachtungszeitraum zusammengefasst, da in den 1920er Jahren nur ein Artikel erschien, der thematisch gut zu den veröffentlichten Berichten der 1930er Jahre passt. Aufgrund der hohen Anzahl an Artikeln in den Jahren 2011-2020 wurde dieses Unterkapitel zur Bewahrung der Übersichtlichkeit weiter untergliedert.

In *Kapitel 5* erfolgt die Interpretation der Ergebnisse anhand folgender inhaltlicher Schwerpunkte: „Der Wandel des Selbstverständnisses der Psychiatrie“, „Der Nationalsozialismus als Gegenfolie“, „Zwang und Recht“, „Der Einzug der Medizinethik“, „Nach der Reform ist vor der Reform“, „Die Etablierung höherer klinischer Standards“ und die „Fehlanreize“, die im Umgang mit Zwangsmaßnahmen entstehen können. Die Literaturlauswertung zeigt dabei mehrere Paradigmenwechsel. Einer dieser Wechsel beinhaltet die kritische Aufarbeitung des Nationalsozialismus, ein anderer die verzögerte Entwicklung hin zur evidenzbasierten Medizin, was in der aktuellen S3-Leitlinie und der begleitenden multiprofessionellen Studie ihren vorläufigen Höhepunkt findet. Für die Zukunft scheinen bestimmte Entwicklungen absehbar, die eine signifikante Bedeutung im Diskurs um Zwangsmaßnahmen erlangen könnten. Dazu zählen die Kapitalisierung des Gesundheitssystems sowie die zunehmende Verschärfung des medizinischen Fachkräftemangels. Sie könnten erhebliche Auswirkungen auf die Frage haben, wann und aufgrund welcher Begründung Zwangsmaßnahmen eingesetzt werden.

1.3 Theoretische Grundlagen

1.3.1 Zwang in der Psychiatrie

Zwangsmaßnahmen können in der Behandlung psychischer Erkrankungen aufgrund der Einschränkung der Selbstbestimmungsfähigkeit der Patienten als Ultima Ratio erfolgen. Adorjan und Kollegen gehen davon aus, dass etwa 6-10%

der Behandlungsfälle psychiatrischer Krankenhäuser von Zwangsmaßnahmen betroffen sind.⁵

In einer ethischen Stellungnahme zur Anwendung von Zwang in der Behandlung psychischer Erkrankungen definierte die DGPPN 2014 Zwangsmaßnahmen wie folgt:

„Unter Zwangsmaßnahmen werden rechtlich a) Unterbringungen psychisch Kranker gegen deren erklärten Willen in Krankenhäusern und b) unterbringungsähnliche Maßnahmen (wie Fixierungen und Isolierungen) gegen den erklärten Willen verstanden. Ärztliche Zwangsmaßnahmen sind diagnostische und therapeutische Interventionen gegen den erklärten Willen.“⁶

Die DGPPN veröffentlichte in einer früheren Mitteilung 2006 eine Übersicht einzelner Maßnahmen von Zwang in der Psychiatrie (siehe Tabelle 1).⁷ Die DGPPN beschreibt darin folgende Kategorien von Zwang: freiheitseinschränkende Maßnahmen, Behandlung unter Zwang, erzwungene Diagnostik und erzwungene Grundpflege.

Zwangsmaßnahmen in der Psychiatrie			
Freiheitseinschränkende Maßnahmen	Behandlung unter Zwang	Erzwungene Diagnostik	Erzwungene Grundpflege
<ul style="list-style-type: none"> - Zwangseinweisung in eine psychiatrische Klinik oder in ein Wohnheim (ggf. geschlossen) - Gerichtliche Unterbringung in der psychiatrischen Klinik (öffentlich-rechtlich, nach BGB oder Maßregelvollzug) - Geschlossene Stationen - Ausgangsbeschränkung - Fixierung - Isolierung - Sonstige freiheitsbeschränkende Maßnahmen (Bettgitter, Steckbretter etc.) - Restriktive Alltagsorganisation auf Stationen („strukturelle Gewalt“) 	<ul style="list-style-type: none"> - Zwangsmedikation, mit oder ohne Anwendung körperlichen Zwangs (oral oder parenteral) - Zwangsernährung über Sonde oder Infusion oder durch psychologischen Druck - Zwangsweise Entgiftung/Entwöhnung bei Abhängigkeitserkrankungen - Durchführung medizinische Behandlungsmaßnahmen (Operation, Dialyse, etc.) 	<ul style="list-style-type: none"> - Blutentnahme - Körperliche Untersuchung - Anti-HIV, Hepatitiserologie bei vermuteter Fremd-Gefährdung - CCT ggf. in Kurznarkose 	<ul style="list-style-type: none"> - Hygienische Maßnahmen - Ernährung z.B. über Sonde oder PEG

Tabelle 1: Übersicht der Zwangsmaßnahmen in der Psychiatrie⁸

⁵ Vgl. Adorjan, Gaudernack, Beer, v. Massenbach, Falkai, Pollmächer und Pogarell (2017) S. 802

⁶ DGPPN (2014) S. 1424

⁷ Vgl. DGPPN (2006) S. 802

⁸ In Anlehnung an DGPPN (2006) S. 802

Diese ausführliche Übersicht soll aufzeigen, dass Zwang sehr unterschiedliche Maßnahmen beinhaltet. Als für die Analyse relevante Formen von Zwangsmaßnahmen sind folgende zu nennen:

1. Unterbringung des Patienten gegen seinen Willen (nach Landesgesetzen oder nach dem Bürgerlichen Gesetzbuch (BGB))
2. Freiheitsbeschränkende Maßnahmen wie das Festhalten, die Isolierung oder die Ausgangsbeschränkung sowie freiheitsentziehende Maßnahmen wie die mechanische Fixierung⁹
3. Zwangsbehandlung im Sinne einer Zwangsmedikation

Diese Formen sollen im Folgenden in Anlehnung an die Definitionen der S3-Leitlinie zur Verhinderung von Zwang erläutert werden:

Die **Unterbringung** ist eine freiheitseinschränkende Maßnahme, die Personen über einen definierten Zeitraum gegen ihren erklärten Willen an einem beschränkten Raum, beispielsweise einem psychiatrischen Krankenhaus, festhält.¹⁰ Eine Unterbringung kann durch Landesgesetze, durch das Betreuungsrecht nach §1906 des Bürgerlichen Gesetzbuches oder in den Maßregelvollzug durch das Strafgesetzbuch §63, 64 gerechtfertigt werden.¹¹

Freiheitsbeschränkende und freiheitsentziehende Maßnahmen sind in der Literatur nicht einheitlich definiert. Im Folgenden werden unter freiheitsentziehenden Maßnahmen gemäß dem Urteil des Bundesverfassungsgerichtes vom 24. Juli 2018 Handlungen verstanden, die die Bewegungsfreiheit des Patienten mechanisch stark oder gänzlich über einen längeren Zeitraum einschränken, wie die mechanische 5-Punkt oder 7-Punkt Fixierung.¹² Maßnahmen, welche die Bewegungsfreiheit weniger einschränken, werden als freiheitsbeschränkende Maßnahmen bezeichnet. Dazu zählen Ausgangsbeschränkungen sowie das Festhalten und die Isolierung von Patienten in einem gesonderten

⁹ Vgl. BVerfG, Urteil des Zweiten Senats vom 24. Juli 2018 -2 BvR 309/15- Rn. 1-131

¹⁰ Vgl. S3-Leitlinie Verhinderung von Zwang: Prävention und Therapie aggressiven Verhaltens bei Erwachsenen (2019) S. 16

¹¹ Vgl. S3-Leitlinie Verhinderung von Zwang: Prävention und Therapie aggressiven Verhaltens bei Erwachsenen (2019) S. 16

¹² Vgl. BVerfG, Urteil des Zweiten Senats vom 24. Juli 2018 -2 BvR 309/15- Rn. 1-131

Raum. Die S3-Leitlinie zur Verhinderung von Zwang kategorisiert mechanische Fixierungen und Isolierungen als freiheitsentziehende Maßnahmen und freiheits-einschränkende Maßnahmen geringerer Intensität als freiheitsbeschränkend.¹³

Unter einer **Zwangsbehandlung im Sinne einer Zwangsmedikation** ist die „Verabreichung von Medikamenten gegen den geäußerten oder auch nur ohne Äußerung gezeigten (natürlichen) Willen des psychisch erkrankten Menschen“¹⁴ zu verstehen. Dabei kann eine richterlich genehmigte Zwangsmedikation nach Landesgesetzen oder nach dem Bürgerlichen Gesetzbuch gegen die Notfallmedikation abgegrenzt werden. Die richterlich genehmigte Zwangsmedikation hat dabei nach der S3-Leitlinie zur Verhinderung von Zwang immer als Zwangsbehandlung zu gelten, auch wenn der Patient die beschlossenen Medikamente selbstständig einnimmt.¹⁵ Die Notfallmedikation ist in manchen Landesgesetzen explizit geregelt, ansonsten kann unter bestimmten Umständen auf den gerechtfertigten Notstand nach §34 des Strafgesetzbuches (StGB) zurückgegriffen werden.¹⁶

Zur Rechtfertigung von Zwangsmaßnahmen und deren Umsetzung definiert Steinert 2001 drei Grundannahmen:

- „1. die partielle oder vollständige Aufhebung der Freiheit zur autonomen Willensbildung durch die Erkrankung (und damit den Verlust der Fähigkeit, vernünftig über die Behandlungsnotwendigkeit zu entscheiden),
2. eine mögliche Selbst- oder Fremdgefährdung als kausale Folge der Erkrankung und
3. die Aussicht, den Krankheitszustand durch die erzwungene Behandlung zu verbessern“¹⁷.

¹³ Vgl. S3-Leitlinie Verhinderung von Zwang: Prävention und Therapie aggressiven Verhaltens bei Erwachsenen (2019) S.13

¹⁴ S3-Leitlinie Verhinderung von Zwang: Prävention und Therapie aggressiven Verhaltens bei Erwachsenen (2019) S. 17

¹⁵ Vgl. S3-Leitlinie Verhinderung von Zwang: Prävention und Therapie aggressiven Verhaltens bei Erwachsenen (2019) S. 17

¹⁶ Vgl. S3-Leitlinie Verhinderung von Zwang: Prävention und Therapie aggressiven Verhaltens bei Erwachsenen (2019) S. 17

¹⁷ Steinert, Hinüber, Arenz, Röttgers, Biller und Gebhardt (2001) S. 802

Diese Annahmen müssen nach Steinert erfüllt sein, um einen Patienten gegen seinen erklärten Willen behandeln zu können. Sie bilden die Grundlage für die rechtliche Verankerung von Zwangsmaßnahmen. Auf die rechtliche Grundlage von Zwang wird im weiteren Verlauf noch näher eingegangen.

Im folgenden Abschnitt sollen die konkreten, auf den beschriebenen Grundannahmen basierenden Überlegungen aufgezeigt werden, welche in einer Situation unmittelbar bevorstehender Zwangsanwendung von einem multiprofessionellen Behandlungsteam in meist kürzester Zeit angestellt werden müssen. Helmchen hat diese Überlegungen zu einem Leitfaden systematisiert, der im Folgenden näher erläutert werden soll.

Entscheidung zur Zwangsanwendung

Als Leitfaden für die Entscheidung zur Anwendung von Zwang sieht Helmchen folgendes Vorgehen als indiziert:

1. Prüfung der Selbstbestimmungsfähigkeit
2. Prüfung der konkreten Gefährdung (Fremd- oder Eigengefährdung)
3. Rechtfertigung der Zwangsart als geeignetes Mittel zur Erreichung des angestrebten Ziels
4. Alle „milderen“ Mittel waren ohne Erfolg.¹⁸

Diese Betrachtung soll im Folgenden näher erläutert werden:

1. Prüfung der Selbstbestimmung

Die Selbstbestimmungsfähigkeit definiert Vollmann als normatives Konzept, welches in den Bereichen Ethik und Recht entwickelt wurde. Im klinischen Alltag sind hierbei einige Synonyme wie „bei klarem Verstand“ oder „im Vollbesitz der geistigen Kräfte“ im Gebrauch.¹⁹ Die DGPPN beschreibt die Beachtung der Selbstbestimmung im Patientenumgang als das zentrale ethische Kernstück ärztlichen Handelns.²⁰

¹⁸ Vgl. Helmchen (2021) S. 262

¹⁹ Vgl. Vollmann (2014) S. 615-616

²⁰ Vgl. DGPPN (2014) S. 1420

Als Grundlage zur Feststellung der Selbstbestimmung eines Patienten benennt Vollmann fünf Kriterien: das Informationsverständnis, das Urteilsvermögen, die Abschätzung der Konsequenzen einer Entscheidung, die Krankheits- und Behandlungseinsicht sowie die Fähigkeit Entscheidungen zu treffen und zu kommunizieren. Das Informationsverständnis setzt voraus, dass der Patient in der Lage ist, die im Gespräch kommunizierten Informationen zu verstehen. Kann der Patient die Informationen verstehen, setzt das Urteilsvermögen voraus, dass er diese Informationen anhand seiner Lage, seiner Lebensumstände und den dadurch resultierenden Konsequenzen beurteilen kann. Weiterhin muss der Patient in der Lage sein, seine Problematik als psychische Störung anzuerkennen (Krankheitseinsicht) und die verschiedenen Möglichkeiten der Behandlung zu verstehen (Behandlungseinsicht). Zuletzt muss der Patient befähigt sein, eine Entscheidung treffen und diese auch ausdrücken können.²¹

Zwangsmaßnahmen bei selbstbestimmungsfähigen Patienten sind dabei nicht zulässig. Die DGPPN verweist auf den wichtigen Punkt, dass die Selbstbestimmungsfähigkeit und das Recht darauf, etwas Unvernünftiges zu wollen, sich nicht ausschließen²²: „Selbstbestimmungsfähige Patienten haben auch ein ‚Recht auf Krankheit‘ und können auf dieser Grundlage eine nach den Regeln ärztlicher Kunst indizierte Behandlung ablehnen.“²³

2. Prüfung der konkreten Gefährdung

Vor der Anwendung von Zwang muss zudem die konkrete Gefährdungslage meist in kürzester Zeit beurteilt werden. Dabei muss sowohl die potenzielle Gefährdung, die der Patient für sich selbst darstellt (Eigengefährdung) als auch die Gefahr für Dritte (Fremdgefährdung) eruiert werden. Eigengefährdung besteht im Falle von akuter Suizidalität oder schwerwiegendem selbstverletzendem Verhalten. Ursächlich hierfür können sein: selbsterstörerische Wahninhalte wie die Überzeugung, fliegen zu können, wahnhafte Vergiftungsideen mit vollständiger Flüssigkeits- und Nahrungsverweigerung, akute

²¹ Vgl. Vollmann (2014) S. 616

²² Vgl. DGPPN (2014) S. 1426

²³ DGPPN (2014) S. 1426

Verwirrungszustände exsikkierter Demenzerkrankter sowie delirante Zustände beim Alkoholentzug.²⁴ Die Anwendung von Zwang aufgrund einer Fremdgefährdung lässt sich in der Regel dadurch rechtfertigen, dass die Autonomie von Mitpatienten oder Mitarbeitenden der Klinik sowie deren Recht auf Freiheit und körperliche Unversehrtheit durch das herausfordernde krankheitsbedingte Verhalten des Patienten beeinträchtigt wird, obwohl er dies im Zustand der Selbstbestimmungsfähigkeit nicht gewollt hätte.²⁵ Beispiele für fremd-aggressives Verhalten können intoxikationsbedingte oder psychotische Erregungszustände sein sowie wahnhaftige Verfolgungsideen oder manische Affektentgleisungen.²⁶

Damit befindet sich der Psychiater in einem schwerwiegenden Dilemma aus der Beachtung des Patientenwohls und damit einhergehend der Autonomie des Patienten sowie seinem Recht auf Freiheit und körperliche Unversehrtheit und den Rechten Dritter, wie zum Beispiel dem Schutz des Personals oder der Mitpatienten vor Übergriffen. Es gelingt meist nicht, die Rechte aller Beteiligten durchzusetzen, sondern es bedarf einer stetigen Abwägung der Rechte der einzelnen Parteien.²⁷ Die Abwägung erscheint beispielsweise in Fällen akuter Suizidalität bereits sehr schwer. Umso schwieriger gestaltet sich diese jedoch in Fällen, in denen eine akute Lebensgefährlichkeit nicht klassisch als solche erkennbar ist, etwa wenn diese durch eine starke Vernachlässigung seiner selbst bedingt ist.²⁸

3. Rechtfertigung der Zwangsart als geeignetes Mittel zur Erreichung des angestrebten Ziels

Zwang soll nach Helmchen nur dann angewandt werden, wenn er zur Erreichung des angestrebten Ziels dienlich ist. Ein angestrebtes Ziel kann sein, die Selbstbestimmungsfähigkeit des Patienten wiederherzustellen.²⁹ Hierzu ist die exakte

²⁴ Vgl. DGPPN (2014) S. 1426

²⁵ Vgl. Pollmächer (2019) S. 669

²⁶ Vgl. DGPPN (2014) S. 1426

²⁷ Vgl. Pollmächer (2019) S. 669

²⁸ Vgl. Helmchen (2021) S. 262

²⁹ Vgl. Helmchen (2021) S. 262

Einschätzung der Situation wichtig, um stets die für den Patienten am wenigsten belastende Maßnahme zu wählen. Der Gesetzgeber unterscheidet, bezüglich der empfundenen Belastung des Patienten, freiheitsbeschränkende Maßnahmen wie das Festhalten oder die Isolierung, von freiheitsentziehenden Maßnahmen wie der mechanischen Fixierung. Dabei müssen freiheitsbeschränkende Maßnahmen geringere juristische Auflagen als freiheitsentziehende Maßnahmen erfüllen.³⁰ Medikamentöse Zwangsmaßnahmen werden vor dem Gesetz als ein noch schwerwiegenderer Eingriff in die bürgerlichen Grundrechte gewertet.³¹ Es kann deshalb zu Situationen kommen, in welchen freiheitsentziehende Maßnahmen richterlich genehmigt werden, eine medikamentöse Zwangsbehandlung juristisch jedoch abgelehnt wird. Dadurch entsteht eine medizinethisch kontroverse Situation: eine Fixierung kann als Bestandteil eines Behandlungskonzeptes sicherlich ein Mittel zur akuten Gefahrabwendung darstellen, jedoch kann sie die krankheitsbedingte Situation nicht substantiell verbessern, sodass es zu einer unnötigen Verlängerung freiheitseinschränkender Zwangsmaßnahmen und zu vermeidbarem Leid für den Patienten kommen kann.³² Systematische Befragungen von Patienten legen nahe, dass mechanische Freiheitseinschränkungen als wesentlich „demütigender und leidvoller“³³ wahrgenommen werden als eine medikamentöse Zwangsbehandlung. Die DGPPN fordert in diesem Zusammenhang dazu auf, dies in den Abwägungen des Behandlungsteams zu beachten.³⁴

4. Alle „milderen“ Mittel waren ohne Erfolg

Die erste S3-Leitlinie zur Verhinderung von Zwang, welche 2019 erschien, untersuchte in einem systematischen Review mit 78 eingeschlossenen Studien die Evidenz von Einzelmaßnahmen und komplexen Behandlungskonzepten zur

³⁰ Vgl. BVerfG, Urteil des Zweiten Senats vom 24. Juli 2018 -2 BvR 309/15- Rn. 1-131

³¹ Vgl. DGPPN (2014) S. 1427

³² Vgl. DGPPN (2014) S.1426-1427

³³ DGPPN (2014) S. 1427

³⁴ Vgl. DGPPN (2014) S. 1427

Deeskalation.³⁵ Die Einzelmaßnahmen werden dabei in sieben Kategorien eingeteilt:

1. Organisatorische und institutionelle Interventionen
2. Fort- und Weiterbildungsprogramme
3. Architektonische Gestaltung psychiatrischer Stationen
4. psychotherapeutische Angebote
5. Nachbesprechungen im therapeutischen Behandlungsteam
6. Vorausverfügungen
7. Risikovorhersagen und frühe Interventionen³⁶

Studien zu organisatorischen und institutionellen Interventionen zeigen Hinweise auf die Wirksamkeit einer Vergleichsmöglichkeit der psychiatrischen Kliniken durch eine Art Benchmarking sowie durch Reduktion der Stationsgröße und einer Erhöhung des Personalschlüssels. Zum Konzept der Öffnung von Stationstüren sieht die S3-Leitlinie bisher keine eindeutige Tendenz und verbleibt ergebnisoffen.³⁷ Bei Fort- und Weiterbildungsprogrammen zeigen sich die besten Ergebnisse bei Angeboten, welche sowohl theoretische als auch praktische Inhalte in den Bereichen Deeskalationstechniken, freiheitsbeschränkende Maßnahmen und Selbstschutz vermitteln.³⁸ Bauliche Modernisierungen mit ausreichenden Lichtverhältnissen und Privatsphäre für die Patienten sowie eine wohnliche Ausgestaltung der Stationen können in Beobachtungsstudien ebenfalls zu einer Reduktion von freiheitsbeschränkenden Maßnahmen führen.³⁹ Die S3-Leitlinie kommt weiterhin zu dem Schluss, dass sich die Einführung psychotherapeutischer Programme wie soziale Kompetenztrainings, kognitive Verhaltenstherapie oder verhaltenstherapeutische Nachbesprechungen mit den Patienten genauso wie die Erstellung individueller Behandlungspläne und

³⁵ Vgl. S3-Leitlinie Verhinderung von Zwang: Prävention und Therapie aggressiven Verhaltens bei Erwachsenen (2019) S. 234-248

³⁶ Vgl. S3-Leitlinie Verhinderung von Zwang: Prävention und Therapie aggressiven Verhaltens bei Erwachsenen (2019) S. 235

³⁷ Vgl. S3-Leitlinie Verhinderung von Zwang: Prävention und Therapie aggressiven Verhaltens bei Erwachsenen (2019) S. 235

³⁸ Vgl. S3-Leitlinie Verhinderung von Zwang: Prävention und Therapie aggressiven Verhaltens bei Erwachsenen (2019) S. 235-236

³⁹ Vgl. S3-Leitlinie Verhinderung von Zwang: Prävention und Therapie aggressiven Verhaltens bei Erwachsenen (2019) S. 236

Voraussetzungen zur Reduktion freiheitsbeschränkender Zwangsmaßnahmen führen.⁴⁰ Des Weiteren weisen Studien daraufhin, dass regelmäßige Nachbesprechungen im multiprofessionellen Behandlungsteam unter Hinzuziehung von Vorgesetzten und externen Experten zu einer Reduktion dieser Maßnahmen führen.⁴¹ Auch bei strukturierten Risikoeinschätzungen anhand von Checklisten sowie den darauf basierenden frühzeitigen Absprachen innerhalb des Behandlungsteams gebe es Hinweise auf eine Reduktion.⁴²

In den letzten Jahrzehnten entwickelten sich neben den Einzelmaßnahmen auch komplexe Behandlungskonzepte, die zur Reduktion von Zwangsmaßnahmen führen sollten. In der S3-Leitlinie finden die Konzepte „Six-Core-Strategies“ und „Engagement Model“ Beachtung.⁴³ Für ein tieferes Verständnis können diese auch in der S3-Leitlinie, beziehungsweise in der entsprechenden Fachliteratur nachgelesen werden.⁴⁴ Weitere Konzepte stellen das „Recovery“-orientierte „Weddinger-Modell“ und das Modell „Safewards“ dar. Beide Konzepte werden in Kapitel 4.9.2 kurz erläutert.

Die meisten Konzepte fordern eine mentale Einstellungsänderung des Behandlungsteams im Umgang mit den zu behandelten Personen. Dabei spielt der Ansatz der individualisierten „Recovery“ eine immer größer werdende Rolle. „Recovery“ kann mit ‚Genesung‘ oder ‚Wiedergewinnung‘ übersetzt werden, auch wenn sich der englische Begriff im deutschen Sprachgebrauch eher durchgesetzt hat.⁴⁵ Mahler und Kollegen definieren „Recovery“ folgendermaßen:

⁴⁰ Vgl. S3-Leitlinie Verhinderung von Zwang: Prävention und Therapie aggressiven Verhaltens bei Erwachsenen (2019) S. 238-239

⁴¹ Vgl. S3-Leitlinie Verhinderung von Zwang: Prävention und Therapie aggressiven Verhaltens bei Erwachsenen (2019) S. 240

⁴² Vgl. S3-Leitlinie Verhinderung von Zwang: Prävention und Therapie aggressiven Verhaltens bei Erwachsenen (2019) S. 241

⁴³ Vgl. S3-Leitlinie Verhinderung von Zwang: Prävention und Therapie aggressiven Verhaltens bei Erwachsenen (2019) S. 242-248

⁴⁴ Vgl. für das Weddinger Modell: Mahler, Jarchov-Jádi, Montag und Gallinat (2014) und für Safewards: Löhr, Schulz und Nienaber (2019)

⁴⁵ Vgl. Dammann (2014) S. 1156

„Recovery wird als individueller Weg verstanden, auf dem Symptome nicht vorrangig als zu beseitigende Krankheitserscheinungen, sondern auch als zur individuellen Biographie gehörende Merkmale betrachtet werden.“⁴⁶

Das Konzept fordert „eine bedürfnisangepasste, personenzentrierte psychiatrische Behandlung, die individuelle Krankheitskonzepte und Genesungswege zulässt und fordert dementsprechende Strukturen und Haltungen in der psychiatrischen und psychotherapeutischen Behandlung“⁴⁷. Um dies zu erreichen, sind einige Voraussetzungen nötig. Dammann benennt als solche den partnerschaftlich-wertschätzenden Dialog, das Anerkennen der Einzigartigkeit jedes Menschen, das Ziel der Verringerung von Leiden und das Fördern von Eigenverantwortung.⁴⁸ Die Umsetzung des Ansatzes sei jedoch in der Akutpsychiatrie und im Hinblick auf die Anwendung von Zwangsmaßnahmen hoch komplex und auch noch nicht abschließend geklärt, so Dammann.⁴⁹

Rechtliche Regelung

Jede Anwendung von Zwangsmaßnahmen erfordert durch das im Grundgesetz verankerte Recht auf körperliche Unversehrtheit sowie dem Recht auf richterliche Prüfung einer Freiheitsentziehung eine juristische Grundlage. Diese ist in unterschiedlichen Gesetzesbüchern von Bund und Land zu finden. Dabei gibt es in der Allgemeinen Erwachsenenpsychiatrie in der Regel drei Möglichkeiten zur rechtlichen Legitimierung von Zwang:

1. Landesgesetze, wie beispielsweise das Psychisch-Kranken-Hilfe-Gesetz (PsychKHG) Baden-Württembergs
2. Das Betreuungsrecht §1906 innerhalb des Bürgerlichen Gesetzbuches
3. Der gerechtfertigte Notstand nach Strafgesetzbuch §34.

Meist wird zur Durchführung einer Zwangsmaßnahme eine Unterbringung nötig, die entweder nach Landesgesetzen oder nach dem Bürgerlichen Gesetzbuch beantragt werden muss. Weitere Zwangsmaßnahmen können dann nach dem der

⁴⁶ Mahler et al. (2019) S. 700

⁴⁷ Mahler et al. (2019) S. 700

⁴⁸ Vgl. Dammann (2014) S. 1156

⁴⁹ Vgl. Dammann (2014) S.1159-1160

Unterbringung zugrundeliegenden Gesetz beantragt werden.⁵⁰ Die rechtlichen Grundlagen der Unterbringung, freiheitsentziehender und freiheitsbeschränkender Maßnahmen sowie der Zwangsbehandlung sollen im Folgenden sowohl nach Landesgesetzen als auch nach dem Betreuungsrecht des Bürgerlichen Gesetzbuches kurz umschrieben werden. Der gerechtfertigte Notstand nach §34 des Strafgesetzbuches bildet keine gesetzliche Grundlage für das Anwenden von Zwang, sondern legitimiert die eigentlich strafbare Handlung unter bestimmten Voraussetzungen.⁵¹

Zwangsmaßnahmen nach den Landesgesetzen:

Da die Landesgesetze in jedem Bundesland variieren, wird in dem folgenden Teil beispielhaft auf das Psychisch-Kranken-Hilfe-Gesetz von Baden-Württemberg verwiesen. Hierbei nennt §13 Abs. 3 Personen als unterbringungsbedürftig, die unter einer definierten psychiatrischen Störung leiden und eine akute Eigen- oder Fremdgefährdung aufweisen, die nicht auf andere Weise abgewandt werden kann.⁵² Dabei ist eine fürsorgliche Zurückhaltung ohne Antrag auf Unterbringung nur für eine bestimmte Zeitdauer zulässig. In der maximalen Form, bei einem Patienten der freitags zurückgehalten wird, muss spätestens montags früh der Antrag gestellt werden.⁵³ Besondere Sicherungsmaßnahmen wie eine Fixierung bedürfen eine gesonderten richterlichen Genehmigung im Vorfeld oder bei Gefahr im Verzug direkt im Nachgang.⁵⁴ Die Behandlung ohne Einwilligung des Patienten ist in §20 geregelt.⁵⁵ Für eine Zwangsbehandlung müssen die folgenden Bedingungen erfüllt sein: der zu Behandelnde ist krankheitsbedingt nicht handlungseinsichtig, es liegt eine akute Fremd- oder Eigengefährdung vor und die Behandlung hat zum Ziel, das Selbstbestimmungsrecht des Patienten wiederherzustellen.⁵⁶ Die Zwangsbehandlung ist auch bei einer bereits

⁵⁰ Vgl. Betreuung und Zwangsmaßnahmen in der Psychiatrie, (28.10.2021)

⁵¹ Vgl. S3-Leitlinie Verhinderung von Zwang: Prävention und Therapie aggressiven Verhaltens bei Erwachsenen (2019) S. 17

⁵² Vgl. §13 Absatz 3 PsychKHG BW i. d. F. v. 25.11.2014

⁵³ Vgl. §16 Absatz 4 PsychKHG BW i. d. F. v. 25.11.2014

⁵⁴ Vgl. §25 Absatz 5 PsychKHG BW i. d. F. v. 25.11.2014

⁵⁵ Vgl. §20 PsychKHG BW i. d. F. v. 25.11.2014

⁵⁶ Vgl. §20 Absatz 3 PsychKHG BW i. d. F. v. 25.11.2014

genehmigten Unterbringung zusätzlich zu beantragen und muss erneut richterlich entschieden werden.⁵⁷ Liegt eine Patientenverfügung vor, so hat diese Vorrang, außer die Behandlung soll wegen akuter Fremdgefährdung durchgeführt werden.⁵⁸

Zwangsmaßnahmen nach dem Betreuungsrecht:

Der betreuungsrechtlichen Unterbringung liegt der §1906 des Bürgerlichen Gesetzbuches (BGB) zugrunde. Für eine Unterbringung müssen verschiedene Voraussetzungen erfüllt sein: die Unterbringung muss vom Betreuungsgericht genehmigt werden, eine gesetzliche Betreuung, vor allem im Teilbereich der „Aufenthaltsbestimmung“ muss vorhanden sein, eine psychiatrische Störung muss vorliegen und eine krankheitsbedingte fehlende Behandlungseinsicht bestehen.⁵⁹ Im Unterschied zur Unterbringung nach Landesgesetze darf diese nur bei akuter Eigengefährdung beantragt werden. Eine Unterbringung aufgrund einer akuten Fremdgefährdung kann nur durch die Landesgesetze genehmigt werden. Ein weiterer Unterschied ist die Dauer der Unterbringung. Nach den Landesgesetzen können Patienten bis zur erneuten Entscheidung über die Fortdauer der Maßnahme maximal einige Wochen untergebracht werden, während nach dem Bürgerlichen Gesetzbuch eine Unterbringung bis maximal zwei Jahre ohne erneute Prüfung möglich ist.⁶⁰ Besondere Sicherungsmaßnahmen wie eine Fixierung oder eine medikamentöse Zwangsbehandlung sind nach dem Bürgerlichen Gesetzbuch ebenfalls nur bei akuter Eigengefährdung rechtfertigbar und müssen ebenfalls gesondert beantragt und erneut richterlich entschieden werden, wenn diese „regelmäßig“ oder „längerfristig“ zur Anwendung kommen.⁶¹

⁵⁷ Vgl. S3-Leitlinie Verhinderung von Zwang: Prävention und Therapie aggressiven Verhaltens bei Erwachsenen (2019) S. 16

⁵⁸ Vgl. §20 Absatz 6 PsychKHG BW i. d. F. v. 25.11.2014

⁵⁹ Vgl. §1906 BGB

⁶⁰ Vgl. §329 FamFG

⁶¹ Vgl. §1906 Absatz 2 und 4 BGB

1.3.2 Geschichte der Psychiatrie im 19/20. Jahrhundert

Der folgende Abschnitt soll einen Überblick über die allgemeine Geschichte der Psychiatrie der letzten zwei Jahrhunderte geben sowie im Speziellen den Umgang mit Zwangsmaßnahmen in der Vergangenheit verdeutlichen.

Die Jahrhundertwende ins 20. Jahrhundert

Im Vergleich zu anderen Fachbereichen der Medizin ist die Psychiatrie eine eher junge Disziplin.⁶² Der Ursprung konstatiert sich in vielen Quellen im historischen Akt der Kettenbefreiung der „Irren“ durch Philippe Pinel im Rahmen der französischen Revolution Ende des 18. Jahrhunderts sowie durch den geisteswissenschaftlichen Input aus der Zeit der Aufklärung.⁶³

Die Notwendigkeit der Errichtung der ersten Anstalten war kein primär medizinisch-psychiatrisches Bedürfnis, sondern ein gesellschaftliches.⁶⁴ Die rasche sozioökonomische Entwicklung des industriellen Zeitalters und die damit einhergehende Abwanderung der Bevölkerung in die Städte brach bestehende Strukturen wie Familienverbände, Dorfgemeinschaften oder Klosteranlagen auf.⁶⁵ So wurden zu Beginn in Anstalten nicht nur psychisch Erkrankte, sondern verschiedene Personengruppen wie Arbeitslose, Bettler oder Witwen, die in der schneller werdenden Welt der Industrialisierung von der Gesellschaft abgehängt wurden, untergebracht.⁶⁶

Die Gründung des Deutschen Reiches 1871 befeuerte den Ausbau des Anstaltswesens.⁶⁷ Die gesellschaftliche Ordnung und die Disziplin wurden weiter in den Vordergrund gerückt und die staatliche Fürsorge für psychisch Erkrankte zum festen Bestandteil der Sozial- und Gesundheitspolitik.⁶⁸ Dabei stieg die Zahl der Krankenbetten und der Anstaltseinweisungen überproportional zum Bevölkerungswachstum. Kamen im Jahr 1880 auf 10 000 Einwohner etwa 10,6

⁶² Vgl. Obiols (1978) S. 14-17

⁶³ Vgl. Degkwitz (1952) S. 418

⁶⁴ Vgl. Steinert (1985) S. 27

⁶⁵ Vgl. Dörner (1969) S. 216

⁶⁶ Vgl. Priebe (2018) S. 1217

⁶⁷ Vgl. Schott und Tölle (2006) S. 298

⁶⁸ Vgl. Bär (1998) S. 105

Einweisungen in eine psychiatrische Anstalt, so waren es 1913 mit 35,8 Einweisungen pro 10 000 Einwohnern schon dreimal so viele.⁶⁹ Steinert spricht von einer Wende des bürgerlich-emanzipativen Heilgedankens hin zu einem ordnungspolitischen Verwahrungsprinzip, welches in der Theorie von der zunehmend pessimistischen Grundhaltung führender deutscher Psychiater wie Emil Kraepelin bezüglich der Ätiologie und des Krankheitsverlaufs psychischer Krankheiten und der damit einhergehenden Resignation bezüglich Heilungsmöglichkeiten untermauert wurde.⁷⁰ Durch die Überfüllung der Anstalten verschlimmerten sich die dortigen Bedingungen zunehmend.⁷¹

Der Anstaltsalltag war von Einschränkungen und Reglementierungen geprägt, welche durch den Mangel an Personal weiter befeuert wurden. Zwangsmaßnahmen wie Fixierungen oder längerfristige Unterbringungen waren fester Bestandteil des Anstaltswesens. Unterbringungen wurden oftmals auf unbestimmte Zeit ausgesprochen.⁷²

Neben den bis heute bestehenden Formen von Zwangsmaßnahmen existierten in der Vergangenheit eine Vielzahl anderer Formen. Steinert beschreibt in der Literatur recherchierte Zwangsmaßnahmen der damaligen Zeit in einer Abhandlung zur Geschichte des psychiatrischen Landeskrankenhauses Weissenau. Darin zitiert er Panse mit der Zusammenstellung von Zwangsmaßnahmen wie der „schon zum Symbol gewordenen Zwangsjacke, Zwangsbett, Zwangsstuhl, Zwangsstehen, Zwangskorb, Zwangskamisol, Zwangswiege, Zwangshemd und Zwangsschrank“⁷³. Weiterhin berichtet Steinert über den Einsatz von Aderlassen, Brech- und Abführmittel, ätzende Salben, sowie das „Auspeitschen mit Brennesseln, Einschnitte in die Haut, Zusammendrücken der Carotis, Transfusionen von Tierblut oder auch eine Anwendung von Glühreisen an Scheitel und Sohle zugleich“⁷⁴. Die Vielfältigkeit der Methoden müsse eher als

⁶⁹ Vgl. Bär (1998) S.104

⁷⁰ Vgl. Steinert (1985) S. 27 ff

⁷¹ Vgl. Priebe (2018) S. 1217

⁷² Vgl. Schott und Tölle (2006) S. 298 ff.

⁷³ Panse (1964) S. 23 zitiert nach Steinert (1985) S. 21

⁷⁴ Steinert (1985) S. 21

Mangel an Wissen über psychische Erkrankungen gewertet werden, als dass es sich um effektive Behandlungsmöglichkeiten handelte, so Steinert.⁷⁵

Die psychiatrische Praxis, Forschung und Wissenschaft fanden lange Zeit lediglich innerhalb der Anstalten statt. Die ersten Universitätspsychiatrien mit eigenen Lehrstühlen entstanden an der Schwelle zum 20. Jahrhundert. Mit deren Ausbau verloren die Anstalten in Forschung, Unterricht und Fortschritt an Bedeutung und wurden zunehmend überholt.⁷⁶ Erst im Zuge der Psychiatrie-Reform der 1970er Jahre sollte sich diese aufgetane Schere aus psychiatrischen Anstalten und Universitätspsychiatrien langsam wieder annähern.⁷⁷

Der erste Weltkrieg verschärfte die Umstände in den Anstalten. Ärzte und Pfleger wurden in den Kriegsdienst berufen und alle gesellschaftlichen Ressourcen auf die Kriegsführung ausgerichtet. In den Anstalten kam es zu einem Massensterben durch Unterernährung mit schätzungsweise 70 000 Toten.⁷⁸ Trotzdem gab es keine öffentliche Kritik am Anstaltswesen. Teile der Gesellschaft beklagten die vielen Toten an der Front, während in den Anstalten „Insassen“ „behütet“ und gefahrlos weiterleben konnten.⁷⁹

In Teilen der psychiatrischen Forschung etablierte sich Anfang des 20. Jahrhunderts die Überzeugung, psychische Erkrankungen seien weitestgehend erblich bedingt. Man versteifte sich auf den Erblichkeitsfaktor als entscheidenden Faktor zu deren Eindämmung.⁸⁰ Hinzu kamen die Theorien der Rassenhygiene und des Sozialdarwinismus. Die Theorie der Rassenhygiene übertrug die darwinistische Evolutionstheorie auf das Konstrukt einer Gesellschaft und fokussierte sich auf das Selektionsprinzip als treibende Kraft.⁸¹ Die Gesellschaft wurde als biologisches Konglomerat angesehen, dessen Untergang bevorstünde, würde man nicht im Sinne des Sozialdarwinismus „wertvolles“ Leben fördern und „nutzlosem“ Leben konsequent entgegenwirken. Die Wertigkeit eines

⁷⁵ Vgl. Steinert (1985) S. 21

⁷⁶ Vgl. Fangerau und Müller (2002) S. 1040

⁷⁷ Vgl. Schott und Tölle (2006) S. 298

⁷⁸ Vgl. Schott und Tölle (2006) S. 105

⁷⁹ Vgl. Bär (1998) S. 108

⁸⁰ Vgl. Bär (1998) S. 107

⁸¹ Vgl. Bormuth (2004) S. 44

individuellen Lebens wurde an dessen Nutzen für die allgemeine Gesellschaft bemessen.⁸² Der Psychiater Alfred Hoche und der Jurist Karl Binding veröffentlichten 1920 das Buch „Die Freigabe der Vernichtung lebensunwerten Lebens“. Das Werk verdeutlichte beispielhaft die Forderung nach eugenischen Bestrebungen und zeigte retrospektiv betrachtet auf, wie verstrickt die psychiatrische Forschungs- und Anstaltslandschaft bereits ein Jahrzehnt vor der Machtergreifung Hitlers in das spätere nationalsozialistische Gedankengut war.⁸³ Steinert schreibt hierzu:

„Spätestens mit dieser Arbeit und ihrer Rezeption in der deutschen Psychiatrie wird die Legende unhaltbar, die Vernichtungsaktionen hätten die deutsche Psychiatrie überrumpelt – sie sind hingegen die konsequente „Endlösung“ einer Entwicklung, die durch die Machtergreifung des Nationalsozialismus zwar ermöglicht, nicht jedoch eingeleitet wurde.“⁸⁴

Kurz danach stürzte die Weltwirtschaftskrise die psychiatrischen Anstalten in eine weitere ideologisch-wissenschaftliche und ökonomische Talfahrt. Es verschärfte sich die Verknüpfung von „Heilen der Heilbaren“ und Vernichtung der „Unheilbaren“.⁸⁵ Auch konkrete Kosten-Nutzen-Abwägungen zwischen dauerhafter Unterbringung und radikalisiertem Vorgehen gegenüber „Minderwertigen“ wurden zunehmend diskutiert. Dabei stand vor allem die Sterilisation psychisch Erkrankter im Mittelpunkt der Überlegungen, um nach eugenischen Theorien die Ausbreitung von „Geisteskrankheiten“ in der Gesellschaft einzudämmen.⁸⁶

Die Zeit des Nationalsozialismus

Die Deutsche Gesellschaft für Rassenhygiene forderte bereits in den 1920er Jahren eine Regelung zur „Unfruchtbarbarmachung krankhaft Veranlagter“⁸⁷. Im Jahre 1932 lag der Entwurf eines Sterilisationsgesetz vor, welches unter

⁸² Vgl. Bär (1998) S. 107-108

⁸³ Vgl. Bär (1998) S. 107-108

⁸⁴ Vgl. Steinert (1985) S. 98

⁸⁵ Vgl. Bär (1998) S. 107

⁸⁶ Vgl. Bär (1998) S. 108-109

⁸⁷ Hohendorf, Roelcke und Rotzoll (1996) S. 937

anderem von Ernst Rüdin in dem Sinne überarbeitet wurde, dass eine Sterilisation auch ohne Einwilligung der betroffenen Person möglich sei.⁸⁸ Nach der Machtergreifung Hitlers trat am 14. Juli 1933 das „Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“⁸⁹ in Kraft. Dieses Gesetz erlaubte es Ärzten und damit auch Psychiatern, auffällige, „erbkrank“ Personen anzuzeigen, um sie zwangssterilisieren zu lassen. Damit wurden die theoretischen rassenhygienischen Überlegungen in die Tat umgesetzt.⁹⁰

Als mögliche Indikationen zur Sterilisation sah das Gesetz folgende vor: angeborener Schwachsinn, Schizophrenie, manisch-depressives Irresein, Huntington-Chorea, Epilepsie, erbliche Blindheit und Taubheit, schwerer Alkoholismus, sowie schwere körperliche Missbildung.⁹¹ In 60% der Fälle war der „angeborene Schwachsinn“ als Indikation angegeben, welcher durch einen einfachen Intelligenztest ermittelt wurde.⁹² 300 000 Menschen fielen diesem Gesetz bis zu Beginn des 2. Weltkrieges zum Opfer.⁹³ Psychiater trugen dabei einen nicht abstreitbaren Anteil. Sie verfügten über die Anzeige der betroffenen Person, erstellten die passenden Gutachten und waren bei den Gerichtsverhandlungen dabei. Durch ihr Handeln ist nicht anderes zu schlussfolgern, als dass der nationalsozialistische Staat von den Psychiatern bereitwillig unterstützt und damit mitunter die Weichen gestellt wurden, die Maßnahmen noch weiter zu verschärfen.⁹⁴ Das Gesetz wurde nach dem 2. Weltkrieg nicht als nationalsozialistisches Gedankengut gewertet und hatte in der Bundesrepublik weiterhin bestand.⁹⁵ Erst 1974 wurde es formell ausgesetzt. Im Jahr 1988 erkannte der Bundestag die Zwangssterilisation als nationalsozialistisches Unrecht an und sprach den Betroffenen und ihren Angehörigen sein Mitgefühl aus.⁹⁶

⁸⁸ Vgl. Hohendorf, Roelcke und Rotzoll (1996) S. 937

⁸⁹ Vgl. Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses, vom 14. Juli 1933.

⁹⁰ Vgl. Bormuth (2004) S. 45

⁹¹ Vgl. Ody (1998) S. 815

⁹² Vgl. Bonhoeffer (1949) S. 3

⁹³ Vgl. Keller, Flöter, Ragoschke-Schumm und Faßbender (2016) S. 195

⁹⁴ Vgl. Bär (1998) S. 110-111

⁹⁵ Vgl. Steger, Schmer, Strube und Becker (2012) S. 372

⁹⁶ Vgl. Steger, Schmer, Strube und Becker (2012) S. 372

Mit dem Beginn des Krieges 1939 begann auch der Vernichtungsfeldzug gegen psychisch Kranke. Allein die Aktion „T4“ forderte 70 000 Tote.⁹⁷ Dabei geschah dies nie unter geltendem Gesetz, sondern lediglich auf Grundlage eines Briefes Hitlers an seinen Arzt Karl Brandt und den Reichskanzleileiter Philipp Bouhler. Darin gab Hitler auserwählten Ärzten eine erweiterte Entscheidungsmöglichkeit, um unheilbar Kranken „den Gnadentod“ zu gewähren. Steinert stellte die Vermutung auf, dass eine Verschärfung der Maßnahmen zur „rassenhygienischen“ Aufreinigung von Anfang an in Betracht gezogen wurde und das NS-Regime nur auf eine geeignete Gelegenheit wartete, diese umzusetzen.⁹⁸ Die Absicht einer systematischen Tötung psychisch Erkrankter blieb durch den Kriegsbeginn und durch die Umgehung eines Gesetzes zunächst verschleiert.⁹⁹ Meist mit Zwischenstationen wurden „selektierte“ Patienten in grauen Bussen zu einer der sechs Tötungsanstalten Grafeneck/Württemberg, Brandenburg/Havel, Hartheim/Linz, Sonnenstein/Pirna, Bernburg/Saale oder Hadamar/Limburg gebracht.¹⁰⁰ Die Angehörigen erhielten oft zuerst eine Nachricht über die Verlegung und wenig später eine standardisierte Todesnachricht mit wechselnden Gründen, warum die Leiche hatte verbrannt werden müssen.¹⁰¹ Zum einen mehrten sich Kommunikationspannen wie falsche Namen, doppelte Benachrichtigungen oder die Angabe verschiedener Todesursachen, zum Anderen gab es immer mehr Gerüchte, die zu Unruhen innerhalb der Bevölkerung führten.¹⁰² So verfasste beispielsweise der württembergische Landesbischof Wurm mehrere Briefe an den damaligen Reichsminister des Inneren, Wilhelm Frick, in denen er vergeblich um Informationen zu den durchgesickerten Euthanasie-Maßnahmen in der Anstalt Grafeneck ersuchte.¹⁰³ Vermutlich aus einer Zusammenschau des wachsenden Widerstandes der Gesellschaft, der Erreichung der zu Beginn angedachten Anzahl an Tötungen, des geringen Kriegsfortschritts in der Sowjetunion sowie der zunehmenden

⁹⁷ Vgl. Bär (1998) S. 112

⁹⁸ Vgl. Steinert (1985) S. 105

⁹⁹ Vgl. Bormuth (2004) S. 46-47

¹⁰⁰ Vgl. Djordjevic (2002) S. 1116

¹⁰¹ Vgl. Bonhoeffer (1949) S. 3

¹⁰² Vgl. Bär (1998) S. 108-109

¹⁰³ Vgl. Rößner und Stöckle (2011) S. 31

Luftangriffe auf deutsche Städte wurde die „T4“ Aktion 1941 eingestellt.¹⁰⁴ Die Tötungen gingen jedoch in Form der „Wilden Euthanasie“, wie z.B. durch den dauerhaften Entzug von Nahrung (sog. E-Kost), medikamentöse Überdosierungen und die „Sonderbehandlung 14f13“ für KZ-Häftlinge, weiter.¹⁰⁵ Weitere 120 000 Menschen wurden dadurch getötet.¹⁰⁶

Die Frage, in welchem Verhältnis die psychiatrische Wissenschaft, die behandelnden Psychiater und diejenigen, die direkt in den Einrichtungen mit psychisch Kranken gearbeitet haben, zu den Ausweitungen der Anwendung von Zwang im Nationalsozialismus standen, bleibt strittig.¹⁰⁷ Sicherlich nicht abzustreiten ist die Tatsache, dass sie tief darin verstrickt waren.¹⁰⁸ Jedoch wird die Frage nach der treibenden Kraft kontrovers diskutiert. Waren es die Psychiater und die psychiatrische Wissenschaft, die mit den eugenischen und sozialdarwinistischen Forderungen die Erhöhungen des Zwanges vorantrieben, so dass die nationalsozialistische Ideologie dies nur zu ihrem eigenen Vorteil nutzen musste? Oder war es der nationalsozialistische Staat, der der Ärzteschaft kaum Möglichkeiten lies, sich vorgegebenen Richtlinien zu widersetzen?¹⁰⁹

Nach dem 2. Weltkrieg

In den Jahren nach Ende des 2. Weltkrieges breitete sich ein Schleier des Schweigens und Verdrängens über das psychiatrische Anstaltswesen aus. Da „Der Nervenarzt“ lediglich in der BRD publiziert wurde, wird sich der folgende geschichtliche Abriss auf die Bundesrepublik konzentrieren. Nach der kurzen Phase der juristischen Aufarbeitung und Entnazifizierung von 1945-1949 folgte eine Phase der Schlussstrichmentalität und weitestgehender Amnestierung ehemaliger NS-Anhänger.¹¹⁰ Die deutschen Psychiatrien wurden, gemessen an der durchschnittlichen Anstaltsaufenthaltsdauer, ineffektiver. War die durchschnittliche Aufenthaltsdauer in den 1920er-Jahren auf 183 Tage

¹⁰⁴ Vgl. Bär (1998) S. 115 und Hohendorf, Rotzoll, Richter, Eckart und Mundt (2002) S. 1067

¹⁰⁵ Vgl. Bormuth (2004) S. 48

¹⁰⁶ Vgl. Keller, Flöter, Ragoschke-Schumm und Faßbender (2016) S. 195

¹⁰⁷ Vgl. Hohendorf, Roelcke und Rotzoll (1996) S. 944-945

¹⁰⁸ Vgl. Bär (1998) S. 116

¹⁰⁹ Vgl. Hohendorf, Roelcke und Rotzoll (1996) S. 945

¹¹⁰ Vgl. Fangerau, Martin und Karenberg (2020) S. 7

abgesunken, war sie in den Nachkriegsjahren wieder auf über zwei Jahre angestiegen.¹¹¹

Zwangmaßnahmen wurden vor dem Inkrafttreten des Grundgesetzes 1949 ausschließlich durch die bundesländerspezifischen Unterbringungs- und Irrenfürsorgegesetze juristisch legitimiert.¹¹² Das Grundgesetz gab nun allen Bürgerinnen und Bürger das Recht auf körperliche Unversehrtheit und das Recht auf richterliche Prüfung einer Freiheitsentziehung.¹¹³

Die nun vorhandenen Unterschiede im Bundes- und Länderrecht und die damit einhergehenden Rechtsunsicherheiten führten zu einer großen Debatte zur Vereinheitlichung der einzelnen Ländergesetze zu einem bundeseinheitlichen Kranken-Schutzgesetz.¹¹⁴ Mit dem Inkrafttreten des Gesetzes über das gerichtliche Verfahren bei Freiheitsentziehungen von 1956 war klar, dass auch Unterbringungen psychisch Erkrankter richterlich beurteilt werden mussten.¹¹⁵ Die daraus entstandenen höheren bürokratischen Hürden wurden mehrfach von der Ärzteschaft stark kritisiert.¹¹⁶

Bestehende Missstände innerhalb der Anstalten wurden nicht abgebaut und Reformierungsversuche, wie sie in den USA, Westeuropa oder Skandinavien bereits ab den 1950er Jahren stattfanden, konnten innerhalb der deutschen Psychiatrie keinen Anklang finden.¹¹⁷ Zwangsmaßnahmen waren zwar, verglichen mit den zurückliegenden Jahrzehnten, massiv zurückgegangen, dennoch waren Fixierungen und Isolierungen, Netze über den Betten oder Zwangsinjektionen psychiatrische Praxis.¹¹⁸

Ebenso wurde erstmals öffentlich über Skandale berichtet. Ein besonderer Moment war die Veröffentlichung des amerikanischen Films „Die Schlangen-

¹¹¹ Vgl. Bär (1998) S. 106 und Schott und Tölle (2006) S. 304

¹¹² Vgl. Brink (2010) S. 392

¹¹³ Vgl. Artikel 2 Absatz 2 GG und Artikel 104 Absatz 2 GG

¹¹⁴ Vgl. Langelüddeke (1952) S. 303

¹¹⁵ Vgl. §2 Absatz 1 Gesetz über das gerichtliche Verfahren bei Freiheitsentziehungen (FEVG) in der Fassung vom 29.Juni 1956 (BGBl. I 599)

¹¹⁶ Vgl. Ehrhardt (1966) S. 109

¹¹⁷ Vgl. Bär (1998) S. 117

¹¹⁸ Vgl. Schott und Tölle (2006) S. 303

grube“ von 1948, welcher medial große Wellen schlug und über schreckliche Zustände und Misstände innerhalb psychiatrischer Anstalten berichtete.¹¹⁹ Kurz danach gelang der Prozess Corten in die Schlagzeilen, in welchem ein Allgemeinmediziner von seiner Ehefrau wegen einer unrechtmäßigen Entmündigung und dauerhaften Unterbringung in einer geschlossenen Heilanstalt verklagt, aber freigesprochen wurde.¹²⁰

Der Weg zur Psychiatrie-Enquête

Ab Mitte der 1950er Jahre bis Mitte der 1960er Jahre fand die Umbenennung der Heil- und Pflegeanstalten in psychiatrische Krankenhäuser statt. Gründe hierfür waren die Entwicklung der Psychopharmaka, die gewünschte aktive Abgrenzung zu den Anstalten im Dritten Reich und die Postulation eines Neuanfangs.¹²¹ Die Umbenennung war zudem ein wichtiger Schritt hin zur Entstigmatisierung von psychischen Erkrankungen und Gleichstellung mit somatischen Krankheiten.¹²² Als medizinische Meilensteine galten sowohl die Entwicklung von medikamentösen und biologischen Behandlungsmöglichkeiten als auch psychotherapeutische Verfahren und die Sozialpsychiatrie, welche einzeln und in Kombination eine gezielte Behandlung psychisch Erkrankter ermöglichten, wodurch sich die Psychiatrie in die Riege anderen medizinischen Gebiete eingliederte.¹²³ Die in der ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts geprägte Sichtweise der naturwissenschaftlich-objektiven Betrachtung der Psychiatrie wurde allmählich verlassen und verstärkt auf das subjektive Empfinden und Erleben des Individuums gelenkt, was wiederum einen Wandel im Selbstverständnis der Arzt-Patienten-Beziehung nach sich zog.¹²⁴ Im Hinblick auf Zwangsmaßnahmen bestand durch die Anwendung von Antipsychotika und Antidepressiva die Hoffnung, freiheitsbeschränkende Maßnahmen könnten bald der Vergangenheit angehören.¹²⁵

¹¹⁹ Vgl. Schneider (1951) S. 109

¹²⁰ Vgl. Gruhle (1951) S. 271

¹²¹ Vgl. Carius, Steinberg, Bauer und Angermeyer (2007) S. 88

¹²² Vgl. Carius, Steinberg, Bauer und Angermeyer (2007) S. 88

¹²³ Vgl. Priebe (2018) S. 1217-1218

¹²⁴ Vgl. Helmchen (2019) S. 727

¹²⁵ Vgl. Winkler (1966) S. 304

Die konsequente Abkehr von Zwangsmaßnahmen forderte der „No-Restraint“-Ansatz, welcher sich parallel zur klassischen Psychiatrie entwickelte.¹²⁶ In den 1960er Jahren flammte diese Antipsychiatrie-Bewegung erneut auf.¹²⁷ Anstelle von Restriktion und Strafe sollten die „Prinzipien der Geduld, Gerechtigkeit und Güte“¹²⁸ treten. Die Hauptkritikpunkte an der klassischen Psychiatrie bestanden im stets symptomorientierten Denken, dem diagnostischen Prozess, der das Individuum und seine Bedürfnisse in starre Konstrukte zwängt, den weiterhin bestehenden Missständen in den psychiatrischen Einrichtungen sowie der mangelnden Abgrenzung zur Psychiatrie in der NS-Zeit und forderten die Auflösung der Großkrankenhäuser.¹²⁹ Auch das Buch „Irrenhäuser, Kranke klagen an“ von Frank Fischer alarmierte mit seiner Psychiatrie-Kritik die Öffentlichkeit und Fachwelt.¹³⁰ Darin berichtete Fischer über die desaströsen Zustände in psychiatrischen Kliniken, über die brutale Ausübung von Zwangsmaßnahmen und ein gesundheitsschädigendes Milieu für die Patienten auf den Stationen.¹³¹

Dies, sowie das politische Klima der Emanzipationsbewegungen in den 1960er Jahren, führten zur Forderung nach Beendigung der Schlussstrichmentalität sowie nach Durchsetzung von Reformen, die in der Psychiatrie-Enquête 1975 gipfelten.¹³² Der von der Bundesregierung beauftragte Ergebnisbericht ermöglichte eine grundlegende Reform in der psychiatrischen Versorgung und Behandlung und sorgte in vielen Bereichen für konkrete Veränderungen.¹³³ Die gemeindenaher sowie bedarfsgerechte psychiatrische Versorgung in akuten, chronischen und rehabilitierten Stadien, die Koordination von ambulanten und stationären Angeboten sowie die Gleichstellung von psychisch Erkrankten mit somatisch Erkrankten waren die Hauptanliegen der Enquête.¹³⁴ In Bezug auf Zwangsmaßnahmen gibt es unterschiedliche Stimmen in der Literatur. Adorjan

¹²⁶ Vgl. Helmchen (2019) S. 726-727

¹²⁷ Vgl. Priebe (2018) S. 1218

¹²⁸ Panse (1964) S. 32

¹²⁹ Vgl. Bär (1998) S. 87 ff.

¹³⁰ Vgl. Schott und Tölle (2006) S. 312

¹³¹ Vgl. Fischer (1969) S. 14 ff.

¹³² Vgl. Brink (2010) S. 404 und Fangerau, Martin und Karenberg (2020) S. 8

¹³³ Vgl. Helmchen (2019) S. 727

¹³⁴ Vgl. Schott und Tölle (2006) S. 313

und Kollegen bezeichnen den Schlussbericht als „eine wirkliche Fortentwicklung“¹³⁵, während Gebhardt und Steinert das Fehlen von konkreten Empfehlungen für den Einsatz und die Umsetzung von Zwangsmaßnahmen stark kritisieren.¹³⁶ Medizinische Leitlinien zur Abwägung von Nutzen und Schaden von Zwangsmaßnahmen sowie die systematische Aufarbeitung wissenschaftlicher Evidenz ließen noch einige Jahrzehnte auf sich warten. 35 Jahre nach der Enquête erschien die S2-Praxisleitlinie der DGPPN über therapeutische Maßnahmen bei aggressivem Verhalten.¹³⁷ Erst im Jahre 2018, das heißt 43 Jahre nach der Psychiatrie-Enquête, kam die erste S3-Leitlinie zur Verhinderung und Zwang bei aggressivem Verhalten von Erwachsenen heraus.¹³⁸ Dies bekräftigt die zu Beginn der Arbeit aufgeworfene These, dass lange Zeit zu wenig wissenschaftlicher Austausch im Umgang mit Zwangsmaßnahmen in der Psychiatrie stattgefunden hat.

Nach der Psychiatrie-Enquête

Nach der Psychiatrie-Enquête kam es zu einer weiteren Welle von Umbenennungen psychiatrischer Krankenhäuser in psychiatrische Kliniken mit dem Ziel, eine effektive Akutversorgung besser hervorzuheben.¹³⁹ In den 1990er Jahren erfolgte beispielsweise in Baden-Württemberg die Umbenennung der Kliniken in Zentren für Psychiatrie.¹⁴⁰ „Zentrum“ sollte hierbei verdeutlichen, dass es sich um eine umfassende psychiatrische Versorgung handelte, die neben stationären auch teilstationäre und ambulante Angebote umfasste.¹⁴¹

Ein Meilenstein für die Medizin im Allgemeinen und die Arzt-Patienten-Beziehung innerhalb der Psychiatrien im Besonderen besteht im Ende der 1970er Jahren publizierten Werk „Principles of Biomedical Ethics“ der Philosophen Beauchamp und Childress, welches heutzutage zum weltweiten medizinethischen Standard

¹³⁵ Adorjan et al. (2017) S. 803

¹³⁶ Vgl. Gebhardt und Steinert (1998) S. 792

¹³⁷ Vgl. DGPPN (2010) S. 15 ff.

¹³⁸ Vgl. S3-Leitlinie Verhinderung von Zwang: Prävention und Therapie aggressiven Verhaltens bei Erwachsenen (2019)

¹³⁹ Vgl. Carius, Steinberg, Bauer und Angermeyer (2007) S. 89

¹⁴⁰ Vgl. Carius, Steinberg, Bauer und Angermeyer (2007) S. 89-90

¹⁴¹ Vgl. Carius, Steinberg, Bauer und Angermeyer (2007) S. 89-90

zählt.¹⁴² Darin beschreiben die Autoren vier gleichrangige Grundprinzipien medizinethischen Verhaltens:

1. der Respekt der Autonomie der Patientinnen und Patienten
2. die Fürsorge
3. das Prinzip des Nichtschadens und
4. die Gleichheit und Gerechtigkeit¹⁴³

Alle Prinzipien werden als gleichrangig angesehen. Dies bedeutet zum einen, dass Konflikte zwischen Prinzipien möglich sind und zum anderen, dass deren Lösung keine einfache Aufgabe ist, da situationsorientiert einzelne Prinzipien mit- und gegeneinander abgewogen werden müssen.¹⁴⁴ Pollmächer brachte 2015 die Entwicklung dieser Grundsätze mit den Verstrickungen der Psychiatrie in die nationalsozialistischen Verbrechen folgendermaßen in Verbindung:

„Dieser mittlerweile weltweit akzeptierte und zentral an der Autonomie und am Wohl des Patienten orientierte medizinethische Ansatz kann medizingeschichtlich am besten als Reaktion auf die problematischen Exzesse paternalistischer Medizin verstanden werden, die in den umfangreichen Sterilisationsprogrammen, grausamen medizinischen Versuchen an Schutzbefohlenen und schließlich in der Tötung abertausender Menschen mit geistiger Behinderung oder psychischer Krankheit in der ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts gipfelten.“¹⁴⁵

Die Aufarbeitung der NS-Zeit

Die Aufarbeitung der nationalsozialistischen Zeit fand lange nicht statt. Das gesellschaftliche Ansehen der Psychiatrien war nach Beendigung des 2. Weltkrieges am Tiefpunkt ihrer Geschichte angelangt.¹⁴⁶ Es herrschte ein Schleier des Schweigens und die Ablehnung einer generellen Schuld.

¹⁴² Vgl. Müller, Walter, Kunze, Konrad und Heinz (2012) b S. 1151

¹⁴³ Vgl. Beauchamp und Childress (1994) S. 38

¹⁴⁴ Vgl. Beauchamp und Childress (1994) S. 38 ff.

¹⁴⁵ Pollmächer (2015) S. 1149-1150

¹⁴⁶ Vgl. Steinert und Plewe (2005) S. 96

Aufkommende öffentliche Skandale wurden genauso abgetan wie Berichte über desolate Zustände in den Anstalten.

„Vergessen waren Fotos von Funktionsträgern mit Parteiabzeichen und politisch durchtränkten Reden von Präsidenten medizinischer Fachgesellschaften“¹⁴⁷, beschrieben Fangerau und Kollegen die Situation der Zeit. Schuld seien ein paar wenige Ärzte gewesen. Auch die DGPPN hielt 1972 noch an dieser Überzeugung fest. In der ersten Chronik der DGPPN (damals noch DGPN) wurde niedergeschrieben, dass „die wiederholten Versuche, das Fehlverhalten oder die Verbrechen einzelner Psychiater dieser Zeit ‚der deutschen Psychiatrie‘ anzulasten, als objektiv unbegründet zurückzuweisen“¹⁴⁸ seien.

Erst in den 1980er Jahren kann vom Beginn einer öffentlichen Debatte über die Aufarbeitung der NS-Zeit gesprochen werden, auch wenn bereits in den 1970er Jahren erste Texte dazu erschienen sind.¹⁴⁹ War die Berichterstattung damals eher noch zurückhaltend, offenbarte die zunehmende Forschung immer deutlicher die Dramatik der damaligen Verbrechen. Nicht das Fehlverhalten einzelner Ärztinnen und Ärzte war zu kritisieren und zu verurteilen, sondern die gesamte Institution der Psychiatrie und die Gesamtheit der Ärzteschaft, waren in die unvorstellbaren Grausamkeiten verstrickt, sei es mit aktiver Mitarbeit oder der Duldung dieser.¹⁵⁰ In seiner Rede am 92. Deutschen Ärztetag im Jahr 1989 zitierte Fangerau den Medizinhistoriker Richard Toellner:

„Die Ärzte im Dritten Reich haben uns eine schwere Last hinterlassen für jetzt und in alle Zukunft. Erinnern wir uns dieser Last. Lernen wir sie kennen, lernen wir die wirklich kennen. Anerkennen wir diese Last, lassen wir sie uns eine Lehre sein. Versuchen wir nicht, diese Last abzuschütteln, denn mit der Last geht die Lehre verloren. Nehmen wir sie auf. Die Last ist die Lehre.“¹⁵¹

In der Aufarbeitung solle es nicht darum gehen, etwas aufzuklären, um es für beendet erklären zu können, sondern darum, dem Vergessen des Vergangenen

¹⁴⁷ Fangerau, Martin und Karenberg (2020) S. 3

¹⁴⁸ Fehleemann, Fangerau, Dörre und Schneider (2017) S. 27

¹⁴⁹ Vgl. Helmchen (2019) S. 727

¹⁵⁰ Vgl. Fangerau, Martin und Karenberg (2020) S. 9

¹⁵¹ Fangerau, Martin und Karenberg (2020) S. 9

entgegenzuwirken, so Fangerau.¹⁵² Oftmals knüpfte sich eine Reihe von Auseinandersetzungen an Jubiläen, an Persönlichkeiten wie ehemalige Vorsitzende von Gesellschaften wie der DGPPN oder an Jahrestage von Geschehenem.¹⁵³ Dabei lag der Fokus entweder auf der Erinnerung an die Opfer oder auf den Biographien der Täter aus der Ärzteschaft. Seit der Jahrtausendwende haben diese Recherchen deutlich an Fahrt aufgenommen. Der Fokus lag hierbei stark auf der Seite der Täterschaft und den Beweggründen für deren Handeln.¹⁵⁴

Erst 2010 kam es zu einer öffentlichen Entschuldigung des damaligen Präsidenten der DGPPN, Frank Schneider.¹⁵⁵ Vorgegangen war der Entschuldigung die Änderung des ersten Paragraphen der Satzung der DGPPN mit dem neuen Wortlaut:

„Die DGPPN ist sich ihrer besonderen Verantwortung um die Würde und Rechte der psychisch Kranken bewusst, die ihr aus der Beteiligung ihrer Vorläuferorganisationen an den Verbrechen des Nationalsozialismus, an massenhaften Krankenmorden und Zwangssterilisationen erwachsen.“¹⁵⁶

Entwicklungen in der Rechtsprechung

Juristische Novellierungen unterstützten, vor allem in den letzten Jahren, die weitere Reduzierung der Zwangsmaßnahmen durch höhere Anforderungen an die Genehmigung von Zwang und die Stärkung von Patientenrechten.¹⁵⁷ Gleichzeitig sorgten die gestiegenen Anforderungen sowie die Unübersichtlichkeit der Rechtslage durch Rechtsgrundlagen aus den Unterbringungsgesetzen der Länder, dem Bürgerlichen Gesetzbuch und dem Strafgesetzbuch für Schwierigkeiten in der praktischen Umsetzung der Genehmigung von Zwangsmaßnahmen in der Psychiatrie.¹⁵⁸

¹⁵² Vgl. Fangerau, Martin und Karenberg (2020) S. 9

¹⁵³ Vgl. Fangerau, Martin und Karenberg (2020) S. 9-10

¹⁵⁴ Vgl. Fangerau, Martin und Karenberg (2020) S. 9

¹⁵⁵ Vgl. Fehlemann, Fangerau, Dörre und Schneider (2017) S. 27-28

¹⁵⁶ Vgl. Roelcke und Schneider (2012) S. 291

¹⁵⁷ Vgl. Adorjan et al. (2017) S. 803

¹⁵⁸ Vgl. Müller, Walter, Kunze, Konrad und Heinz (2012) a S. 1142

Wegweisend für die Veränderungen waren die Bestimmungen der UN-Behindertenkonvention 2006. Mit der Ratifizierung 2009 erkannte Deutschland die festgelegten Prinzipien an und verpflichtete sich, diese umzusetzen und einzuhalten.¹⁵⁹ Die Prinzipien beinhalteten die Selbstbestimmung und die Diskriminierungsfreiheit sowie die Gleichberechtigung in der gesellschaftlichen Teilhabe von Menschen mit körperlicher, geistiger, psychischer und psychosozialer Beeinträchtigung oder Behinderung.¹⁶⁰ Unter Bezugnahme auf die Konvention hatte das Bundesverfassungsgericht die Zwangsbehandlung im Maßregelvollzug in Rheinland-Pfalz sowie das Unterbringungsgesetz von Baden-Württemberg 2011 als mit dem Grundgesetz unvereinbar erklärt.¹⁶¹ Daraufhin kam es zu umfangreichen Novellierungsprozessen der länderspezifischen Unterbringungsgesetze.¹⁶² Baden-Württemberg war das erste Bundesland, welches sein Unterbringungsrecht umfassend auf den Prüfstand stellte und in Zusammenarbeit mit Professionellen und Betroffenen das Psychisch-Kranken-Hilfe-Gesetz (PsychKHG) erarbeitete, welches ab 2015 in Kraft trat.¹⁶³ Auch das Betreuungsrecht musste nach einer Entscheidung des Bundesgerichtshofes 2012 novelliert werden. Der Bundesgerichtshof sah dabei nicht die Zwangsbehandlung an sich als nicht rechtskonform an, sondern betrachtete die Rechte der Betroffenen als nicht ausreichend beachtet und dadurch die aktuelle rechtliche Regelung zur Zwangsbehandlung als nicht mit dem Grundgesetz vereinbar an.¹⁶⁴ Als Resultat musste eine Zwangsbehandlung neben einer Unterbringung gesondert richterlich genehmigt werden.¹⁶⁵

Bis zu dieser Neufassung bestand eine Art rechtsfreier Raum, der die alltägliche Praxis stark einschränkte, denn Zwangsbehandlungen waren nach dem BGB bis zur Ausarbeitung der Neufassung nicht mehr möglich.¹⁶⁶ Gerechtfertigt werden

¹⁵⁹ Vgl. Gerlinger, Deister, Heinz, Koller, Müller, Steinert und Pollmächer (2019) S. 46

¹⁶⁰ Vgl. Gerlinger et al. (2019) S. 46

¹⁶¹ Vgl. Müller, Walter, Kunze, Konrad und Heinz (2012) a S. 1142 und die entsprechenden Gesetze: BVerfG, 23.03.2011 2BvR 882/09; BVerfG, 12.10.2011 2BvR 633/11; BVerfG 15.12.2011 2BvR2362/11

¹⁶² Vgl. Gerlinger et al. (2019) S. 46

¹⁶³ Vgl. Gerlinger et al. (2019) S. 49

¹⁶⁴ Vgl. Pollmächer (2015) S. 1148

¹⁶⁵ Vgl. Vollmann (2014) S. 614

¹⁶⁶ Vgl. Müller, Walter, Kunze, Konrad und Heinz (2012) a S. 1149

konnte eine Zwangsbehandlung in dieser Zeit nur durch Rückgriff auf den gerechtfertigten Notstand nach Strafgesetzbuch §34 oder auf Basis mancher noch gültiger länderspezifischer Unterbringungsgesetze.¹⁶⁷ Dies führte vermutlich dazu, dass eine Besserung der krankheitsbedingten Zustände mancher Patienten zeitlich hinausgezögert wurde.¹⁶⁸

Müller und Kollegen hoben 2012 den Konflikt der Behandler hervor, die sich in einem „beidseits strafbedrohten Konflikt zwischen unterlassener Hilfeleistung und rechtswidriger Zwangsbehandlung gestellt“ sahen.¹⁶⁹

Eine weitere Regelung sorgte für viel Diskussion und wurde von der DGPPN 2014 stark kritisiert. In vielen länderrechtlichen Unterbringungsgesetzen ermöglichte es eine richterlich genehmigte Unterbringung, freiheitsbeschränkende oder freiheitsentziehende Zwangsmaßnahmen ohne erneute Antragsstellung und richterliche Genehmigung innerhalb dieser Unterbringung durchzuführen.¹⁷⁰ Hierzu gab es eine Grundsatzentscheidung des Bundesverfassungsgerichts am 24.7.2018: Fixierungen, die über 30 Minuten hinausgehen, mussten von nun an erneut richterlich genehmigt werden.¹⁷¹ Zudem wurde die 1:1 Betreuung gesetzlich eingefordert, welche aber teils schon in den Landesgesetzen durch die S2-Leitlinienempfehlung von 2010 umgesetzt worden war.¹⁷²

Als einen weiteren kontroversen Punkt beschrieb Pollmächer 2016 die unterschiedlichen rechtlichen Anforderungen an freiheitseinschränkende Maßnahmen wie einer Fixierung und einer medikamentösen Zwangsbehandlung. Nach aktuell gültiger Gesetzgebung muss die Freiheitsentziehung zunächst als milderes Mittel angesehen werden, da die Zwangsbehandlung durch das Grundrecht auf körperliche Unversehrtheit als schwerwiegenderer Grundrechtseingriff anzusehen ist und folglich mit wesentlich höheren rechtlichen Anforderungen versehen sein

¹⁶⁷ Vgl. Gerlinger et al. (2019) S. 46 und Steinert, Schmid und Arbeitskreis zur Prävention von Gewalt und Zwang (2014) S. 627

¹⁶⁸ Vgl. Pollmächer (2015) S. 1148

¹⁶⁹ Vgl. Müller, Walter, Kunze, Konrad und Heinz (2012) b S. 1150

¹⁷⁰ Vgl. DGPPN (2014) S. 1427

¹⁷¹ Vgl. Gerlinger et al. (2019) S. 46-48 und BVerfG, Urteil des Zweiten Senats vom 24. Juli 2018 - 2 BvR 309/15 -, Rn. 1-131

¹⁷² Vgl. DGPPN (2010) und Steinert und Hirsch (2020) S. 614

muss.¹⁷³ Hierzu schrieb das Bundesverfassungsgericht 2011 in seiner Urteilsbegründung bezüglich der Klage einer im Maßregelvollzug untergebrachten Person, die gegen die Zwangsbehandlung geklagt hatte, Folgendes:

„Maßnahmen zur Zwangsbehandlung dürfen nur als letztes Mittel und nur dann eingesetzt werden, wenn sie im Hinblick auf das Behandlungsziel, das ihren Einsatz rechtfertigt, Erfolg versprechen und für den Betroffenen nicht mit Belastungen verbunden sind, die außer Verhältnis zu dem erwartbaren Nutzen stehen.“¹⁷⁴

Weiter begründet das Bundesverfassungsgericht: „Medizinische Zwangsbehandlungen von Untergebrachten, und hier insbesondere operative Eingriffe und Zwangsmedikationen, stellen zudem eine besonders schwerwiegende Form des Eingriffs in das Recht auf körperliche Unversehrtheit dar [...], und [sind] daher normalerweise nur mit der – in strafrechtliche Hinsicht rechtfertigenden – Einwilligung des Betroffenen zulässig [...].“¹⁷⁵

Weiterhin sei bei der Beurteilung der Schwere des Eingriffs auch das subjektive Empfinden der Betroffenen zu beachten sowie die potentiell lebensbedrohlichen Nebenwirkungen von Psychopharmaka.¹⁷⁶ Pollmächer sieht darin die Gefahr, dass eine Unterbringung und eine Fixierung richterlich genehmigt, die Anforderungen an eine Zwangsmedikation aber nicht erfüllt werden, so dass sich der Patient zwar auf einer psychiatrischen Station befindet, er aber einer Möglichkeit der Wiedererlangung der Selbstbestimmung durch inhaltliche Besserung des krankheitsbedingten Zustandes beraubt bleibt.¹⁷⁷

1.3.3 Die Fachzeitschrift „Der Nervenarzt“

Die Fachzeitschrift „Der Nervenarzt“ wird seit 1928 als Journal für Psychiatrie und Nervenheilkunde herausgegeben. Die Zeitschrift wurde als „Fachorgan für

¹⁷³ Vgl. Artikel 2 Absatz 2 GG und Pollmächer (2016) S. 95

¹⁷⁴ BVerfG, Beschluss des Zweiten Senats vom 23. März 2011 - 2 BvR 882/09 -, Rn. 1-83

¹⁷⁵ BVerfG, Beschluss des Zweiten Senats vom 23. März 2011 - 2 BvR 882/09 -, Rn. 1-83

¹⁷⁶ Vgl. BVerfG, Beschluss des Zweiten Senats vom 23. März 2011 - 2 BvR 882/09 -, Rn. 1-83

¹⁷⁷ Vgl. Pollmächer (2016) S. 95-96

Wissenschaft und Praxis mit dem Schwerpunkt auf der Praxis“¹⁷⁸ in dem Anspruch gegründet, die gesamte Breite des Spektrums aus psychiatrischen und neurologischen Themen abzudecken. Seit 1928 erscheint die Zeitschrift monatlich mit zwölf Ausgaben im Jahr. Die Publikationen wurden während und kurz nach dem 2. Weltkrieg teilweise unterbrochen. So erschienen vom „Der Nervenarzt“ 1944 elf, 1945 und 1946 keine, 1947 zwölf und 1948 elf Ausgaben. Seit 1949 erscheint er wieder im regulären einmonatlichen Rhythmus.¹⁷⁹

„Der Nervenarzt“ ist seit 1955 das offizielle Mitteilungsorgan der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN) und für ihre Mitglieder kostenlos.¹⁸⁰ Die DGPPN als Zusammenschluss von Psychiatern und Neurologen sieht ihren Ursprung 1842 in einem lockeren Zusammenschluss zur „Gesellschaft Deutschlands Irrenärzten“ zur Vorbereitung einer Fachzeitschrift.¹⁸¹ Nach der Jahrhundertwende wurden 1903 aus den „Irrenärzten“ Psychiater und aus der Gesellschaft der „Deutsche Verein für Psychiater“.¹⁸² Im Oktober 1934 wurde der „Deutsche Verein für Psychiater“ gleichgeschaltet und ging in der „Gesellschaft deutscher Neurologen und Psychiater“ (GNDP) auf.¹⁸³ Ernst Rüdin, als Gründer dieser Gesellschaft, kollektiviert darunter weitere Gesellschaften mit dem Ziel eines einheitlichen Zusammenschlusses aller Psychiater und der Ausrichtung der Gesellschaft nach den Prinzipien der psychiatrischen Genetik und Eugenik.¹⁸⁴ Nach dem Krieg gründete sich 1950 die „Deutsche Gesellschaft für Neurologie“ (DGN) und 1955 die „Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Nervenheilkunde“ (DGPN später DGPPN) mit psychiatrischem Schwerpunkt und die im Dritten Reich zusammengeführte GDNP wurde aufgelöst.¹⁸⁵ Beide Gesellschaften nutzen die Zeitschrift als Mitteilungsorgan.¹⁸⁶

¹⁷⁸ Steinert und Plewe (2005) S. 93

¹⁷⁹ Vgl. Steinert und Plewe (2005) S. 93

¹⁸⁰ Vgl. Steinert und Plewe (2005) S. 97

¹⁸¹ Vgl. Fehleemann, Fangerau, Dörre und Schneider (2017) S. 7

¹⁸² Vgl. Fehleemann, Fangerau, Dörre und Schneider (2017) S. 13

¹⁸³ Vgl. Fehleemann, Fangerau, Dörre und Schneider (2017) S. 18

¹⁸⁴ Vgl. Schmuhl (2016) S. 131

¹⁸⁵ Vgl. Fehleemann, Fangerau, Dörre und Schneider (2017) S. 27

¹⁸⁶ Vgl. Steinert und Plewe (2005) S. 97

2 Methode

Untersucht wurden alle Ausgaben der Fachzeitschrift „Der Nervenarzt“ von 1928-2020 hinsichtlich aller publizierten Artikel zum Thema Zwang und Zwangsmaßnahmen innerhalb der Psychiatrie. Alle Artikel vor 1996 wurden an der Universität Tübingen in Papierform gesichtet. Alle Artikel ab 1996 wurden im Onlinearchiv des Springer Verlages recherchiert. Dazu wurden Einschlusskriterien definiert, auf die im Folgenden genauer eingegangen werden soll.

Einschlusskriterien:

Eingeschlossen wurden alle Artikel der Fachzeitschrift „Der Nervenarzt“, welche von 1928 bis einschließlich Ende 2020 in den Ausgaben veröffentlicht wurden, die die allgemeine Erwachsenenpsychiatrie innerhalb Deutschlands betrafen und sich inhaltlich mit dem Thema Zwang und Zwangsmaßnahmen befassten. Damit wurden anderen Teilbereiche der Psychiatrie, wie die Kinder- und Jugendpsychiatrie, die Gerontopsychiatrie, die Abteilung Sucht und die forensische Psychiatrie ausgeschlossen.

Zwang ist hier im Sinne von Zwangsmaßnahmen, d.h. Maßnahmen gegen den erklärten Willen des Patienten, und nicht als Störungsbild zu verstehen. Unter Zwangsmaßnahmen fallen freiheitseinschränkende Maßnahmen wie die Zwangseinweisung, die gerichtliche Unterbringung sowie freiheitsbeschränkende Maßnahmen wie die Isolierung oder die Fixierung und die zwangsweise Behandlung mit Medikamenten, wie es bereits in Kapitel 1.3.1 erläutert wurde. Weiterhin berücksichtigt wurden Begriffe, die die Betreuung einer Person beschreiben sowie Begriffe zu den rechtlichen Grundlagen von Zwang und insbesondere Zwang im Nationalsozialismus. Die Zwangsregistrierung psychisch Erkrankter wurde ausgeschlossen, da sich die Form von Zwang nicht auf das psychiatrische Krankenhaus an sich bezieht. Zur Recherche wurden die in der Tabelle 2 veranschaulichten Begriffe berücksichtigt.

Gruppe	Schlagwörter
Allgemein	Zwang, Zwangsmaßnahme, Zwangsmaßnahmen, Zwangsmittel, Anstalt, Heilanstalt, Irrenanstalt
Freiheitseinschränkende Zwangsmaßnahmen	Einweisung, Zwangseinweisung, Verwahrung, Anstaltsunterbringung, Untergebrachte, Langzeitverwahrte, Fixierung, Isolierung, Zwangsbehandlung, Zwangsmedikation, fürsorgliche Zurückhaltung, Freiheitsbeschränkung, Freiheitsentziehung, Freiheitsentzug,
Langfristiger Zwang	Vormundschaft, Vormund, Betreuung, Zwangsbetreuung,
Rechtliche Grundlage für Zwang	Irrenfürsorgegesetze, Unterbringungsgesetz, Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses, Bundesgesetz zum Schutze psychisch Erkrankter, Krankenschutzgesetze, Psychisch-Kranken-Hilfe Gesetz (Psych-KHG), Psychisch-Kranken-Gesetz (Psych-KG), Artikel 104. 2 GG, Psychiatrie-Enquête
Speziell die NS- Zeit betreffend	Sterilisation, Zwangssterilisation, Sterilisierung, Kastration, Unfruchtbarmachung, Unfruchtbarkeitsmachung, Tötung psychisch Kranker, Euthanasie, Vernichtung lebensunwerten Lebens, T4

Tabelle 2: Übersicht der verschiedenen Begriffe für die unterschiedlichen Arten von Zwang in der Psychiatrie

Auswahl der Artikel

Die Jahrgänge 1928-1996 wurden in Papierform in der Bibliothek der psychiatrischen Klinik der Universität Tübingen gesichtet. Anhand der Titel wurden 215 Arbeiten vorsortiert. Im Anschluss wurden die Abstracts berücksichtigt, welche seit 1977 durchgängig am Anfang der Artikel stehen. Waren diese nicht vorhanden, wurde der gesamte Text gesichtet. Dadurch wurden insgesamt 36 Arbeiten von 1928-1996 eingeschlossen. Bei den online verfügbaren Ausgaben von 1997-2020 wurde eine Volltextsuche durchgeführt. Hierzu wurde folgender Code verwendet (Stand: 09.01.2021):

„Zwang or Freiheit* or Anstalt* or Einweisung or Verwahrung or Unterbringung* or Isolierung* or "fürsorgliche Zurückhaltung" or Unterbringung or Vormund* or Betreuung or Langzeitverwahrte or Irrenfürsorgegesetz or "Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses" or "Bundesgesetz zum Schutze psychisch Erkrankter" or Krankenschutzgesetze or PsychK* or Steril* or Unfruchtbar* or T4 or Kastration or Euthanasie or "Vernichtung lebensunwerten Lebens" or Enquête“*

Daraus ergaben sich 1817 Resultate. Durch den Code kam es zu einer gewissen Streuung, die im deutschen Sprachgebrauch nicht zu umgehen ist. Damit ist gemeint, dass Begriffe wie „zwangsweise“, alles rund um Zwangsstörungen und Begriffe aus dem psychopathologischen Befund wie „Zwangsgedanken“, „Zwangshandlungen“ miteingeschlossen wurden. Die Artikel wurden, wie bei der Recherche in Papierform, anhand von Titel und Abstracts auf die Einschlusskriterien geprüft. Dadurch wurden weitere 80 Artikel eingeschlossen, so dass sich die finale Anzahl auf 116 Arbeiten belief.

Durchführung der Analyse

Die Analyse gliedert sich in zwei Hauptschritte: die quantitative und die qualitative Analyse. Im quantitativen Teil werden die Artikel zuerst nach formalen Kriterien wie der Anzahl der Artikel in den jeweiligen Jahrzehnten, der Rubrik, in welcher die Artikel erschienen sind sowie dem publizierenden Institut analysiert. An dieser Stelle soll kurz daraufhin gewiesen werden, dass der eine veröffentlichte Artikel zu Zwang in den 1920er Jahren durch die thematische Korrelation mit den Artikeln des folgenden Jahrzehnts zusammen mit diesen innerhalb der 1930er Jahren diskutiert wird.

In der inhaltlichen Analyse werden die Artikel nach ihrem thematischen Schwerpunkt einer von fünf Kategorien zugeteilt. Die Kategorien umfassen die „wissenschaftliche Evidenz“, die „Medizinethik“, die „rechtlichen Rahmenbedingungen“, die „Reformansätze“ und Artikel zum Thema „Zwang im Nationalsozialismus“. Ziel ist die Identifizierung wichtiger Themenkomplexe, mit welchen sich die Psychiater in den jeweiligen Jahrzehnten vorrangig beschäftigt haben.

In einem weiteren Schritt folgt die qualitative Analyse, in welcher in chronologischer Reihenfolge die inhaltlichen Hauptthematiken erläutert werden sollen. Dazu werden die Artikel in dem jeweiligen Erscheinungsjahrzehnt betrachtet. Da die Berichterstattung über Zwangsmaßnahmen ab der Jahrtausendwende sprunghaft angestiegen ist, wurden die Artikel ab diesem Zeitpunkt in thematisch gruppierten Unterpunkten betrachtet, um eine bessere Übersicht zu erhalten. Aufgrund der hohen Anzahl an Artikeln in den Jahren 2010-2020 wurde das Jahrzehnt in zwei Unterkapiteln, von 2010-2015 und 2016-2020 betrachtet.

In der Interpretation wird die chronologische Reihenfolge verlassen und thematisch wichtige Diskurse und deren Implikationen aufgezeigt.

Kritische Betrachtung der Vorgehensweise

Die beschriebene Vorgehensweise weist Limitationen auf. Die Recherche in Papierform stützte sich auf die Prämisse, dass ein Text, der sich thematisch mit Zwang beschäftigt, den Begriff Zwang oder eine ähnliche geartete Bezeichnung im Titel führt. Es ist daher möglich, dass Texte keine Beachtung fanden, da durch den Titel nicht zu erahnen war, dass Zwang im weiteren Sinne Teil des Textes sein könnte. Dies könnte zu einer Verzerrung der Analyse geführt haben, da in der Online-Recherche ab dem Jahr 1997 eine Volltextsuche möglich war. Durch den vorgestellten Code war hierbei eine wesentlich präzisere Recherche möglich, auch wenn die gefundenen Resultate auf die gleiche Weise durchsucht wurden, wie die Texte in Papierform.

Bei der Durchführung der Analyse könnten sich ebenfalls Verzerrungen ergeben haben. In der quantitativen Analyse wurden die Artikel nach den veröffentlichenden Institutionsformen eingeteilt. Für diese Einteilung wurde jeweils der Erstautor berücksichtigt. Dies könnte dazu geführt haben, dass Artikel, die in Kooperation unterschiedlicher Institutionen geschrieben wurden, nicht vollständig korrekt abgebildet wurden, da eine Gewichtung der einzelnen Institutionen nicht möglich war. Auch die inhaltliche Gewichtung der Artikel könnte in manchen Fällen anders bewertet werden, wodurch sich die Häufigkeiten der Kategorien in der inhaltlichen, quantitativen Analyse verändern würden. Wurden innerhalb eines Artikels mehrere inhaltliche Kategorien angesprochen, wurden die Artikel in der quantitativen Analyse zur Kategorie der Hauptaussage des Textes zugeordnet. Im Anschluss wurden in der qualitativen Analyse Nebenaspekte der Artikel differenzierter betrachtet. Auch die qualitative Analyse unterliegt Limitationen. Der Übersichtlichkeit wegen wurde eine chronologische Aufarbeitung innerhalb von Jahrzehnten gewählt. Dies hat zum Nachteil, dass Diskurse, welche sich über Jahrzehntegrenzen hinweg erstreckten, nicht adäquat wiedergegeben wurden. Kam es zu diesem Fall, wurde an entsprechender Stelle darauf verwiesen und der Artikel diskursorientiert analysiert.

3 Quantitative Analyse der Artikel der Fachzeitschrift „Der Nervenarzt“ von 1928-2020

3.1 Formale Analyse der Artikel der Fachzeitschrift „Der Nervenarzt“ von 1928-2020

Die eingeschlossenen Artikel wurden einer quantitativen Analyse unterzogen. Das Ziel ist die übersichtliche Darstellung aller Beiträge. Hierfür sollen in einem ersten Schritt formale Gesichtspunkte betrachtet werden. Dazu wird zuerst beleuchtet, wie viele Artikel pro Jahrzehnt zu Zwangsmaßnahmen publiziert wurden. Anschließend sollen die unterschiedlichen Rubriken betrachtet werden, in denen die Artikel innerhalb der Zeitschrift veröffentlicht wurden. Zum Schluss sollen die publizierenden Institutionsformen analysiert werden.

In einem weiteren Schritt sollen in Kapitel 3.2 die inhaltlichen Diskussionsschwerpunkte quantitativ veranschaulicht werden. Dazu wurden die inhaltlichen Kernthematiken zu fünf Kategorien zusammengefasst: „die wissenschaftliche Evidenz“, „die Medizinethik“ die rechtlichen Rahmenbedingungen“, „Reformansätze“ und Artikel zu „Zwang im Nationalsozialismus“.

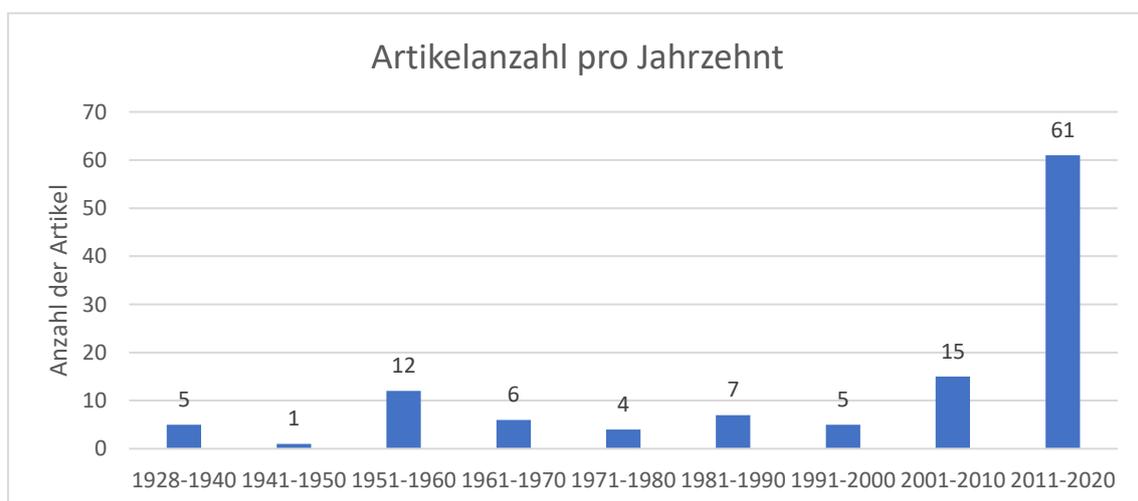


Abbildung 1: Übersicht der veröffentlichten Artikel nach Jahrzehnten

Abbildung 1 zeigt eine Übersicht der 116 veröffentlichten Artikel zum Thema Zwang in „Der Nervenarzt“ im zeitlichen Verlauf. Wie in der Grafik zu erkennen

ist, gab es im 20. Jahrhundert eine eher kontinuierliche Berichterstattung mit kleineren Gruppierungen an Diskussionen. Auffällig ist der sprunghafte Anstieg der publizierten Artikel ab dem Beginn des 21. Jahrhunderts. So wurden in den Jahren von 2001-2020 76 Artikel zum Thema Zwang in der Psychiatrie veröffentlicht. Das entspricht etwa 65% aller eingeschlossener Artikel.

Abbildung 2 zeigt die Artikel innerhalb der unterschiedlichen Rubriken der Zeitschrift. Dabei nimmt die Rubrik „Originalien“ mit 34,5% (n=40) den größten Anteil ein, gefolgt von den Artikeln innerhalb des Teilbereiches „Leitthema“ mit 20,7% (n=24), den „Leserbriefen“ und der Kategorie „Ergebnisse, Kasuistik“ mit jeweils 10,3% (n=12), den „Mitteilungen“ mit 7,8% (n=9) und den „Übersichten“ mit 6,9% (n=8). Dazu kommen fünf Artikel in der Kategorie „Historisches“, jeweils zwei in den Kategorien „Tagungsberichte“ und „Aktuelles“, sowie je ein Artikel in den Kategorien „Gutachtertätigkeit“ und „Weiter- und Fortbildungen“, welche zusammen 9,5% (n=11) ausmachen.

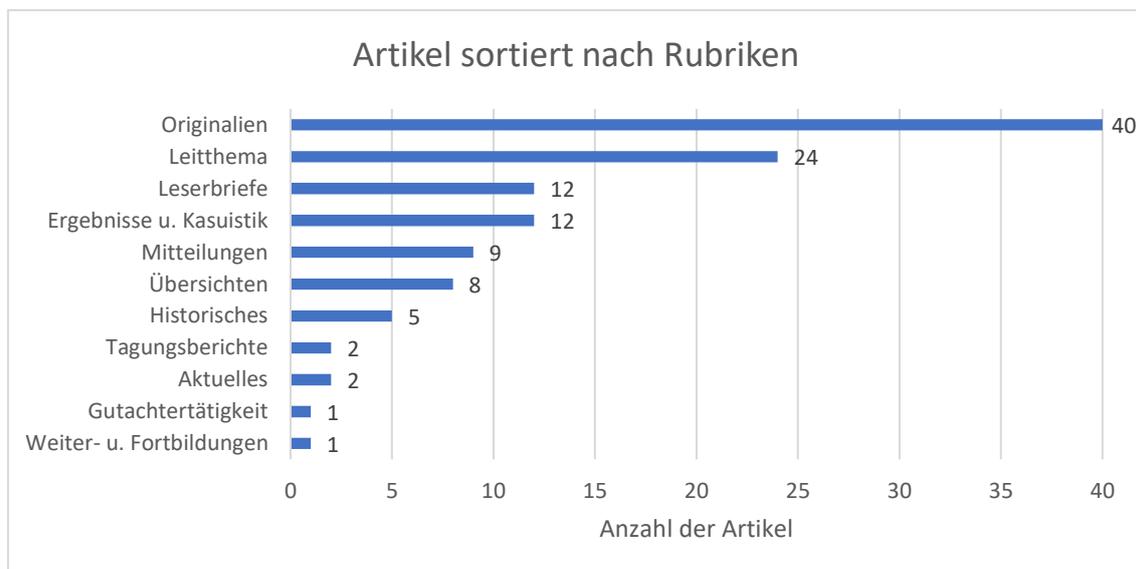


Abbildung 2: Nach den entsprechenden Rubriken sortierte Artikel von 1928-2020

Zu Abbildung 2 sind weitere Anmerkungen nötig, da sich die einzelnen Bezeichnungen der Kategorien über die Jahrzehnte hinweg veränderten. Die Kategorie „Leserbriefe“ wurde bis zum Jahr 1993 „Diskussion und Leserbriefe“ genannt.

Die davon betroffenen Artikel wurden zur Kategorie „Leserbriefe“ gezählt.¹⁸⁷ Die Kategorie „Ergebnisse und Kasuistik“ hieß bis zum Jahr 1973 „Ergebnisse, Kasuistik und Diskussion“. Die betroffenen Artikel wurden der Kategorie „Ergebnisse und Kasuistik“ zugeteilt.¹⁸⁸ Die Kategorien „Übersichten“ und „Originalien“ werden erst seit 1971 getrennt geführt. Von 1928-1955 wurden diese Kategorien unter dem Begriff „Originalien“ subsumiert. 1956 bestand keine Benennung für diese Gruppe von Berichten und von 1957 bis einschließlich 1970 wurde diese Kategorie „Aufsätze“ genannt. Die Artikel der Kategorie „Aufsätze“ wurden den „Originalien“ hinzugefügt.¹⁸⁹ Drei Einführungsartikel zu den Leitthemen-Reihen „Täterbiografien im Nationalsozialismus“¹⁹⁰, „Zivilcourage im Nationalsozialismus“¹⁹¹ und „Das Stationssetting in der Psychiatrie“¹⁹² wurden zur Kategorie „Leitthema“ hinzugezählt.

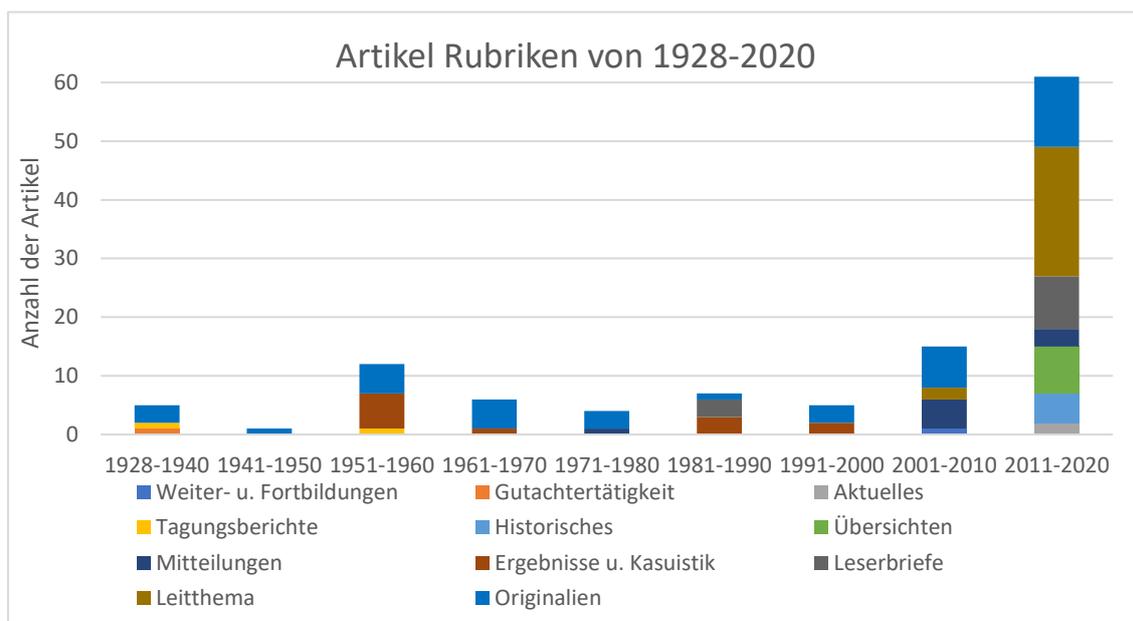


Abbildung 3: Häufigkeit der Rubriken, in welchen die Artikel zu Zwangsmaßnahmen erschienen, eingeteilt in Jahrzehnte von 1928-2020.

¹⁸⁷ Vgl. Spengler (1986) S. 615, Lorenzen (1987) S. 261-262 und Koch (1988) S. 750-751

¹⁸⁸ Vgl. Gruhle (1951) S. 271-273, Schneider (1951) S. 109, Gruhle (1952) S. 193, Langelüddeke (1952) S. 303-306, Overhamm (1952) S. 219-220 und Kulenkampff (1970) S. 150-152

¹⁸⁹ Vgl. Haisch (1965) S. 346-349, Ehrhardt (1966) S.107-110, Haisch (1966) S. 155-160, Winkler (1966) S. 304-310 und Winkler (1970) S. 548-554

¹⁹⁰ Vgl. Roelcke und Schneider (2012) S. 291-292

¹⁹¹ Vgl. Schneider und Roelcke (2013) S. 1041-1042

¹⁹² Vgl. Juckel und Gather (2019) S. 1111-1119

Abbildung 3 zeigt die unterschiedlichen Rubriken, in welchen die Artikel über die Zeit hinweg innerhalb der Zeitschrift veröffentlicht wurden. In der Grafik fällt auf, dass die Artikel der Rubrik „Leitthemen“ in den letzten zehn Jahren stark zunahm. Die ersten drei „Leitthema-Reihen“ beschäftigten sich mit Zwang im Nationalsozialismus und erschienen in den Jahren 2010, 2012 und 2013.¹⁹³ Im Jahr 2015 erschien eine „Leitthema-Reihe“ zur Akut- und Notfallpsychiatrie, im Jahr 2019 folgte eine weitere zu weniger restriktiven Auflagen innerhalb des Stationssettings von Psychiatrien und der Öffnung psychiatrischer Akutstationen.¹⁹⁴ Des Weiteren gab es zwei größere Diskussionen in der Fachzeitschrift, welche vorrangig über die Kategorie „Leserbriefe“ ausgetragen wurden. Zum einen löste Bruns 1986/87 eine Debatte über Zwangseinweisungen und ambulante Dienste aus.¹⁹⁵ Zum anderen wurde 2018 kontrovers über die Elektrokonvulsionstherapie als explizite Möglichkeit der Zwangsbehandlung nicht einwilligungsfähiger Patienten diskutiert.¹⁹⁶

Weiterhin bemerkenswert ist in Abbildung 3 die Kategorie „Übersichten“. Obwohl diese Kategorie seit 1971 besteht, wurde der erste Übersichtsartikel zum Thema Zwang erst 2012 veröffentlicht. Dieser war der erste von zwei Artikeln zu Zwangsbehandlungen unter den gegebenen Rechtsunsicherheiten von Müller, Walter, Kunze, Konrad und Heinz.¹⁹⁷ Daraufhin folgten in dieser Rubrik im Jahr 2014 zwei Texte zur Öffnung des psychiatrischen Stationssettings von Sollberger und Lang sowie 2017 und 2018 jeweils ein Artikel zur Zwangsbehandlung mittels

¹⁹³ Vgl. Rotzoll, Fuchs, Richter und Hohendorf (2010) S. 1326-1332, Roelcke (2010) S. 1317-1325 sowie Böhm (2012) S. 293-302, Roelcke (2012) S. 303-310, Roelcke und Schneider (2012) S. 291-292, Silberzahn-Jandt und Schmuhl (2012) S. 321-328, Forsbach (2012) S. 329-336, Rotzoll und Hohendorf (2012) S.311-320 und Beyer (2013) S. 1049-1055, Roelcke (2013) S. 1064-1068, Schmuhl (2013) S. 1069-1074, Schneider und Roelcke (2013) S. 1041-1042, Seidel (2013) S. 1043-1048 und Teller (2013) S. 1056-1063

¹⁹⁴ Vgl. Mavrogiorgou und Juckel (2015) S. 1111-1119, Pajonk (2015) S. 1081-1090 und Pollmächer (2019) S. 669-674, Steinert, Schreiber, Metzger und Hirsch (2019) S. 680-689, Beine (2019) S. 675-679, Gather, Scholten, Henking, Vollmann und Juckel (2019) S. 690-694, Mahler, Heinz, Jarchoy-Jadi, Bempohl, Montag und Wullschlegler (2019) S. 700-704, Nyhuis und Zinkler (2019) S. 695-699, Gouzoulis-Mayfrank, Gairing, Kramer, Forster und Schmitz-Buhl (2019) S. 709-714 und Juckel und Gather (2019) S. 1111-1119

¹⁹⁵ Vgl. Bruns (1986) S. 119-122

¹⁹⁶ Vgl. Zilles, Koller, Methfessel, Trost und Simon (2018) a S. 311-318, Zilles, Koller, Methfessel, Trost und Simon (2018) b S. 839-840, Zinkler, Beine, von Cranach, Osterfeld, Kaiser, Weinmann, Aderhold (2018) S. 837-838 und Grözinger, Conca, Bruhl und Di Pauli (2018) S. 841-842

¹⁹⁷ Vgl. Müller, Walter, Kunze, Konrad und Heinz (2012) a S. 1142-1149, und Müller, Walter, Kunze, Konrad und Heinz (2012) b S. 1150-1155

Elektrokonvulsionstherapie.¹⁹⁸ Im Jahr 2019 erschien ein Artikel von Helmchen über den Zeitgeist und die Menschenrechte innerhalb der Psychiatrie und 2020 ein Artikel von Steinert und Hirsch bezüglich der Vorstellung der S3-Leitlinie zur Verhinderung von Zwang.¹⁹⁹

Die Literaturangaben pro Artikel sind über die Jahrzehnte stetig angestiegen. Von 1928 – 1960 waren es durchschnittlich unter fünf Literaturangaben pro Text, während diese seit den 1960er Jahren stetig auf über 20 Literaturangaben pro Artikel in den letzten zehn Jahren angestiegen sind. Auch die Anzahl der an den Artikeln beteiligten Autoren stieg von anfangs in der Regel einem Autor pro Text bis in die 1970er Jahre auf über drei Autoren im Durchschnitt. Der Umfang der Artikel blieb über die Zeit gesehen weitgehend konstant.

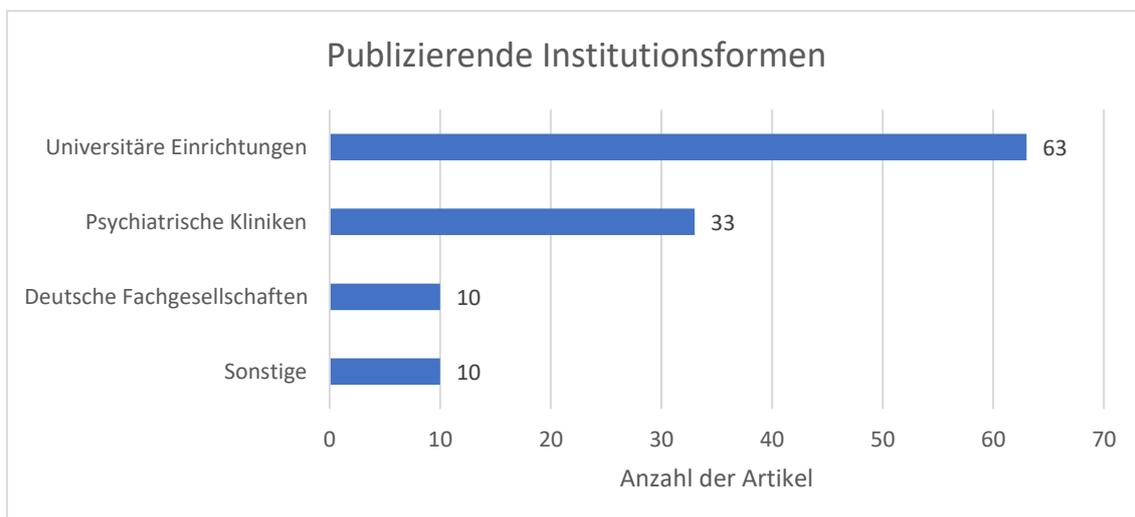


Abbildung 4: Anzahl der Artikel je publizierender Institutionsform

Bemerkenswert ist ebenfalls die Aufteilung der veröffentlichten Artikel nach den publizierenden Institutionsformen, wie in Abbildung 4 aufgezeigt. Zur Analyse wurde jeweils die Institution des Erstautors verwendet. Unter der Kategorie „psychiatrische Klinik“ wurden die Veröffentlichungen von Heil- und Krankenanstalten, Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie mit und ohne Psychosomatik, psychiatrischen Landeskrankenhäusern, psychiatrischen

¹⁹⁸ Vgl. Sollberger und Lang (2014) a S. 312-318 und Sollberger und Lang (2014) b S. 319-325 sowie Besse, Methfessel, Wiltfang und Zilles (2017) S. 46-52 und Zilles, Koller, Methfessel, Trost und Simon (2018) a S. 311-318

¹⁹⁹ Vgl. Helmchen (2019) S. 724-732 und Steinert und Hirsch (2020) S. 611-616

Abteilungen allgemeiner Krankenhäuser, Zentren für Psychiatrien und die des Zentrums für psychische Gesundheit subsumiert. Als „universitäre Institute“ wurden die verschiedenen Institute für Geschichte und Ethik der Medizin an Universitäten und Hochschulen zusammengefasst. Unter „deutsche Fachgesellschaften“ sind die Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde und deren Vorläufergesellschaften sowie die Gesellschaft für psychiatrische Pflege subsumiert. Unter die Kategorie „Sonstiges“ fallen vier Artikel unabhängiger Forschungsinstitute wie dem Max-Planck-Institut für Psychiatrie, vier Berichte ohne Angabe eines publizierenden Instituts, ein Artikel von einer Nervenarztpraxis und ein Artikel der rheinischen Provinzialverwaltung aus dem Jahr 1937.

Fasst man die veröffentlichten Artikel aus Universitätskliniken und universitären Instituten zur Gruppe „universitäre Einrichtungen“ zusammen, ergeben sich 63 Artikel. Dies sind fast doppelt so viele, wie die 33 veröffentlichten Artikel aus psychiatrischen Kliniken. Dies ist interessant, da sich erst zu Beginn des 20. Jahrhundert die ersten psychiatrischen Lehrstühle an universitären Einrichtungen gebildet hatten, welche zu einer Zweiteilung der psychiatrischen Krankenversorgung führten.²⁰⁰ Auf der einen Seite die neuen, stärker auf die Forschung fokussierten, universitären Lehrstühle mit angeschlossenen Kliniken und auf der anderen Seite die Heil- und Krankenanstalten mit langjähriger Geschichte.

Abbildung 5 geht genauer auf den Vergleich der veröffentlichten Artikel von psychiatrischen Kliniken und denen aus universitären Einrichtungen ein. Die Kategorien „universitäre Einrichtungen“ und „psychiatrische Kliniken“ wurden bereits im letzten Abschnitt erläutert und umfassen hier die gleichen Unterkategorien.

²⁰⁰ Vgl. Schott und Tölle (2006) S. 296

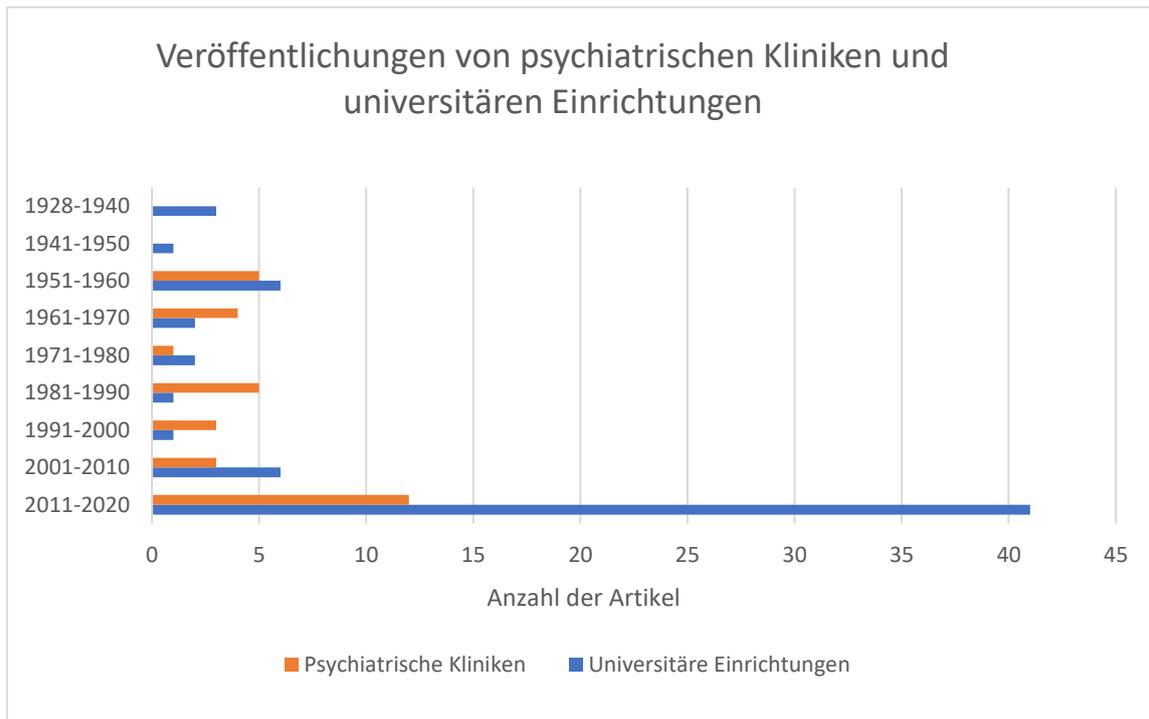


Abbildung 5: Veröffentlichungen „psychiatrischer Kliniken“ und „universitärer Einrichtungen“ chronologisch dargestellt

In den ersten 20 Jahren seit Ersterscheinung der Zeitschrift publizierten Heil- und Pflegeanstalten keine Artikel. In den 1950er Jahren erschienen fünf Artikel zu den anhaltenden Missständen innerhalb der Anstalten nach dem 2. Weltkrieg, wobei es vor allem um die Unterfinanzierung und die personellen Notstände ging.²⁰¹ Zudem wurden zur Beseitigung der bestehenden Rechtsunsicherheit in Folge der Einführung des Grundgesetzes bundeseinheitliche Gesetze zur Unterbringung nicht einwilligungsfähiger Patienten diskutiert, da das Grundgesetz jedem Bürger eine richterliche Prüfung bei einer Freiheitsentziehung zugestand. Unklar war zunächst, ob dies auch für die Unterbringung psychisch Erkrankter gelte.²⁰² Im Anschluss bewegte sich die Anzahl der Publikationen psychiatrischer Krankenhäuser bis zur Jahrtausendwende und in den ersten zehn Jahren danach im Bereich von drei bis fünf Artikeln pro Jahrzehnt. Eine Ausnahme bildeten die 1970er Jahre, in denen lediglich ein Text veröffentlicht wurde. Bis zur Jahrtausendwende wurden vor allem praxisbezogene Themen wie der

²⁰¹ Vgl. Schneider (1951) S. 109 und Merguet (1955) S. 384-390

²⁰² Vgl. Janz (1952) S. 191-193, Langelüddeke (1952) S. 303-306 und Overhamm (1952) S. 219-220

Reformierungswunsch des Anstaltswesens, der Prozess der Umbenennung der Anstalten in psychiatrische Krankenhäuser und das damit einhergehende veränderte Selbstverständnis sowie Effekte der Psychiatrie-Enquête publiziert.²⁰³ Der erste Artikel, welcher sich im Kern mit Ethik beschäftigte, erschien im Jahr 1966 von Winkler zur Notwendigkeit der Zwangsanwendung durch die Einschränkung der individuellen Freiheit der Betroffenen im Krankheitszustand.²⁰⁴ Danach folgte ein Bericht von Smolka, Klinitz, Scheuring und Fähndrich über eine prospektive Studie zur Patientenwahrnehmung von Zwangsmaßnahmen im Jahr 1997.²⁰⁵ Zu rechtlichen Rahmenbedingungen wurden zwei Artikel in diesem Zeitraum veröffentlicht.²⁰⁶ Auch zur von Bruns angestoßenen Debatte zu Zwangsmaßnahmen und ambulanten Diensten wurde von psychiatrischen Kliniken publiziert.²⁰⁷ Innerhalb der ersten Dekade des 21. Jahrhunderts erschienen drei Artikel psychiatrischer Kliniken. Zwei Texte thematisieren aggressives Verhalten von psychiatrischen Patienten und Übergriffe auf Mitarbeitende.²⁰⁸ Ein weiterer setzt sich anhand dreier Fallbeispiele mit den ethischen Konflikten bei der Zwangsbehandlung schizophrener Patienten auseinander.²⁰⁹

Im Zeitraum der Jahre von 2010-2020 erschienen so viele Berichte wie in den 40 Jahren davor zusammen. Die Themen blieben weiterhin praktisch und die psychiatrischen Kliniken beteiligten sich an der Diskussion um das Berufsethos des Psychiaters, der Kontroverse über einzelne Zwangsmaßnahmen wie der Fixierung und der Elektrokonvulsionstherapie sowie der Auseinandersetzung über die Öffnung des psychiatrischen Stationssettings.²¹⁰ Ein Artikel erschien in

²⁰³ Vgl. Haisch (1965) S. 346-349, Haisch (1966) S. 155-160 sowie Reimer (1977) S. 306-309, Reimer (1985) S. 161-165 und Gebhardt und Steinert (1998) S. 791-798

²⁰⁴ Vgl. Winkler (1966) S. 304-310

²⁰⁵ Vgl. Smolka, Klinitz, Scheuring und Fähndrich (1997) S. 888-895

²⁰⁶ Vgl. Winkler (1970) S. 548-554 und Bunse (1989) S. 233-235

²⁰⁷ Vgl. Bruns (1986) S. 119-122, Spengler (1986) S. 615 und Lorenzen (1987) S.261-262

²⁰⁸ Vgl. Grube (2001) S. 867-871 und Richter und Berger (2001) S. 693-699

²⁰⁹ Vgl. Steinert et al. (2001) S. 700-708

²¹⁰ Vgl. zum Berufsethos: Pollmächer (2015) S. 1148-1156, Steinert (2016) S. 93-94, zu einzelnen Zwangsmaßnahmen: Steinert, Schmid und Arbeitskreis zur Prävention von Gewalt und Zwang (2014) S. 621-629, Brieger et al. (2014) S. 606-613, Pollmächer (2016) S. 95-96, Zinkler et al. (2018) S. 837-838, Steinert und Flammer (2019) S. 35-39, Weinmann, Aderhold, Kleinschmidt, Zinkler und von Peter (2019) S. 954-955 und zur Öffnung psychiatrischer Stationen: Pollmächer (2019) S. 669-674, Nyhuis und Zinkler (2019) S. 695-699 und Gouzoulis-Mayfrank, Gairing, Kramer, Forster und Schmitz-Buhl (2019) S. 709-714

diesem Zeitraum zu rechtlichen Rahmenbedingungen.²¹¹ An der Aufarbeitung der Zeit des Nationalsozialismus beteiligten sich die psychiatrischen Kliniken innerhalb der Fachzeitschrift mit lediglich einem von 36 Artikeln.²¹²

Die universitären Einrichtungen publizierten hingegen im Jahr der Erstveröffentlichung der Fachzeitschrift „Der Nervenarzt“ bereits einen Artikel zu den gesetzlichen Möglichkeiten eine Sterilisation auch ohne Einwilligung durchführen zu können.²¹³ In den 1930er Jahren wurde zur Umsetzung der gesetzlichen Begebenheiten zur Zwangssterilisation berichtet.²¹⁴ Im Jahre 1949 erschien ein Artikel von Bonhoeffer, der entgegen der gängigen Meinung der Schlussstrichmentalität und des Verdrängens der NS-Zeit eine Rückschau auf die Auswirkungen des Sterilisationsgesetzes aufzeigte.²¹⁵ In den 1950ern ging es ähnlich wie bei den Publikationen der psychiatrischen Heilanstalten um den rechtlichen Rahmen der Zwangsmaßnahmen und um die Unterbringungspraxis.²¹⁶ Ein Artikel von Degkwitz über die Vermeidbarkeit der Anwendung von Zwang stach thematisch hervor und war seiner Zeit einige Jahrzehnte voraus.²¹⁷ Insgesamt wurden weitere drei Artikel bis zur Jahrtausendwende publiziert, die nichts mit der NS-Zeit zu tun hatten. Ein Text wurde zu den Unterbringungsgesetzen veröffentlicht, einer zu der Anprangerung der Missstände im psychiatrischen Versorgungswesen als Reaktion auf das Buch „Irrenhäuser: Kranke Klagen an“ von Frank Fischer, welches gravierende Unzulänglichkeiten innerhalb deutscher Psychiatrien thematisierte und einer zum Abbau von Zwangsmaßnahmen.²¹⁸ Zur Psychiatrie-Enquête, einem Meilenstein in der Reformierung der Versorgung psychisch Erkrankter in den 1970er Jahren, wurde kein Artikel von den universitären Einrichtungen veröffentlicht. Alle

²¹¹ Vgl. Valdes-Stauber, Deinert und Kilian (2012) S. 644-652

²¹² Vgl. Ody (1998) S. 815-817

²¹³ Vgl. Ebermayer (1928) S. 417-419

²¹⁴ Vgl. Beringer (1932) S. 587-593 und Luxenburger (1934) S. 437-456

²¹⁵ Vgl. Bonhoeffer (1949) S. 77-82

²¹⁶ Vgl. Gruhle (1951) S. 271-273, Gruhle (1952) S.1 93, Schönke (1951) S. 161-162, Leferez (1952) S. 252-265 und Eberhardt und Villingner (1954) S. 37-42

²¹⁷ Vgl. Degkwitz (1952) S. 418-421

²¹⁸ Vgl. Ehrhardt (1966) S. 107-110, Kulenkampff (1970) S. 150-152 und Bosch (1971) S. 65-74

weiteren Artikel seit den 1970er Jahren bis 2011 drehten sich um den Themenschwerpunkt Zwang im Nationalsozialismus.²¹⁹

Nahm die Anzahl der Artikel ab den 1960ern bis hin zur Jahrtausendwende in absoluten Zahlen stetig ab, kam es im Anschluss zu einer Trendumkehr. Wurden von 2001-2010 bereits sechs Artikel publiziert, waren es 2011-2020 41 Artikel. In den Jahren 2001-2020 bestimmten die universitären Einrichtungen den Diskurs innerhalb der Fachzeitschrift. Der größte inhaltliche Schwerpunkt lag dabei auf der Aufarbeitung von Zwang im Nationalsozialismus mit 14 Artikeln.²²⁰ Federführend waren universitäre Einrichtungen auch bei den Publikationen zu einer weniger restriktiven Psychiatrie und der Diskussion um die Öffnung der Stationstüren.²²¹ Die hier nicht explizit aufgeführten Artikel werden, wie alle anderen Artikel, in Kapitel 4 genauer betrachtet.

²¹⁹ Vgl. Petersen und Liedtke (1971) S. 197-205, Meyer (1988) S. 85-91, Hohendorf, Roelcke und Rotzoll (1996) S. 935-946, Fangerau und Müller (2002) S. 1039-1046, Hohendorf, Rotzoll, Richter, Eckart und Mundt (2002) S. 1065-1074, Roelcke (2002) S. 1019-1030, Schmuhl (2002) S. 1058-1063, Rotzoll, Fuchs, Richter und Hohendorf (2010) S. 1326-1332, Roelcke (2010) S. 1317-1325 und Steger, Gorgl, Strube, Winkelmann und Becker (2011) S. 1476-1482

²²⁰ Vgl. Rotzoll, Fuchs, Richter und Hohendorf (2010) S. 1326-1332, Roelcke (2010) S. 1317-1325, Steger, Gorgl, Strube, Winkelmann und Becker (2011) S. 1476-1482, Steger, Schmer, Strube und Becker (2012) S. 366-373, Roelcke (2012) S. 303-310, Roelcke und Schneider (2012) S. 291-292, Forsbach (2012) S. 329-336, Rotzoll und Hohendorf (2012) S. 311-320, Beyer (2013) S. 1049-1055, Schneider und Roelcke (2013) S. 1041-1042, Schmuhl (2013) S. 1069-1074, Roelcke (2013) S. 1064-1068, Helmchen (2015) S. 77-82, Keller, Flöter, Ragoschke-Schumm und Faßbender (2016) S. 195-202 und Söhner, Cranach, Fangerau und Becker (2017) S. 1065-1073

²²¹ Vgl. Sollberger und Lang (2014) a S. 312-318 und und Lang (2014) b S. 319-325, Kowalinski, Hochstrasser, Schneeberger, Borgwardt, Lang und Huber (2019) S. 705-708, Beine (2019) S. 675-679, Steinert, Schreiber, Metzger und Hirsch (2019) S. 680-689, Gather, Scholten, Henking, Vollmann und Juckel (2019) S. 690-694, Mahler et al. (2019) S. 700-704 und Juckel und Gather (2019) S. 667-668

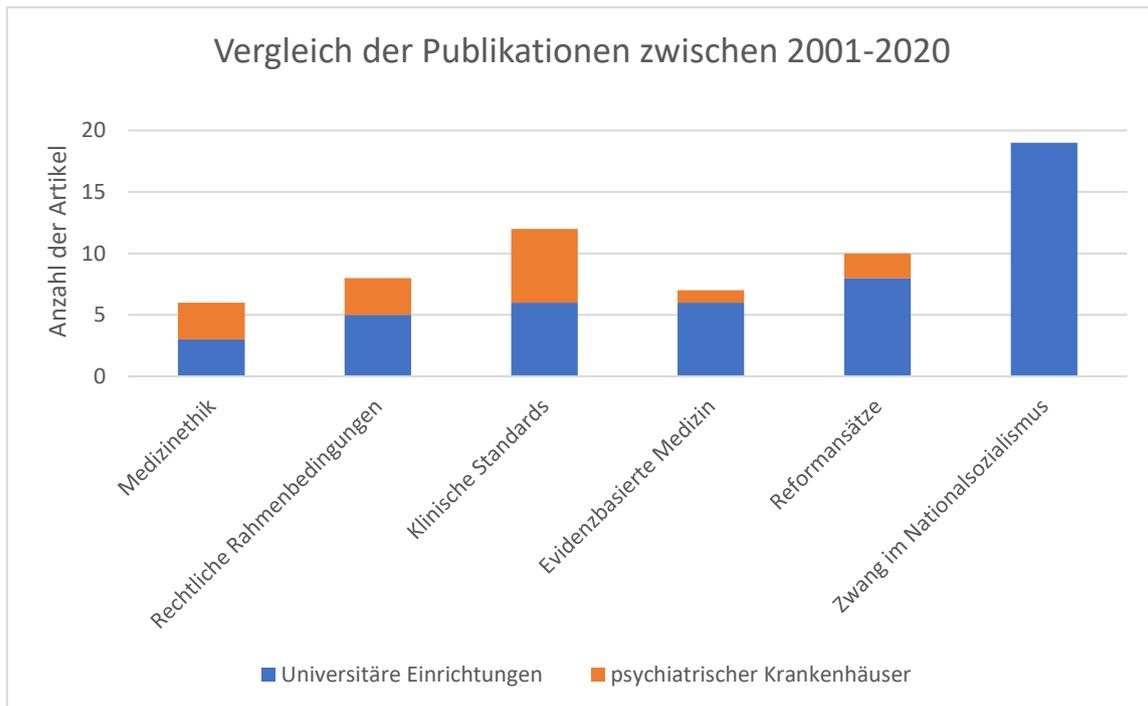


Abbildung 6: Vergleich der thematischen Schwerpunkte der Publikationen von universitären Einrichtungen und den psychiatrischen Krankenhäusern im Zeitraum von 2001-2020

In den Jahren 2001-2020 wurden im Vergleich zum 20. Jahrhundert deutlich mehr Artikel zu Zwangsmaßnahmen in der Fachzeitschrift veröffentlicht. Dies spricht für eine stärkere Auseinandersetzung mit dem Thema. Es wurde zwar zu allen inhaltlichen Kategorien vermehrt publiziert, dennoch gab es Unterschiede in der inhaltlichen Gewichtung der Auseinandersetzung zwischen den Publikationen der universitären Einrichtungen und denen der psychiatrischen Kliniken. Abbildung 6 verdeutlicht die unterschiedlichen thematischen Schwerpunkte der Publikationen universitärer Einrichtungen und psychiatrischer Kliniken in den Jahren von 2001-2020. Während sich psychiatrische Kliniken an der Kontroverse über medizinethische Themen, rechtliche Rahmenbedingungen und klinische Standards beteiligten, hatten sie einen deutlich geringeren Anteil an Publikationen zur evidenzbasierten Medizin und neuen Reformansätzen. Zudem veröffentlichten diese im genannten Zeitraum keinen einzigen Beitrag zur Aufarbeitung der Zeit des Nationalsozialismus. Die universitären Einrichtungen führten somit die gesamte Debatte um die Aufarbeitung der Psychiatrie im

Nationalsozialismus. Dies ist durch die Subsumierung der medizinethischen Institute in die Kategorie der universitären Einrichtungen verständlich. Auffallend ist der Zuwachs an Artikeln von universitären Einrichtungen zu der Kategorie der Reformansätze. Wurde in den 1970er Jahren kein Artikel zur bevorstehenden Psychiatrie-Enquête oder über die Ergebnisse dieser berichtet, waren sie bei der Debatte um die Umsetzung einer weniger restriktiven Psychiatrie in den ersten 20 Jahren des 21. Jahrhunderts federführend.

3.2 Inhaltliche Analyse der Artikel der Fachzeitschrift „Der Nervenarzt“ von 1928-2020

Im Folgenden soll die Aufteilung der Artikel in thematische Schwerpunkte näher betrachtet werden. Als Schwerpunkte ergaben sich fünf Kategorien: „wissenschaftliche Evidenz“, „Medizinethik“, „rechtliche Rahmenbedingungen“, „Reformansätze“ und Artikel zu „Zwang im Nationalsozialismus“. Die Einteilung aller Artikel in inhaltliche Kategorien stellte eine Herausforderung dar, da viele Artikel mehrere thematische Aspekte beinhalten. Artikel der Kategorien „Zwang im Nationalsozialismus“ und „rechtliche Rahmenbedingungen“ konnten zumeist sehr disjunkt dem jeweiligen Bereich zugeordnet werden. Schwieriger war es bei den verbleibenden drei Kategorien. Artikel der Kategorien „wissenschaftliche Evidenz“, „Medizinethik“ und „Reformansätze“ zeigten oft Nebenaspekte aus den jeweiligen anderen thematischen Bereichen auf. Um Mehrfachnennungen zu vermeiden, wurde jeder Artikel anhand seiner thematischen Kernaussage einer der inhaltlichen Kategorien zugeteilt. So wäre es jedoch auch möglich gewesen, einzelne Artikel einer anderen Kategorie zuzuteilen. Um für mehr Transparenz zu sorgen, werden die zur entsprechenden Kategorie gehörigen Artikel tabellarisch am Ende der jeweiligen Besprechung aufgeführt und die inhaltlichen Nebenaspekte benannt. Eine in die Tiefe gehende, inhaltliche Analyse findet im Anschluss in der qualitativen Analyse in Kapitel 4 statt.

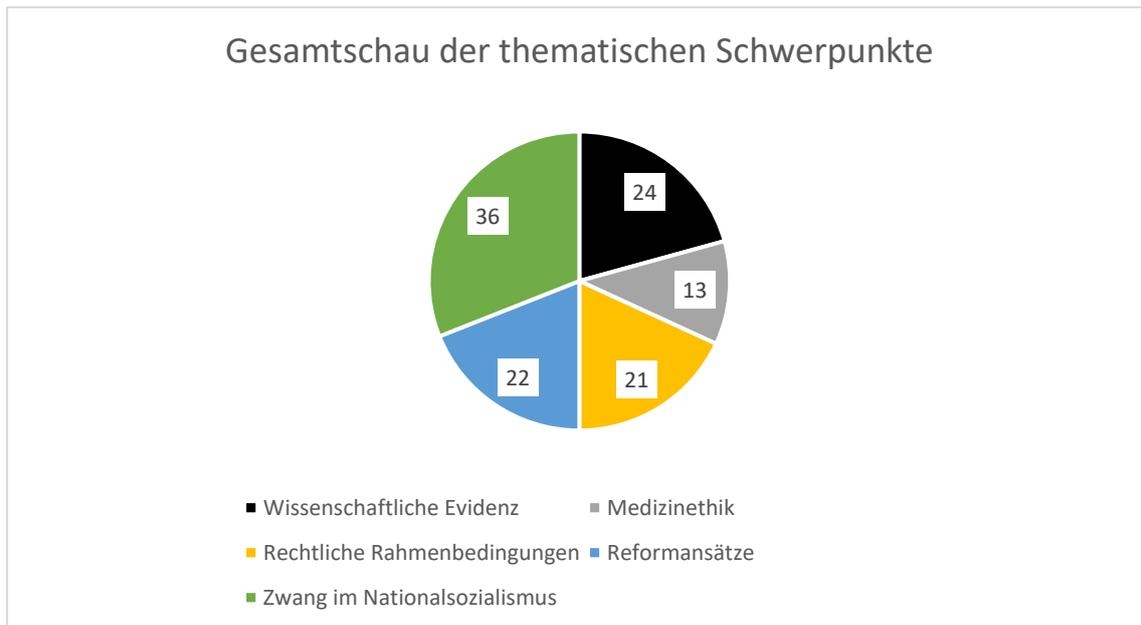


Abbildung 7: Gesamtschau der thematischen Schwerpunkte aller Artikel

Abbildung 7 zeigt die quantitative Verteilung der Artikel in den einzelnen Kategorien. Von den insgesamt 116 eingeschlossenen Artikeln hatten 36 Artikel (31 %) den Schwerpunkt auf dem Thema des „Zwangs im Nationalsozialismus“. An zweiter Stelle standen Artikel zur „wissenschaftlichen Evidenz“ mit 24 Artikeln (21 %). „Reformansätze“ wurden in 22 Texten (19 %) am dritthäufigsten behandelt, gefolgt von 21 Berichten (18 %) über „rechtliche Rahmenbedingungen“ und 13 Berichten (11 %) zur „Medizinethik“.

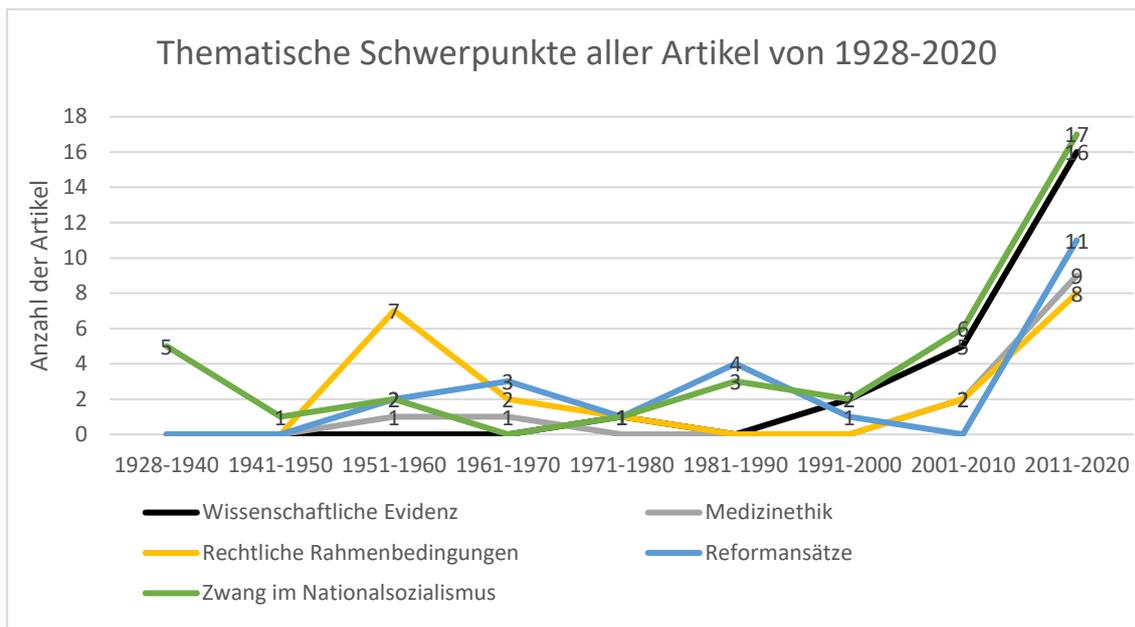


Abbildung 8: Artikelanzahl der einzelnen inhaltlichen Kategorien über die Zeit

Abbildung 8 zeigt in einer Übersicht alle fünf inhaltlichen Kategorien im Verlauf der Zeit. In der Übersicht sind die Peaks der einzelnen Themenfelder gut zu erkennen. In den ersten 20 Jahren seit Ersterscheinung wurde ausschließlich über Zwang, der den Nationalsozialismus betroffen hat, berichtet. In den 1950er Jahren fanden vor allem „rechtliche Rahmenbedingungen“ mit der Forderung nach der Vereinheitlichung landesspezifischer Unterbringungsgesetze in der Zeitschrift Gehör. In den 1960er und 1970er Jahren wurde zu allen Themenbereichen bis auf den der „wissenschaftlichen Evidenz“ publiziert. In den 1980er Jahren wurde vor allem zu „Reformansätzen“ und „Zwang im Nationalsozialismus“ berichtet. Der erste Artikel zur „wissenschaftlichen Evidenz“ wurde in den 1990er Jahren veröffentlicht. Seit der Jahrtausendwende dominieren Artikel zur „wissenschaftlichen Evidenz“ und der Aufarbeitung von „Zwang im Nationalsozialismus“ die Berichterstattung zu Zwang in der Zeitschrift „Der Nervenarzt“. Im Folgenden werden die Kategorien separat im zeitlichen Verlauf betrachtet.

Wissenschaftliche Evidenz



Abbildung 9: Anzahl der publizierten Artikel in der Kategorie „wissenschaftliche Evidenz“ pro Jahrzehnt

Die Kategorie „wissenschaftliche Evidenz“ (siehe Abbildung 9) umfasst 24 Artikel. Darunter werden Studien, die epidemiologische Aufarbeitung der aktuellen Datenlage oder neue Ansätze zur besseren Vergleichbarkeit von Zwangsmaßnahmen und Zwangsmaßnahmen durchführenden Einrichtungen verstanden. Auffallend, aber im allgemeinen Trend der Erhöhung des formal wissenschaftlichen Standards nicht verwunderlich, findet sich in dieser Rubrik eine konstante Veröffentlichung von Arbeiten seit den 1990er Jahren. Hier können folgende wissenschaftliche Diskussionsschwerpunkte festgehalten werden:

Die Artikel von Bosch aus dem Jahr 1971 und Bruns aus dem Jahr 1991 sowie eine Mitteilung der DGPPN 2005 beschäftigten sich mit der Zwangseinweisung von Patienten, untersuchten patientenbezogene Risikofaktoren, identifizierten Patientenrisikogruppen für Zwangseinweisungen und arbeiteten die Zahlen zu Zwangseinweisungen in Deutschland epidemiologisch genauso auf, wie der Übersichtsartikel von Steinert zur Bestandsaufnahme der Ausübung von Zwang 2014.²²² Die DGPPN veröffentlichte in einer Mitteilung 2006 eine Übersicht aller Arten von Zwangsmaßnahmen und diskutierte die Möglichkeiten, diese im psychiatrischen Stationssetting zu reduzieren.²²³

²²² Vgl. Bosch (1971) S. 65-74, Bruns (1991) S. 308-312, DGPPN (2005) S. 363-370 und Steinert, Schmid und Arbeitskreis zur Prävention von Gewalt und Zwang (2014) S. 621-629

²²³ Vgl. DGPPN (2006) S. 1539-1544

Zwang in der psychiatrischen Akutversorgung, ausgelöst durch psychiatrische Ausnahmezustände der Patienten, welche mit akuter Eigen- und Fremdgefährdung einhergehen können, sowie eine situationsangepasste Reaktion des speziell geschulten Personals war bei Richter und Berger, Grube, Zala et al., Mavrogiorgou und Juckel sowie Pajonk immer wieder Teil der Debatte mit dem Ziel, Traumatisierungen der Patienten auf der einen Seite und Personalschäden auf der anderen Seite zu vermeiden.²²⁴ Zudem wurde im Rahmen einer Grundsatzdebatte der Einsatz der Elektrokonvulsionstherapie als möglicher Baustein einer Zwangsbehandlung von 2017 bis 2018 innerhalb der Fachzeitschrift bei Besse, Methfessel, Wiltfang und Zilles, Zinkler et al., Zilles, Koller, Methfessel, Trost und Simon sowie bei Grözinger, Conca, Bruhl und Di Pauli kontrovers diskutiert.²²⁵

Zwang als möglichen Qualitätsindikator für psychiatrische Krankenhäuser führten die Artikel von Adorjan et al., Steinert und Flammer und Weinmann, Aderhold, Kleinschmidt, Zinkler und Peter in den Jahren von 2017-2019 an.²²⁶ Weitere Artikel wurden zur Patientensicht von Zwangsmaßnahmen, zu Zwangsmaßnahmen in Ost- und West-Deutschland, zur Unterbringungspraxis baden-württembergischer und bayrischer Psychiatrien, zu baulichen Maßnahmen zur Verringerung von Zwangsmaßnahmen und zu einem Melderegister für Zwangsmaßnahmen in Baden-Württemberg publiziert.²²⁷

Die wissenschaftlichen Bemühungen der letzten Jahrzehnte gipfelten in der S3-Leitlinie zur „Verhinderung von Zwang, Prävention und Therapie aggressiven Verhaltens bei Erwachsenen“, vorgestellt von Steinert und Hirsch 2020.²²⁸ Darin leiteten die Experten einen Maßnahmenkatalog zur Reduzierung von Zwang im

²²⁴ Vgl. Richter und Berger (2001) S. 693-699, Grube (2001) S. 867-871, Zala, Kuckelsberg, Busch-Wübbena, Kick, Hinrichs, Heinz und Strohle (2008) S. 827-831, Mavrogiorgou und Juckel (2015) S. 1111-1119 und Pajonk (2015) S. 1081-1090

²²⁵ Vgl. Besse, Methfessel, Wiltfang und Zilles (2017) S. 46-52, Zinkler et al. (2018) S. 837-838, Zilles, Koller, Methfessel, Trost und Simon (2018) a S. 311-318, Zilles, Koller, Methfessel, Trost und Simon (2018) b S. 839-840 und Grözinger, Conca, Bruhl und Di Pauli (2018) S. 841-842

²²⁶ Vgl. Adorjan et al. (2017) S. 802-810, Steinert und Flammer (2019) S. 35-39 und Weinmann, Aderhold, Kleinschmidt, Zinkler und von Peter (2019) S. 954-955

²²⁷ Vgl. Smolka, Klimitz, Scheuring und Fährndrich (1997) S. 888-895, Mir, Priebe und Mundt (2013) S. 844-850, Brieger et al. (2014) S. 606-613, Rohe, Dresler, Stuhlinger, Weber, Strittmatter, Fallgatter (2017) S. 70-77 und Steinert (2019) S. 956-957

²²⁸ Vgl. Steinert und Hirsch (2020) S. 611-616

stationären Alltag ab, welcher in einer multizentrischen Studie evaluiert werden soll.

Jahr	Autor	Titel	Inhaltliche Nebenaspekte
1971	Bosch, G.	Zur Frage des Abbaus von Zwangseinweisungen	/
1991	Bruns, G.	Zwangseinweisungspatienten - eine psychiatrische Risikogruppe	/
1997	Smolka, M. Klimitz, H. Scheuring, B. Fähndrich, E.	Zwangsmaßnahmen in der Psychiatrie aus Sicht der Patienten Eine prospektive Untersuchung	Medizinethik
2001	Grube, M.	Aggressivität bei psychiatrischen Patienten	/
2001	Richter, D. Berger, K.	Patientenübergreifende auf Mitarbeiter. Eine prospektive Untersuchung der Häufigkeit, Situationen und Folgen	/
2005	DGPPN	Mitteilungen der DGPPN (Zwangseinweisungen - bundesweite Basisdaten und Trends)	/
2006	DGPPN	Mitteilungen der DGPPN (Freiheitseinschränkende Zwangsmaßnahmen bei Patienten in psychiatrischen Krankenhäusern)	Medizinethik
2008	Zala, Z. et al.	Patientengerechte Aggressionsbewältigung in der Psychiatrie. Beschreibung eines Seminars und erste Ergebnisse	/
2013	Mir, J. Priebe, S. Mundt, A.P.	Psychisch Kranke in Ost- und Westdeutschland	Medizinethik
2014	Steinert, T. Schmid, P.	Zwangsmaßnahmen in psychiatrischen Kliniken in Deutschland	Medizinethik
2014	Brieger, P. et al.	Psychiatrische Unterbringungspraxis	/
2015	Mavrogiorgou, R. Juckel, G.	Erregungszustände	/
2015	Pajonk, F.G.	Zur Situation der Notfall- und Akutpsychiatrie in Deutschland	/
2017	Adorjan, K. et al.	Zwangsmaßnahmen in deutschen Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie	/

2017	Besse, M. Methfessel, I. Wiltfang, J. Zilles, D.	Elektrokonvulsionstherapie gegen den natürlichen Willen	Medizinethik, rechtliche Rahmenbedingungen
2017	Rohe, T. et al.	Bauliche Modernisierungen in psychiatrischen Kliniken beeinflussen Zwangsmaßnahmen	/
2018	Zilles, D. Koller, M. Methfessel, I. Trost, S. Simon, A.	Behandlung gegen den natürlichen Willen am Beispiel der Elektrokonvulsionstherapie. Klinische, juristische und ethische Aspekte.	Medizinethik, rechtliche Rahmenbedingungen
2018	Zinkler, M. et al.	Zwangsbehandlung mit Elektrokrampftherapie - wissenschaftlich ungesichert und menschenrechtlich fragwürdige Therapie	Medizinethik
2018	Zilles, D. Koller, M. Methfessel, I. Trost, S. Simon, A.	Ethik, Evidenz und Elektrokonvulsionstherapie	Medizinethik, rechtliche Rahmenbedingungen
2018	Grözinger, M. Conca, A. Bruhl, A. Di Pauli, J.	Elektrokonvulsionstherapie ist ein etablierter therapeutischer Standard	/
2019	Steinert, T. Flammer, E.	Häufigkeit von Zwangsmaßnahmen als Qualitätsindikator für psychiatrische Kliniken?	/
2019	Steinert, T.	Erste Schlussfolgerungen aus dem Melderegister für Zwangsmaßnahmen in Baden-Württemberg	/
2019	Weinmann, S. et al.	Zwangsmaßnahmen in psychiatrischen Kliniken - einer von vielen Indikatoren der Behandlungsqualität	/
2020	Steinert, T. Hirsch, S.	S3-Leitlinie Verhinderung von Zwang Prävention und Therapie aggressiven Verhaltens bei Erwachsenen	Medizinethik

Tabelle 3: Übersicht der Kategorie „wissenschaftliche Evidenz“ mit inhaltlichen Nebenaspekten

Medizinethik

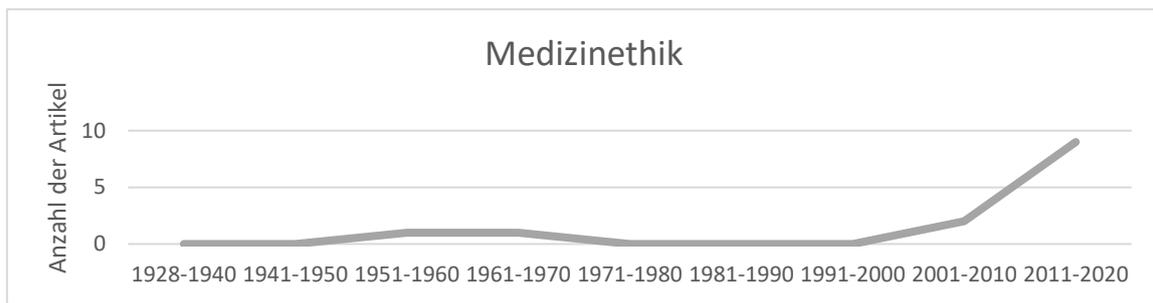


Abbildung 10: Anzahl der publizierten Artikel in der Kategorie „Medizinethik“ pro Jahrzehnt

In der Kategorie „Medizinethik“ (siehe Abbildung 10) mit 13 Artikeln ist sichtbar, dass der Themenkomplex erst spät Einzug in die Debatte innerhalb der Fachzeitschrift gefunden hat. Als Teilaspekte sind hier vor allem die stärkere Fokussierung auf die Patientenrechte und die Patientenautonomie sowie die ethische Rechtfertigung von Zwangsmaßnahmen zu nennen. Diese Punkte fanden in der Diskussion der ersten 20 Jahren des 21. Jahrhunderts verstärkt Platz und werden seitdem bei jeder größeren Debatte zu Zwangsmaßnahmen in der Zeitschrift systematisch mitgedacht. Die Vorreiter zur Beachtung medizinethischer Aspekte - und ihren Kollegen damit Jahrzehnte voraus - waren Degkwitz im Jahr 1952 und Winkler im Jahr 1966. Degkwitz diskutierte in einer Zeit lange vor der Etablierung medizinethischer Themen das Für und Wider von Zwangsmaßnahmen und kam zu dem Schluss, dass diese, wenn sie in der entsprechenden Situation das kleinere Übel darstellten, durchzuführen seien.²²⁹ Er erläuterte jedoch auch, dass es moralisch keine Bedenken gäbe, da diese Patienten über keinen eigenen Willen verfügten und so auch keiner Freiheitsberaubung im eigentlichen Sinne unterliegen könnten.²³⁰ Winkler drehte die Perspektive um und ging der Fragestellung nach, wie es dem einzelnen Patienten ermöglicht werden könnte, im Rahmen seiner Möglichkeiten ein Maximum an Freiheit zu gewähren.²³¹

²²⁹ Vgl. Degkwitz (1952) S. 420

²³⁰ Vgl. Degkwitz (1952) S. 420

²³¹ Vgl. Winkler (1966) S. 304-310

Erst 35 Jahre später wurden weitere Artikel zu medizinethischen Themen publiziert. 2001 publizierte Steinert und Kollegen eine Abhandlung über ethische Konflikte bei der Zwangsbehandlung schizophrener Patienten.²³² Die DGPPN veröffentlichte in den Jahren 2003, 2012 und 2014 Mitteilungen, in welchen sie verstärkt auf die Rolle der Patientenrechte und die Wahrung der Autonomie des Patienten im Rahmen von Zwangsmaßnahmen hinwies.²³³ Vollmann führte 2014 eine ethische Betrachtung der neuen Rechtslage und deren Implikationen für die Praxis durch.²³⁴ 2015 bis 2016 kam es zu einer größeren Debatte rund um die ethische Dilemmasituation der Doppelrolle eines Psychiaters im Spannungsfeld zwischen der Wahrung der Patientenautonomie und der Rechte Dritter.²³⁵ Auch in der Debatte um die Öffnung des stationären Settings gab es 2019 einen medizinethischen Beitrag von Pollmächer.²³⁶ Helmchen versuchte 2019, den Einfluss von Menschenrechten und des jeweiligen Zeitgeists auf das psychiatrische Handeln zu erläutern.²³⁷ Aus der Reihe fällt ein Artikel zum Entgeltsystem (PEPP) psychiatrischer Krankenhäuser von Vollmann 2014, der der hohen Vergütung von Zwangsmaßnahmen kritisch gegenüber steht, da es so zu Fehlanreizen kommen könnte, die medizinethisch nicht vertretbar seien.²³⁸

Jahr	Autor	Titel	Inhaltliche Nebenaspekte
1952	Degkwitz, R.	Über den Wandel der Zwangsmittel und die Vermeidbarkeit ihrer Anwendung bei der Pflege psychisch Kranker	/
1966	Winkler, W.	Zwang und Freiheit in der Psychiatrie Th.	/
2001	Steinert, T. et al.	Ethische Konflikte bei er Zwangsbehandlung schizophrener Patienten	Wissenschaftliche Evidenz

²³² Vgl. Steinert et al. (2001) S. 700-708

²³³ Vgl. DGPPN und Sass (2003) S. 629-631, DGPPN (2012) b S. 1490-1493 und DGPPN (2014) S. 1419-1431

²³⁴ Vgl. Vollmann (2014) a S. 614-620

²³⁵ Vgl. Pollmächer (2015) S. 1148-1156

²³⁶ Vgl. Pollmächer (2019) S. 669-674, Steinert (2016) S. 93-94 und Pollmächer (2016) S. 95-96

²³⁷ Vgl. Helmchen (2019) S. 724-732

²³⁸ Vgl. Vollmann (2014) b S. 1410-1418

		Entscheidungsverhalten und Einflussfaktoren an drei prototypischen Fallbeispielen	
2003	DGPPN	Mitteilungen der DGPPN (Patientenrechte, Patientenverfügung, Vorsorgevollmacht)	Rechtliche Rahmenbedingungen
2012	DGPPN	Mitteilungen der DGPPN (Memorandum der DGPPN zur Autonomie und Selbstbestimmung von Menschen mit psychischen Störungen)	Rechtliche Rahmenbedingungen
2014	Vollmann, J.	Zwangsbehandlung in der Psychiatrie Eine ethische Analyse der neuen Rechtslage für die klinische Praxis	Rechtliche Rahmenbedingungen
2014	DGPPN	Achtung der Selbstbestimmung und Anwendung von Zwang bei der Behandlung psychisch erkrankter Menschen	Wissenschaftliche Evidenz
2014	Vollmann, J.	Das neue pauschalierende Entgeltsystem PEPP	/
2015	Pollmächer, T.	Moral oder Doppelmoral? Das Berufsethos des Psychiaters im Spannungsfeld zwischen Selbstbestimmung, Rechten Dritter und Zwangsbehandlung	/
2016	Pollmächer, T.	Der Behandlungsbegriff ist vom Kontext abhängig Erwiderung zum Leserbrief von T. Steinert Fixierung ist keine Behandlung. Originalbeitrag Moral oder Doppelmoral?	/
2016	Steinert, T.	Fixierung ist keine Behandlung Leserbrief zu Moral oder Doppelmoral von T. Pollmächer	/
2019	Pollmächer, T.	Autonomiefokussierung als Leitgedanke einer minimal-restriktiven Psychiatrie	Wissenschaftliche Evidenz
2019	Helmchen, H.	Zum Einfluss von Zeitgeist und Menschenrechten auf psychiatrisches Handeln	/

Tabelle 4: Übersicht der Kategorie „Medizinethik“ mit inhaltlichen Nebenaspekten

Rechtliche Rahmenbedingungen

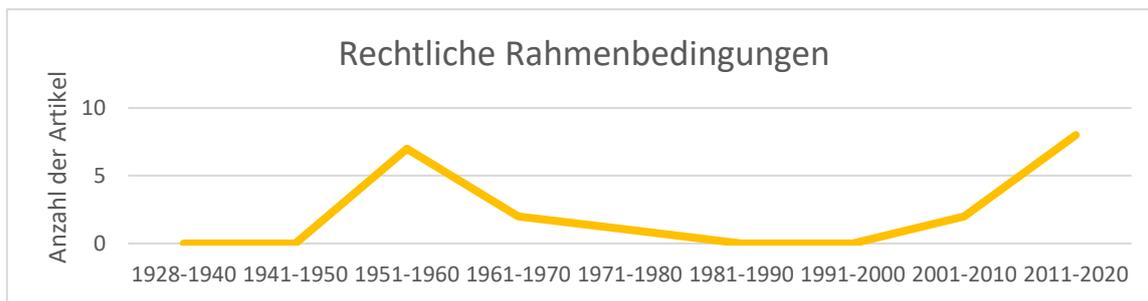


Abbildung 11: Anzahl der publizierten Artikel in der Kategorie „rechtliche Rahmenbedingungen“ pro Jahrzehnt

Die Anzahl der publizierten Artikel in der Kategorie „rechtliche Rahmenbedingungen“ sind Abbildung 11 zu entnehmen. Bei den 21 Artikeln der Kategorie „rechtliche Rahmenbedingungen“ sind zwei große Peaks deutlich zu erkennen. Die Häufung von Artikel in den 1950er Jahren bezogen sich auf die rechtlichen Unsicherheiten und die Forderung nach bundeseinheitlichen Krankenschutzgesetzen zur Unterbringung nicht einwilligungsfähiger Patienten.²³⁹ Unsicherheiten ergaben sich durch das Inkrafttreten des Grundgesetzes, welches in §104 Abs. 2 festsetzte, dass eine Freiheitsentziehung nur durch einen Richter entschieden werden darf.²⁴⁰ Daraufhin entbrannte eine Diskussion darüber, inwieweit diese Regelung Auswirkungen auf die Zwangsmaßnahmen innerhalb der Psychiatrie haben würde. In den 1960er und 1970er Jahren folgten weitere Artikel zur Einführung der „Psychisch-Kranken-Schutzgesetze“ der jeweiligen Bundesländer.²⁴¹

Die UN-Behindertenkonvention im Jahre 2006 setzte mit der Debatte um die rechtlichen Regelungen der unterschiedlichen Zwangsmaßnahmen nach den länderspezifischen Unterbringungsgesetzen und dem Betreuungsgesetz nach dem Bürgerlichem Gesetzbuch und den damit verbundenen Rechtsunsicherheiten den Grundstein für den größeren der beiden Peaks. Wie

²³⁹ Vgl. Gruhle (1951) S. 271-273, Gruhle (1952) S. 193, Janz (1952) S. 191-193, Langelüddeke (1952) S. 303-306, Overhamm (1952) S. 219-2020, Eberhardt und Villinger (1954) S. 37-42 und Sundermeyer (1954) S. 283-291

²⁴⁰ Vgl. GG §104 Abs.2

²⁴¹ Vgl. Ehrhardt (1966) S. 10-110 und Winkler (1970) S. 548-554

im Theorieteil beschrieben, hatte das Bundesverfassungsgericht unter Bezugnahme auf diese Konvention unter anderem das Unterbringungsgesetz von Baden-Württemberg 2011 als mit dem Grundgesetz unvereinbar erklärt. Im Anschluss folgte die Berichterstattung über den Stand der Novellierungsprozesse der Unterbringungsgesetze der einzelnen Bundesländer und deren Ausmaß auf die alltägliche psychiatrische Praxis.²⁴²

Jahr	Autor	Titel	Inhaltliche Nebenaspekte
1951	Gruhle, H.W.	Unterbringung eines Kranken gegen seinen Willen in die geschlossene Abteilung einer Heilanstalt I	/
1952	Gruhle, H.W.	Unterbringung eines Kranken gegen seinen Willen in die geschlossene Abteilung einer Heilanstalt II	/
1952	Janz, H.W.	Stellungnahme zu dem Entwurf eines Bundesgesetzes über das gerichtliche Verfahren bei Freiheitsentziehungen und Freiheitsbeschränkungen	/
1952	Langelüddeke, A.	Entwurf für ein Bundesgesetz zum Schutze psychisch kranker Personen	/
1952	Overhamm, G.C.	Artikel 104,2 GG und die badische Lösung seiner Anwendung auf die Aufnahmepraxis der psychiatrischen Krankenhäuser	/
1954	Eberhardt, H. Villinger, W.	Rechtssicherheit und Gesundheitsschutz bei Geisteskranken	/
1954	Sundermeyer, W.	Der verfassungsmäßige Rahmen einer Gesetzgebung für psychisch Kranke	/
1966	Ehrhardt, H.	Die Unterbringung psychisch Kranker als ärztlich-rechtliches Problem. Zur Kritik der Unterbringungsgesetze der Bundesländer	/
1970	Winkler, W. Th.	Zum Gesetz über Hilfen und Schutzmaßnahmen bei psychischen Krankheiten	/
1972	DGPN	Schwangerschaftsabbruch und Sterilisation Mitteilungen der deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Nervenheilkunde	/

²⁴² Vgl. Müller, Walter, Kunze, Konrad und Heinz (2012) a S. 1142-1149, Müller, Walter, Kunze, Konrad und Heinz (2012) b S. 1150-1155, DGPPN (2012) a S. 1209-1216, Valdes-Stauber, Deinert und Kilian (2012) S. 644-652, DGPPN (2013) S. 245-253, DGPPN (2016) S. 311-314 und Gerlinger et al. (2019) S. 45-57

1989	Bunse, J.	Indikation und Dauer geschlossener psychiatrischer Behandlung im Verhältnis zur richterlich festgesetzten Frist	/
2004	DGPPN	Mitteilungen der DGPPN (Stellungnahme zu dem Entwurf eines Gesetzes zur Änderung des Betreuungsgesetzes)	/
2010	DGPPN	Mitteilungen der DGPPN kurz notiert: Unterbringung und Zwangsbehandlung psychisch Kranker ist rechtskonform	/
2012	Müller, S. Walter, H. Kunze, H. Konrad, N. Heinz, A.	Zwangsbehandlung unter Rechtsunsicherheit Teil 1	Medizinethik, wissenschaftliche Evidenz
2012	Müller, S. Walter, H. Kunze, H. Konrad, N. Heinz, A.	Zwangsbehandlung unter Rechtsunsicherheit Teil 2	Medizinethik, wissenschaftliche Evidenz
2012	DGPPN	Mitteilungen der DGPPN (Zum Beschluss des Bundesgerichtshofs vom 20062012, veröffentlicht am 17072012)	/
2012	Valdes- Stauber, J. Deinert, H. Kilian, R.	Auswirkungen des Betreuungsgesetzes im wiedervereinigten Deutschland (1992-2009)	Medizinethik
2013	DGPPN	Mitteilungen der DGPPN (Gesetz zur Regelung der betreuungsrechtlichen Einwilligung in die ärztliche Zwangsmaßnahme bringt Klarheit)	/
2016	DGPPN	Eckpunkte für die Regelung der öffentlich-rechtlichen Unterbringung in psychiatrischen Krankenhäusern - mit Erläuterungen	Medizinethik, wissenschaftliche Evidenz
2019	Gerlinger, G. et al.	Nach der Reform ist vor der Reform	Reformansätze
2020	Kronenberg, G. Hellweg, R.	Weiterführende Gedanken zu Zeitgeist und Menschenrechten in Bezug auf psychiatrisches Handeln	Medizinethik

Tabelle 5: Übersicht der Kategorie „rechtliche Rahmenbedingungen“ mit inhaltlichen Nebenaspekten

Reformansätze

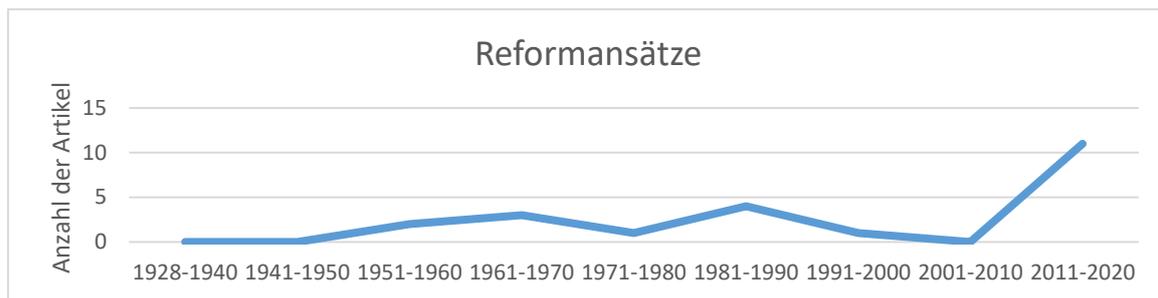


Abbildung 12: Anzahl der publizierten Artikel in der Kategorie „Reformansätze“ pro Jahrzehnt

Die unterschiedlichen Reformbestrebungen lassen sich zeitlich sehr gut einordnen (siehe Abbildung 12). Wie in der Darstellung zu sehen ist, sind bei insgesamt 22 Artikeln drei Peaks zu verzeichnen.

Der erste Peak behandelt die Anprangerung der Missstände in den Psychiatrien der 1960er Jahre, die dann in der Psychiatrie-Enquête 1975 gipfelten.²⁴³ Bemerkenswert ist hierbei, dass in der Fachzeitschrift auch der externe Druck der Gesellschaft nach Bekanntwerden skandalöser Zustände in den psychiatrischen Einrichtungen deutlich wurde. So berichtete Schneider im Jahre 1951 über die Auswirkungen des amerikanischen Spielfilmes „Die Schlangengrube“ auf das psychiatrische Anstaltswesen, welcher desaströse Zustände auf einer geschlossen geführten psychiatrischen Station zeigte.²⁴⁴ Kulenkampff bezog im Jahr 1970 Stellung zu dem Buch von Frank Fischer „Irrenhäuser, Kranke klagen an“, in welchem der Autor über seine einjährige Tätigkeit als Pflegehelfer in psychiatrischen Krankenhäusern in der gesamten Bundesrepublik berichtete.²⁴⁵ Der zweite Gipfel beschreibt eine Debatte um eine mögliche Erhöhung von Zwangseinweisungsraten durch die Einführung und den verstärkten Ausbau von ambulanten Diensten in den 1980ern.²⁴⁶ Der höchste Peak beinhaltet die über die gesamte Zeit betrachtet stärkste Debatte zum

²⁴³ Vgl. Merguet (1955) S. 384-390, Haisch (1965) S. 346-349, Haisch (1966) S. 155-160, Reimer (1977) S. 306-309, Reimer (1985) S. 161-165 und Gebhardt und Steinert (1998) S. 791-798

²⁴⁴ Vgl. Schneider (1951) S. 109

²⁴⁵ Vgl. Kulenkampff (1970) S. 150-152

²⁴⁶ Vgl. Bruns (1986) S. 119-122, Spengler (1986) S. 615 und Lorenzen (1987) S. 261-262

Thema Zwang in der Fachzeitschrift mit der Diskussion über die Öffnung von psychiatrischen Stationen und die Einführung eines im Gesamten weniger restriktiven stationären Settings, die sowohl 2014 als auch 2019 aufflammte.²⁴⁷

Jahr	Autor	Titel	Inhaltliche Nebenaspekte
1951	Schneider, W.	"Die Schlangengrube" und die deutsche Psychiatrie	/
1955	Merguet, H.	Die Anstaltspsychiatrie in unserer Zeit	Medizinethik
1965	Haisch, E. O.	Reform der Anstaltspsychiatrie, eine Aufgabe	Medizinethik
1966	Haisch, E. O.	Von der Anstalt zum psychiatrischen Krankenhaus	Medizinethik
1970	Kulenkampff, C.	Wie schlecht ist die Krankenhauspsychiatrie in diesem Lande - Bemerkungen zu dem Buch von Frank Fischer "Irrenhäuser, Kranke klagen an"	/
1977	Reimer, F.	Die Psychiatrie-Reform am psychiatrischen Krankenhaus	/
1985	Reimer, F.	Die Psychiatrie-Reform am psychiatrischen Landeskrankenhaus. Erfolge und Hindernisse in den letzten 7 Jahren	/
1986	Bruns, G.	Zwangseinweisung und ambulante Dienste	/
1986	Spengler, A.	Bemerkungen zur Arbeit von G. Bruns Zwangseinweisung und ambulante Dienste	/
1987	Lorenzen, D.	Bemerkungen zur Arbeit von G. Bruns Zwangseinweisung und ambulante Dienste	/
1998	Gebhardt, R.P. Steinert, T.	Innere Struktur der stationären psychiatrischen Krankenhausversorgung 22 Jahre nach der Psychiatrie-Enquête	/
2014	Sollberger, D. Lang, U.E.	Psychiatrie mit offenen Türen 1: Rational für Türöffnungen in der Akutpsychiatrie	Medizinethik, wissenschaftliche Evidenz
2014	Sollberger, D. Lang, U.E.	Psychiatrie mit offenen Türen 2: Therapeutische Herausforderungen	Medizinethik, wissenschaftliche Evidenz

²⁴⁷ Vgl. Sollberger und Lang (2014) a S. 312-318 und Sollberger und Lang (2014) b S. 319-325, Nienaber, Hemkendreis, Lohr und Schulz (2014) S. 1438-1439, Kowalinski et al. (2019) S. 705-708, Beine (2019) S. 675-679, Steinert, Schreiber, Metzger und Hirsch (2019) S. 680-689, Gather, Scholten, Henking, Vollmann und Juckel (2019) S. 690-694, Mahler et al. (2019) S. 700-704, Nyhuis und Zinkler (2019) S. 695-699, Gouzoulis-Mayfrank, Gairing, Kramer, Forster und Schmitz-Buhl (2019) S. 709-714, Juckel und Gather (2019) S. 667-668

2014	Nienaber, A. Hemkendreis, B. Lohr, M. Schulz, M.	Psychiatrie mit offenen Türen Leserbrief	/
2019	Kowalinski, E. et al.	Sechs Jahre „offene Türen“ an den Universitären Psychiatrischen Kliniken Basel	Wissenschaftliche Evidenz
2019	Beine, K. H.	open doors, open mind: Plädoyer für eine offene Versorgungspsychiatrie	Wissenschaftliche Evidenz
2019	Steinert, T. Schreiber, L. Metzger, F. G. Hirsch, S.	Offene Türen in psychiatrischen Kliniken Eine Übersicht über empirische Befunde	Wissenschaftliche Evidenz
2019	Gather, J. Scholten, M. Henking, T. Vollmann, J. Juckel, G.	Wodurch wird die geschlossene Tür ersetzt? Konzeptionelle und ethische Überlegungen zu offenen Unterbringungsformen, formellem Zwang und psychologischem Druck	Medizinethik, wissenschaftliche Evidenz
2019	Mahler, L. et al.	Therapeutische Haltung und Strukturen in der offenen Akutpsychiatrie: das Weddinger Modell	Medizinethik, wissenschaftliche Evidenz
2019	Nyhuis, P. W. Zinkler, M.	Offene Psychiatrie und gemeindepsychiatrische Arbeit	Wissenschaftliche Evidenz
2019	Gouzoulis-Mayfrank, E. Gairing, S. K. Kramer, T. Forster, M. Schmitz-Buhl, M.	Öffnung einer psychiatrischen Akutstation als komplexe Intervention	Wissenschaftliche Evidenz
2019	Juckel, G. Gather, J.	Das Stationssetting in der Psychiatrie: Wie offen kann und sollte es sein?	Rechtliche Rahmenbedingungen

Tabelle 6: Übersicht der Kategorie "Reformansätze" mit inhaltlichen Nebenaspekten

Zwang im Nationalsozialismus



Abbildung 13: Anzahl der publizierten Artikel in der Kategorie „Zwang im Nationalsozialismus“ pro Jahrzehnt

Die Publikationen zum Themenkomplex „Zwang im Nationalsozialismus“ werden in Abbildung 13 veranschaulicht. Mit 36 veröffentlichten Artikel bildet diese Kategorie den größten inhaltlichen Schwerpunkt innerhalb der Berichterstattung zu Zwangsmaßnahmen. Auch in dieser Grafik sind zeitliche Peaks zu erkennen. Zum einen zeigt sich ein Peak in den 1930er Jahren. Die veröffentlichten Artikel drehten sich hierbei vor allem um die Sterilisation psychisch Erkrankter und im Speziellen um das „Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ sowie den sich daraus ableitenden Handlungskonsequenzen für die Psychiater.²⁴⁸

In den 1980er Jahren begann die zögerliche Aufarbeitung der Geschehnisse im Dritten Reich sowie die Beschäftigung mit der Frage nach der Rolle, die Ärzte innerhalb des Systems innehatten. Während der Artikel von Petersen und Liedtke im Jahr 1971 zur Entschädigung zwangssterilisierter Sinti und Roma zu dem Ergebnis kam, dass die auf die Sterilisation folgenden psychischen Probleme nicht durch die Prozedur an sich, sondern durch deren gesellschaftliche Strukturen entstanden seien, sprach Meyer 1988 bei der Analyse der Rezensionen des Buches „Die Freigabe der Vernichtung lebensunwerten Lebens“²⁴⁹ den Psychiatern eine Schuld und ein Maß an Verstrickung in das NS-Geschehen zu.²⁵⁰ Im 21. Jahrhundert stieg die Zahl der Publikationen stark an. Das

²⁴⁸ Vgl. Luxenburger (1932) S. 505-518, Beringer (1932) S. 587-593, Luxenburger (1934) S. 437-456 und Creutz (1937) S. 281-286

²⁴⁹ Vgl. Bindung und Hoche (1920) zitiert nach Meyer (1988) S. 85-91

²⁵⁰ Vgl. Petersen und Liedtke (1971) S. 197-205 und Meyer (1988) S. 85-91

gestiegene Interesse spiegelte sich auch darin wider, dass insgesamt drei Leitthemen-Reihen dazu in der Fachzeitschrift veröffentlicht wurden. 2010 gab es eine Reihe zur Psychiatrie im Nationalsozialismus.²⁵¹ 2012 gab es eine weitere zu Täterbiografien und im Jahr 2013 eine Reihe zur Zivilcourage im Nationalsozialismus.²⁵²

In der Gesamtschau betrachtet gab es 14 Biografien über Ärzte und ihren Werdegang im Nationalsozialismus, 13 Artikel zu Zwangssterilisationen und dem Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses, sieben zur Euthanasie und Tötungsprogrammen wie der T4-Aktion und zwei weitere Publikationen zur allgemeinen Psychiatrie und deren Verständnis innerhalb der nationalsozialistischen Ideologie.

Jahr	Autor	Titel	Inhaltliche Nebenaspekte
1932	Luxenburger, H.	Erbprognose und praktische Eugenik im cyclothymen Kreise	/
1932	Beringer, K.	Bericht über die Verhandlung der I.K.V zur Frage der sozialen und eugenischen Indikation bei Schwangerschaftsunterbrechung und Sterilisation	/
1934	Luxenburger, H.	Einige für den Psychiater besonders wichtige Bestimmungen des Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses	Rechtliche Rahmenbedingungen
1937	Creutz, W.	Aufgaben und Organisation der erbbiologischen Bestandsaufnahme und die Mitwirkung des Psychiaters und Neurologen	/
1949	Bonhoeffer, K.	Ein Rückblick auf die Auswirkung und die Handhabung des nationalsozialistischen Sterilisationsgesetzes	Rechtliche Rahmenbedingungen
1951	Schönke, A.	Juristische Fragen der psychiatrischen Praxis	Rechtliche Rahmenbedingungen
1952	Lefrenz, H.	Die psychiatrische Indikation der Schwangerschaftsunterbrechung und Unfruchtbarmachung nach geltendem Recht	Rechtliche Rahmenbedingungen

²⁵¹ Vgl. Roelcke (2010) S. 1317-1325 und Rotzoll, Fuchs, Richter und Hohendorf (2010) S. 1326-1332

²⁵² Vgl. Böhm (2012) S. 293-302, Roelcke (2012) S. 303-310, Roelcke und Schneider (2012) 291-292, Silberzahn-Jandt und Schmuhl (2012) S. 321-328, Forsbach (2012) S. 329-336, Rotzoll und Hohendorf (2012) S. 311-320 und Beyer (2013) S. 1049-1055, Roelcke (2013) S. 1064-1068, Schmuhl (2013) S. 1069-1074, Schneider und Roelcke (2013) S. 1041-1042, Seidel (2013) S. 1043-1048 und Teller (2013) S. 1056-1063

1971	Petersen, P. Liedtke, U.	Zur Entschädigung zwangssterilisierter Zigeuner	/
1988	Meyer, J.E.	"Die Freigabe der Vernichtung lebensunwerten Lebens" von Binding und Hoche im Spiegel der deutschen Psychiatrie vor 1933	Medizinethik
1988	Koch, G.	Leserzuschrift zum Beitrag von J.E. Meyer „Die Freigabe der Vernichtung lebensunwerten Lebens" von Binding und Hoche im Spiegel der deutschen Psychiatrie vor 1933	/
1996	Hohendorf, G. Roelcke, V. Rotzoll, M.	Innovation und Vernichtung - Psychiatrische Forschung und „Euthanasie" an der Heidelberger Psychiatrischen Klinik 1939-1945	/
1998	Ody, R.	Zur Entschädigung der zwangssterilisierten Opfer des Nationalsozialismus Ein noch immer nicht abgeschlossenes Kapitel	Medizinethik
2002	Fangerau, H. Müller, I.	Das Standardwerk der Rassenhygiene von Erwin Baur, Eugen Fischer und Fritz Lenz im Urteil der Psychiatrie und Neurologie 1921-1940	/
2002	Hohendorf, G. Rotzoll, M. Richter, P. Eckart, W. Mundt, C.	Die Opfer der nationalsozialistischen „Euthanasie-Aktion T4" Erste Ergebnisse eines Projektes zur Erschließung von Krankenakten getöteter Patienten im Bundesarchiv Berlin	Wissenschaftliche Evidenz
2002	Roelcke, V.	Zeitgeist und Erbgesundheitsgesetzgebung im Europa der 1930er Jahre Eugenik, Genetik und Politik im historischen Kontext.	Medizinethik
2002	Schmuhl, H. W.	Zwischen vorseilendem Gehorsam und halbherziger Verweigerung - Werner Villinger und die nationalsozialistische Medizinverbrechen.	/
2010	Rotzoll, M. Fuchs, P. Richter, P. Hohendorf, G.	Die nationalsozialistische „Euthanasieaktion T4" Historische Forschung, individuelle Lebensgeschichten und Erinnerungen	/
2010	Roelcke, V.	Psychiatrie im Nationalsozialismus. Historische Kenntnisse, Implikationen für aktuelle ethische Debatten	Medizinethik
2011	Steger, F. Gorgl, A. Strube, W. Winckelmann, H.	Die T4-Aktion (Erinnerung an Patientenopfer aus der Heil- und Pflegeanstalt Günzburg)	Wissenschaftliche Evidenz

	Becker, T.		
2012	Steger, F. Schmer, B. Strube, W. Becker, T.	Zwangsterilisation nach dem Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses	Rechtliche Rahmenbedingungen
2012	Roelcke, V. Schneider, F.	Psychiater im Nationalsozialismus. Täterbiografien	/
2012	Böhm, B.	Paul Nitsche - Reformpsychiater und Hauptakteur der NS-„Euthanasie“	/
2012	Silberzahn- Jandt, G. Schmuhl, H.-W.	Friedrich Mauz - T4-Gutachter und Militärpsychiater	/
2012	Roelcke, V.	Ernst Rüdin - renommierter Wissenschaftler, radikaler Rassenhygieniker	/
2012	Forsbach, R.	Friedrich Panse - etabliert in allen Systemen	/
2012	Hohendorf G. Rotzoll, M.	Krankenmord im Dienst des Fortschritts? Carl Schneider	/
2013	Schneider, F. Roelcke, V.	Psychiater im Nationalsozialismus. Beispiele für Zivilcourage	/
2013	Beyer, C.	Gottfried Ewald und die „Aktion T4“ in Göttingen	/
2013	Roelcke, V.	Hans Roemer (1878-1947) - Überzeugter Eugeniker, Kritiker der Krankentötungen	/
2013	Schmuhl, H. W.	Walter Creutz und die „Euthanasie“ in der Rheinprovinz. Zwischen Resistenz und Kollaboration.	/
2013	Seidel, R.	Werner Leibbrand als psychiatrischer Gegner des Nationalsozialismus	/
2013	Teller, Ch.	Hier brennt die Welt - John Rittmeister	/
2015	Helmchen, H.	Bonhoeffers Position zur Sterilisation psychisch Kranker	/
2016	Keller, I. Floter, C. Ragoschke- Schumm, A. Fassbender, K.	Die Homburger Nervenklinik im Nationalsozialismus	Wissenschaftliche Evidenz
2017	Söhner, F. V. Cranach M. Fangerau, H. Becker, T.	Nach der „Aktion-T4“ „Regionalisierte Euthanasie“ in der Heil- und Pflegeanstalt Günzburg	Wissenschaftliche Evidenz

Tabelle 7: Übersicht der Kategorie "Zwang im Nationalsozialismus" mit inhaltlichen Nebenaspekten

4 Qualitative Analyse der Artikel der Fachzeitschrift „Der Nervenarzt“ von 1928-2020

Nachdem die Artikel in Kapitel 3 quantitativ nach formalen und inhaltlichen Gesichtspunkten analysiert wurden, sollen sie in diesem Kapitel qualitativ untersucht werden. Dabei werden die Texte chronologisch, nach Jahrzehnten gruppiert, betrachtet. Es soll noch einmal kurz darauf verwiesen werden, dass der eine veröffentlichte Artikel zu Zwang in den 1920er Jahren aufgrund der thematischen Korrelation mit den Artikeln des folgenden Jahrzehntes zusammen mit diesen innerhalb der 1930er Jahren diskutiert wird. Nach der Jahrtausendwende ist die Anzahl an publizierten Artikeln stark angestiegen. Um in den betreffenden Unterkapiteln 4.8 und 4.9 für eine bessere Lesbarkeit zu sorgen, wurden im Fließtext thematische Zwischenüberschriften verwendet, welche die Artikel diskursorientiert im Betrachtungszeitraum gruppieren. Zudem wurde das Jahrzehnt von 2011-2020 durch die hohe Anzahl an Artikeln in zwei Unterpunkte, in die Jahre von 2010-2015 in Kapitel 4.9.1 und die Jahre 2016-2020 in Kapitel 4.9.2 eingeteilt. Um den Überblick über die behandelten Artikel zu gewährleisten, werden am Ende jedes Unterkapitels die diskutierten Artikel in tabellarischer Form aufgeführt.

4.1 Die Jahre 1928-1940

Im Jahr der Erstveröffentlichung der Zeitschrift „Der Nervenarzt“ 1928 erschien der Artikel „Sterilisation und Gesetz“ des Anwaltes und Honorarprofessors D. Ebermayer.²⁵³ Darin vertritt er die Meinung „der Staat sei im Interesse der Allgemeinheit verpflichtet, gesetzlich einzuschreiten und die Fortpflanzung solcher Schädlinge durch erforderlichenfalls zwangsweise Unfruchtbarmachung zu verhindern“²⁵⁴. Die „Schädlinge“²⁵⁵ definiert er als „asoziale Elemente, sei es, daß sie geisteskrank oder geistig minderwertig oder gewohnheitsmäßig verbrecherisch

²⁵³ Vgl. Ebermayer (1928) S. 417-419

²⁵⁴ Ebermayer (1928) S.417-418

²⁵⁵ Ebermayer (1928) S. 417

veranlagt“²⁵⁶ seien. Weiterhin diskutiert er eine mögliche Novellierung des Strafrechts, welche vorsehe, dass der Arzt wegen zwangsweiser durchgeführter Sterilisationen nur noch im Sinne einer „eigenmächtigen Heilbehandlung“²⁵⁷ und nicht strafrechtlich als schwere Körperverletzung belangt werden könne.²⁵⁸

Die Artikel von Beringer im Jahr 1932 und Luxenburger in den Jahren 1932 und 1934 spiegelten die Grundhaltung Ebermayers wider.²⁵⁹ Beringer thematisiert ausführlich die unterschiedlichen Beweggründe einer Zwangssterilisation aus medizinischer, eugenischer und sozialer Indikation. Er macht auf die Diskrepanz zwischen einer von den Fachkreisen implizit geforderten großflächigen Zwangssterilisation und der gleichzeitig bestehenden Rechtsunsicherheit des Arztes, so zu handeln, aufmerksam.²⁶⁰ Zu dieser Zeit sah die Rechtsprechung nur die medizinische Indikation nach Einwilligung des Betroffenen als rechters an, während die anderen Indikationsformen rechtlich als schwere Körperverletzung zu werten waren.²⁶¹ Beringer fordert in seinem Beitrag den Staat auf, sich in Bezug auf die praktische Eugenik zu positionieren und der Ärzteschaft Rechtssicherheit durch Sterilisationsgesetze zu verschaffen, die nicht nur die medizinische Indikation, sondern auch die eugenische und soziale Indikation zur Sterilisation juristisch legitimieren.²⁶² Beringer begründet dies mit der Aussage, dass nicht nur die Einwilligung zu einem Eingriff als Rechtfertigung für die Straffreiheit des Eingriffs dienen solle, sondern auch der Zweck des Eingriffs berücksichtigt werden solle.²⁶³ Damit rückt Beringer den Nutzen eines Individuums für die Gesellschaft zunehmend ins Zentrum eugenischer Überlegungen und wertet die Rechte des betreffenden Individuums ab.

Luxenburger diskutiert in seinem Artikel im Jahr 1932 die Indikation zur eugenischen Sterilisation in den Störungsbilder des „cyclothymen Kreis[es]“.²⁶⁴

²⁵⁶ Ebermayer (1928) S. 417

²⁵⁷ Ebermayer (1928) S. 418

²⁵⁸ Vgl. Ebermayer (1928) S. 418-419

²⁵⁹ Vgl. Beringer (1932) S. 587-593, Luxenburger (1932) S. 505-518 und Luxenburger (1934) S. 437-456

²⁶⁰ Vgl. Beringer (1932) S. 587

²⁶¹ Vgl. Ebermayer (1928) S. 418

²⁶² Vgl. Beringer (1932) S. 592-593

²⁶³ Vgl. Beringer (1932) S. 590

²⁶⁴ Luxenburger (1932) S. 37

Im Jahr 1934 verfasste er einen Bericht über „einige für den Psychiater besonders wichtige Bestimmungen des Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“²⁶⁵. Luxenburger sieht es als die „Pflicht jedes Arztes“²⁶⁶, das Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses in die Praxis umzusetzen und diskutiert die einzelnen Bestimmungen des neu erlassenen Gesetzes.²⁶⁷ 1937 publiziert Creutz einen Artikel über die „Aufgaben und [die] Organisation der erbbiologischen Bestandsaufnahme und die Mitwirkung des Psychiaters und Neurologen“²⁶⁸. Darin schreibt er: „Der erste und vordringliche Akt der erbbiologischen Bestandsaufnahme ist zweifelslos [...] die Erfassung und erbbiologische Registrierung derjenigen Sippen, in denen Erbkrankheiten vorkommen, also des Bevölkerungsanteils, der unter den Begriff der negativen Auslese fällt“²⁶⁹.

Weiterhin schreibt er: „Und wenn schon bisher der Psychiater an der praktischen Erbpflege einen besonders hervorragenden Anteil hatte, so wird er in Zukunft auf der durch die erbbiologische Bestandsaufnahme erweiterten Basis noch mehr als bisher in der Front stehen im Kampfe um die Erbpflege und die Gesundheit unseres Volkes.“²⁷⁰

Weitere Berichte über Sterilisationen gab es in diesem Jahrzehnt nicht. Es wurde nicht über die ab 1939 stattgefundene Tötung psychisch Erkrankter in den psychiatrischen Anstalten berichtet. Der erste Artikel, der sich rückblickend mit dieser Thematik beschäftigte, war die Arbeit von Bonhoeffer im Jahre 1949, die im kommenden Abschnitt thematisiert wird.²⁷¹ In den Jahren 1928-1940 waren Zwangsmaßnahmen innerhalb der Psychiatrie in der Zeitschrift „Der Nervenarzt“ ein Thema, über das publiziert wurde. Anders als heute ging es dabei vor allem um die Möglichkeiten der Ausweitung und weiteren Legitimierung von Zwang. Dies wurde bestärkt durch die Forschungen bezüglich der Eugenik und des Sozialdarwinismus sowie durch die Ansichten der nationalsozialistischen

²⁶⁵ Luxenburger (1934) S. 437

²⁶⁶ Luxenburger (1934) S. 437

²⁶⁷ Vgl. Luxenburger (1934) S. 437

²⁶⁸ Creutz (1937) S. 281-286

²⁶⁹ Creutz (1937) S. 282

²⁷⁰ Creutz (1937) S. 286

²⁷¹ Vgl. Bonhoeffer (1949) S. 1-5

Ideologie als auch durch die Änderung der Gesetzeslage. Im Gegensatz zum heutigen Verständnis stand nicht das Individuum im Zentrum des ärztlichen Handelns, sondern die Allgemeinheit: den „Volkskörper“ galt es zu „gesunden“. Dies führte zur Ausweitung von Zwang in Bezug auf den Personenkreis als auch auf die ärztliche Indikation und manifestierte sich in 300 000 Zwangssterilisationen und 200 000 Tötungen psychisch Erkrankter, wie im theoretischen Teil bereits beschrieben. Der dabei eingenommener Rolle der Ärzteschaft wurde in der Fachzeitschrift „Der Nervenarzt“ jahrzehntelang nicht nachgegangen.

Jahr	Autor	Titel
1928	Ebermayer, D.	Sterilisation und Gesetz
1932	Luxenburger, H.	Erbprognose und praktische Eugenik im cyclothymen Kreise
1932	Beringer, K.	Bericht über die Verhandlung der I.K.V. (internationalen kriminalistischen Vereinigung) zur Frage der sozialen und eugenischen Indikation bei Schwangerschaftsunterbrechung und Sterilisation
1934	Luxenburger, H.	Einige für den Psychiater besonders wichtige Bestimmungen des Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses
1937	Creutz, W.	Aufgaben und Organisation der erbbiologischen Bestandsaufnahme und die Mitwirkung des Psychiaters und Neurologen

Tabelle 8: Übersicht aller veröffentlichten Artikel zum Thema Zwangsmaßnahmen in der Fachzeitschrift „Der Nervenarzt“ von 1928-1940

4.2 Die Jahre 1941-1950

In dem Zeitraum der 1940er Jahre entsprach nur ein Artikel den Einschlusskriterien. Dabei ist anzumerken, dass die Fachzeitschrift während des 2. Weltkrieges, wie bereits beschrieben, teilweise nicht erschien.

Bonhoeffer setzte sich 1949 zum ersten Mal in der Zeitschrift mit dem nationalsozialistischen Sterilisationsgesetz auseinander.²⁷² In dem Artikel versucht Bonhoeffer, die Eugenik als wissenschaftliche Disziplin von den Machenschaften des

²⁷² Vgl. Bonhoeffer (1949) S. 1-5

Nationalsozialismus abzukoppeln. Gesetze wie das Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses habe es in vielen Ländern gegeben und es hätte sich lediglich aufgrund seines Zwangscharakters von diesen unterschieden, so Bonhoeffer.²⁷³ Weiterhin argumentiert er, dass im Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses selbst auch nicht von rassenpolitisch motivierten Sterilisationen die Rede gewesen sei, sondern nur von eugenischen Indikationen. Bonhoeffer ist davon überzeugt, dass dieses Gesetz von der nationalsozialistischen Ideologie ausgenutzt worden sei und dass die Eugenik an sich nicht das Problem darstelle. Die Erbforschung solle weiter betrieben, die eugenische Sterilisation jedoch aufgrund der großen Notlage der Nachkriegsjahre vorerst pausiert und in den kommenden Generationen möglicherweise wieder aufgegriffen werden.²⁷⁴ Im folgenden Jahrzehnt der 1950er Jahre pflichtet Leferenz Bonhoeffers Position, Sterilisationen sollten weiterhin auch unter eugenische Indikation Bestand haben (siehe Kapitel 4.3), bei.²⁷⁵ Bonhoeffer berichtet nüchtern über die bisher bekannte Anzahl an Sterilisationen und beschreibt die anfangs sehr hohen Meldezahlen als einen „zu Anfang bestehende[n] Übereifer [...] ausgewählter Ärzte und Amtsärzte, die glaubten, es gehöre zur Bekundung guter nationalsozialistischer Gesinnung, möglichst viele Anträge im Erbgesundheitssystem zu stellen“²⁷⁶, die sich „mit der Zeit etwas abgekühlt“²⁷⁷ hätte. Dennoch benennt er auch die zunehmende Abneigung in der Bevölkerung als Grund für die sinkenden Meldezahlen Ende der 1930er und Anfang der 1940er. Die Tötung psychisch Erkrankter durch die T4-Aktion oder ähnliche Programme hielt er für ein verbreitetes „Gerücht“²⁷⁸. Hierzu schreibt er:

„Ein Rückgang der Meldungen [potentiell erbkranker Personen] erfolgte auch insofern, als sich in der Bevölkerung unter dem Einfluß des Gesetzes eine Abneigung entwickelte, ihre psychisch Kranken den Ärzten und Anstalten zu zuführen, wenn es irgend zu umgehen war, eine Abneigung, die späterhin während

²⁷³ Vgl. Bonhoeffer (1949) S. 1

²⁷⁴ Vgl. Bonhoeffer (1949) S. 5

²⁷⁵ Vgl. Leferenz (1952) S. 252-256

²⁷⁶ Bonhoeffer (1949) S. 2-3

²⁷⁷ Bonhoeffer (1949) S. 2-3

²⁷⁸ Bonhoeffer (1949) S. 3

des Krieges noch sehr anwuchs, als die Gerüchte sich verbreiteten, daß die Anstaltskranken nach Lazaretten verlegt würden, aus denen meist nach kurzer Zeit die Todesnachricht ihrer Angehörigen käme.“²⁷⁹

Auch einen ersten Bezug zum Vertrauensverlust zwischen Arzt und Patient im Allgemeinen und Psychiater und Patient im Besondern stellt er her: „Bei vielen Ärzten bestand von vornherein eine Gegnerschaft gegen den Zwangscharakter des Gesetzes und den davon zu erwartenden Bruch des Vertrauensverhältnisses zwischen Arzt und Patient.“²⁸⁰

Außer Bonhoeffer thematisierten lediglich Schönke im Jahr 1951 und Leferenz im Jahr 1952 beiläufig das nationalsozialistische Sterilisationsgesetz, jedoch ohne Bezugnahme auf das dadurch verursachte Leid, stattdessen in Verbindung mit dem Wunsch, Sterilisationen wieder durchführen zu können.²⁸¹ In kurzer Vorwegnahme gab es zur Bewertung nationalsozialistischer Taten in den 1960er und 1970er Jahren kontroverse Ansichten. Sprach Haisch im Jahr 1966 bereits von der Auferlegung von Schuld gegenüber psychisch Erkrankten in der Zeit, führten Petersen und Liedtke im Jahr 1971 psychische Probleme bei zwangssterilisierten Sinti und Roma auf deren gesellschaftliche Strukturen innerhalb der Gemeinschaft zurück und nicht auf die Zwangssterilisation als solche.²⁸² Erst die Arbeit von Meyer im Jahr 1988 mit der Untersuchung der wissenschaftlichen Reaktionen auf ein rassenhygienisches Werk „Die Freigabe der Vernichtung lebensunwerten Lebens“ aus dem Jahre 1920 zeigte eine konstante Trendwende hin zur Anerkennung des Unrechts und zu einem Zugeständnis von Schuld bezüglich der Verstrickungen der deutschen Psychiatrie in Gräueltaten der NS-Zeit.²⁸³

²⁷⁹ Bonhoeffer (1949) S. 3

²⁸⁰ Bonhoeffer (1949) S. 3

²⁸¹ Vgl. Schönke (1951) S. 161-162 und Leferenz (1952) S. 252-256

²⁸² Vgl. Haisch (1966) S. 155-160 und Petersen und Liedtke (1971) S. 197-205

²⁸³ Vgl. Meyer (1988) S. 85-91

Jahr	Autor	Titel
1949	Bonhoeffer, K.	Ein Rückblick auf die Auswirkung und die Handhabung des nationalsozialistischen Sterilisationsgesetzes

Tabelle 9: Übersicht aller veröffentlichten Artikel zum Thema Zwangsmaßnahmen in der Fachzeitschrift „Der Nervenarzt“ von 1941-1950

4.3 Die Jahre 1951-1960

Zwölf Artikel wurden in den 1950er Jahren zum Thema Zwang in der Zeitschrift „Der Nervenarzt“ publiziert. Sieben von ihnen thematisieren den Versuch, bundeseinheitliche Krankenschutzgesetze zu verabschieden sowie die Diskussion der dazugehörigen Entwürfe. Dies stellt den ersten größeren Diskurs über Zwangsmaßnahmen und deren Legitimation innerhalb der Fachzeitschrift dar.

Die Diskussion wird eröffnet durch den Artikel von Gruhle im Jahr 1951, in dem die Unterbringung eines psychisch Erkrankten gegen seinen Willen in eine geschlossene Abteilung einer Heilanstalt thematisiert wird.²⁸⁴ Gruhle betont die bestehende Rechtsunsicherheit, verursacht durch die Artikel 2 und 104 des Grundgesetzes, welche jedem Bürger Freiheit garantieren und die richterliche Prüfung bei Freiheitsentziehungen zusprechen.²⁸⁵ Dabei wurde nicht genau definiert, ob die Unterbringung psychisch Erkrankter ebenfalls unter diese Gesetze fallen würde. Dazu sagt Gruhle:

„Einen Richter gleichsam als menschlich oder beruflich höher oder mehr vertrauenswürdigen Beamten dem Anstaltsdirektor gegenüberzustellen, entbehrt jeder Begründung und bedeutet eine Zurücksetzung für den Direktor.“²⁸⁶

Wie Gruhle fordert auch Overhamm, die letzte Entscheidungskraft solle in der Ärzteschaft und nicht in der Justiz liegen.²⁸⁷ Janz findet hierbei noch deutlichere Worte und fragt, ob die „für den Entwurf maßgeblichen Begriffe „Freiheit der

²⁸⁴ Vgl. Gruhle (1951) S. 271-273

²⁸⁵ Vgl. Gruhle (1951) S. 271

²⁸⁶ Gruhle (1951) S. 272

²⁸⁷ Vgl. Overhamm (1952) S. 219-220

Person“ und „Freiheitsentziehung“ auf die Besonderheiten und Auswirkungen psychischer Erkrankungen sachlich zutreffen und damit förmlich gerechtfertigt“²⁸⁸ seien.²⁸⁹ Janz kommt zu dem Schluss, dass es sich bei der räumlichen Bewegungsfreiheit eines psychisch Kranken nicht um einen Rechtsbesitz als solchen handle, da dies nicht mit dem „im Art. 2 GG festgelegten Grundrecht zusammenhäng[e]“²⁹⁰. Es handle sich „um Äußerungen pathologischer Antriebsstörungen und Persönlichkeitsveränderungen, die als solche außerhalb aller Rechtskategorien [lägen]“²⁹¹, worin er von Eberhardt und Villinger 1954 Zuspruch erhielt.²⁹² Janz folgert daraus:

„Ein Gesetz, das psychisch Kranke und deshalb strafrechtlich nicht verantwortliche Personen auf die gleichberechtigte Ebene mit gesunden, strafrechtlich verantwortlichen Rechtsbrechern stellt, widerspricht jedenfalls den ethischen Grundsätzen und praktischen Erfordernissen der ärztlichen Haltung.“²⁹³

Damit spielt zum ersten Mal auch die ethische Perspektive eine Rolle in der Argumentation, auch wenn die medizinethischen Grundsätze, bzw. die ärztliche Haltung in diesem Zusammenhang nicht weiter ausgeführt werden. Zudem vernachlässigt er den Punkt, dass das Grundgesetz die Patienten vor ärztlicher Willkür schützen soll.

Janz schließt sich Gruhle an und plädiert für die Umsetzung seines vorgelegten Gegenentwurfes zum „Gesetz für das gerichtliche Verfahren bei Freiheitentziehungen“²⁹⁴. Langelüddeke legt ebenfalls noch einen eigenen Entwurf, angelehnt an das badische Irrenfürsorgegesetz vom 25.6.1910, vor.²⁹⁵ Im Unterschied zu Gruhle verlangt er, dass alle Aufnahmen, gleichgültig ob freiwillig oder zwangsweise mit einem ärztlichen Attest dem zuständigen Gericht

²⁸⁸ Janz (1952) S. 191

²⁸⁹ Vgl. Janz (1952) S. 191-193

²⁹⁰ Janz (1952) S. 191

²⁹¹ Janz (1952) S. 191

²⁹² Vgl. Eberhardt und Villinger (1954) S. 40

²⁹³ Janz (1952) S. 192

²⁹⁴ Vgl. Janz (1952) S. 193

²⁹⁵ Vgl. Langelüddeke (1952) S. 303

vorgelegt werden sollen, um sämtliche Aufnahmen zu legitimieren.²⁹⁶ Zudem solle den psychisch Erkrankten ein Beschwerderecht gegeben werden, sodass sowohl für die Patienten als auch die betroffenen Ärzte Rechtsschutz bestünde.²⁹⁷ Das badische Irrenfürsorgegesetz benennt Overhamm als Überbrückungslösung, welches in den Jahren der uneinheitlichen Rechtsgrundlage verwendet werden solle.²⁹⁸

Im Jahr 1956 wurde der Gesetzesentwurf für das „Gesetz über das gerichtliche Verfahren bei Freiheitsentziehungen“ final verabschiedet.²⁹⁹ Damit stand fest, dass eine Freiheitsentziehung bei der Unterbringung eines psychisch Erkrankten in einer geschlossenen Anstalt vorliegt. Eberhardt/Villinger und Sundermeyer bemängeln die nicht vorhandene Kooperation zwischen Gesetzgeber und Ärzteschaft.³⁰⁰ Die rechtliche Umsetzung von Psychisch-Kranken-Gesetzen obliegt bis heute den Bundesländern und war auch bereits in den 1950er Jahren einer der Hauptkritikpunkte zur rechtlichen Situation psychisch Erkrankter.³⁰¹ Eberhardt/Villinger betonen, dass gerade bei den verfahrensrechtlichen Grundlagen erhebliche Divergenz unter den Bundesländern bestünde.³⁰²

Weitere rechtliche Rahmenbedingungen thematisiert Schönke.³⁰³ Er geht auf die rechtlichen Eckpfeiler der Elektrokonvulsionstherapie, die Aufklärungspflicht des Arztes gegenüber dem Patienten und die Frage nach Sterilisation und Schwangerschaftsabbruch ein. Zur Frage, wie mit Sterilisationsmöglichkeiten nach dem 2. Weltkrieg umgehen soll, ist erwähnenswert, dass in den verschiedenen Besatzungszonen unterschiedlich mit dem Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses verfahren wurde. Schönke berichtet, dass das Gesetz im sowjetisch besetzten Teil und in Bayern formal aufgehoben wurde. Weiterhin gültig blieb es in der britischen und französischen Besatzungszone, obgleich es

²⁹⁶ Vgl. Langelüddeke (1952) S. 305

²⁹⁷ Vgl. Langelüddeke (1952) S. 305

²⁹⁸ Vgl. Overhamm (1952) S. 219

²⁹⁹ Vgl. §2 Abs. 1 Gesetz über das gerichtliche Verfahren bei Freiheitsentziehungen (FEVG) in der Fassung vom 29. Juni 1956 (BGBl. I 599)

³⁰⁰ Vgl. Sundermeyer (1954) S. 290-291 und Eberhardt und Villinger (1954) S. 38

³⁰¹ Vgl. Gruhle (1952) S. 193, Eberhardt und Villinger (1954) S. 37 und Sundermeyer (1954) S. 286

³⁰² Eberhardt und Villinger (1954) S.37

³⁰³ Vgl. Schönke (1951) S. 161-162

nicht durchgesetzt wurde.³⁰⁴ Auch Leferenz beschäftigt sich mit der rechtlichen Situation von Sterilisationen in den Nachkriegsjahren. Er sieht auch in Zukunft einen Platz für Sterilisationen aus eugenischen oder sozialen Gründen, wenn auch außerhalb des Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses, da dies zu stark mit der nationalsozialistischen Ideologie in Verbindung gebracht würde.³⁰⁵

Der amerikanische Spielfilm „Die Schlangengrube“ aus dem Jahre 1948, der die Zustände einer geschlossenen Abteilung einer Psychiatrie widerspiegeln sollte, erschütterte die Öffentlichkeit genauso wie der Prozess „Corten“ in Hamburg Anfang der 1950er Jahre. Hierbei wurde dem Arzt Dr. Corten vorgeworfen, seine Ehefrau absichtlich in einer geschlossenen Psychiatrie untergebracht zu haben.³⁰⁶ Dies heizte die öffentliche Diskussion um die Reputation der Psychiatrie innerhalb der Gesellschaft noch einmal an. Das mangelnde Vertrauen der Gesellschaft in die Psychiatrie wurde von Schneider, Gruhle und Eberhardt/Villinger ebenfalls in ihren Texten thematisiert.³⁰⁷

Degkwitz begegnet dem Thema Zwangsmaßnahmen, hier noch „Zwangsmittel“³⁰⁸ genannt, auf eine den anderen Artikeln des Jahrzehnts nicht entsprechende Art und Weise.³⁰⁹ Er geht zum ersten Mal inhaltlich auf die Arzt-Patienten-Beziehung ein und setzt damit erste Schritte in Richtung medizinethischer Überlegungen nach heutigem Verständnis. Zudem gibt Degkwitz Impulse für eine weniger restriktive Psychiatrie, wie sie in der Fachzeitschrift erst wieder im Jahr 2014 im Rahmen der Debatte um die Öffnung des psychiatrischen Stationssettings gesetzt werden. Dabei definiert er ein Grundproblem der Arzt-Patienten-Beziehung wie folgt:

„Einerseits wird von ihm Hilfe erwartet, andererseits kann er [der Arzt] aber genötigt sein, Zwangsmittel in dieser oder jener Form anzuwenden, da er die gesamte Situation berücksichtigen muss, um z.B. Unheil zu verhüten oder

³⁰⁴ Vgl. Schönke (1951) S. 162

³⁰⁵ Vgl. Leferenz (1952) S. 252-256

³⁰⁶ Brink (2010) S. 374-375

³⁰⁷ Vgl. Schneider (1951) S. 109, Gruhle (1951) S. 271 und Eberhardt und Villinger (1954) S. 40

³⁰⁸ Degkwitz (1952) S. 418

³⁰⁹ Vgl. Degkwitz (1952) S. 418-421

erforderliche Behandlungen durchzuführen.“³¹⁰ Weiterhin schlussfolgert er: „Es ist also der Kern der Frage nach der Bewertung des Menschen und den hierbei anzulegenden Maßstäben.“³¹¹

Um diese Maßstäbe näher zu beleuchten, gibt Degkwitz einen kurzen geschichtlichen Abriss und bindet auch den „No-Restraint“-Ansatz als Möglichkeit der Maßstabsetzung mit ein. Er kritisiert die uneinheitlichen Auffassungen innerhalb des Ansatzes. Unterschiedlich gehandhabt würde, ob es sich dabei um den Entfall sämtlicher Zwangsmaßnahmen, den Wegfall mechanischer Beschränkungen oder die sukzessive Auflösung geschlossener Abteilungen und den Übergang zum „Opendoor“-System handle.³¹² Seine Kritik fasste er prägnant zusammen:

„Die Ursache für die unterschiedliche Auffassung des No-Restraint liegt offenbar in der negativen Fassung des Begriffs. Mit dem Wort No-Restraint wird nicht ein positives Ziel bezeichnet, sondern ein Weglassen gefordert. Wie das, was übrigbleibt, aussehen soll, ist nicht gesagt.“³¹³

Im Anschluss diskutiert er die Arbeitstherapie als Möglichkeit, Zwangsmaßnahmen zu vermeiden. Insgesamt kommt er allerdings zu dem Schluss, dass „weder das No-Restraint noch die Arbeit das eigentlich Entscheidende [sei], sondern die Hinwendung der ganzen Person des Arztes zu den Kranken“³¹⁴. Allem voran müsse als größtes Ziel „das Wohl des jeweiligen Kranken“³¹⁵ betrachtet werden. Mit dieser Auffassung war Degkwitz seinen Kollegen teils Jahrzehnte voraus. Dennoch sieht er ein ethisches Problem bei der Anwendung von Zwangsmaßnahmen aufgrund der psychischen Erkrankung der Patienten per se nicht. Denn es könne auch das geringere Übel sein, Zwang mit „Konsequenz und Umsicht“³¹⁶ durchzuführen. Moralische Bedenken bestünden dabei nicht, es handle sich bei psychiatrisch akut Kranken nicht um freie

³¹⁰ Degkwitz (1952) S. 418

³¹¹ Degkwitz (1952) S. 418

³¹² Vgl. Degkwitz (1952) S. 419

³¹³ Degkwitz (1952) S. 419

³¹⁴ Degkwitz (1952) S. 420

³¹⁵ Degkwitz (1952) S. 421

³¹⁶ Degkwitz (1952) S. 421

Menschen, sie besäßen keinen freien Willen und damit sei auch keine Freiheitsentziehung möglich.³¹⁷

Merguet³¹⁸ wirft einen Blick auf den aktuellen Stand des Anstaltswesen und bringt Forderungen zur Aktualisierung vor: Zum einen sollte die Heilanstalt als umfassendes Krankenhaus für chronisch psychisch Kranke aufgefasst werden, der Arzt-Patienten-Versorgungsschlüssel an den eines somatischen Krankenhauses angepasst und das Pflegepersonal besser entlohnt werden. Zum anderen sollten Zwangsmaßnahmen weiter abgebaut werden und Patienten ein Beschwerderecht erhalten, um vor potenziellen Übergriffen besser geschützt zu sein.³¹⁹ Zur Situation des Personals schreibt Merguet:

„Ebenso muß nicht nur der Personalschlüssel verbessert werden, sondern auch die wirtschaftliche Lage des Pflegepersonals ist zu heben. Unsere Pfleger und Schwestern sind unsere wertvollsten Mitarbeiter. Von ihrem Verhalten und ihrem Verständnis für unsere Ziele hängt der Erfolg weitestgehend ab. Die Einschätzung entspricht heute nicht dem Wert ihrer Leistung.“³²⁰

Insgesamt lässt sich sagen, dass sich die Auseinandersetzung mit Zwang in der Fachzeitschrift in den 1950er Jahren vor allem um die Rahmenbedingungen von Zwangsmaßnahmen im weitesten Sinne drehte. Vor allem der Ruf nach bundeseinheitlichen rechtlichen Regelungen war ein zentrales Anliegen. Dem gegenüber beschäftigte sich Degkwitz als Erster inhaltlich mit der Legitimation von Zwangsmaßnahmen und erweitert die klassische Sicht der Psychiatrie mit alternativen Ansätzen, wie dem der „No-Restraint“-Bewegung und der Arbeitstherapie zur aktiven Reduktion unnötiger Zwangsmaßnahmen. Seine Konklusion trifft bis heute den Kern zur Vermeidung nicht notwendiger Zwangsmaßnahmen: die Verbesserung der Arzt-Patienten- bzw. der Pflegepersonal-Patienten-Beziehung.³²¹

³¹⁷ Vgl. Degkwitz (1952) S. 421

³¹⁸ Merguet (1955) S. 384-390

³¹⁹ Vgl. Merguet (1955) S. 390

³²⁰ Merguet (1955) S. 390

³²¹ Vgl. Degkwitz (1952) S. 420-421

Jahr	Autor	Titel
1951	Gruhle, H.W.	Unterbringung eines Kranken gegen seinen Willen in die geschlossene Abteilung einer Heilanstalt I
1951	Schneider, W.	"Die Schlangengrube" und die deutsche Psychiatrie
1951	Schönke, A.	Juristische Fragen der psychiatrischen Praxis
1952	Gruhle, H.W.	Unterbringung eines Kranken gegen seinen Willen in die geschlossene Abteilung einer Heilanstalt II
1952	Janz, H.W.	Stellungnahme zu dem Entwurf eines Bundesgesetzes über das gerichtliche Verfahren bei Freiheitsentziehungen und Freiheitsbeschränkungen
1952	Langelüddeke, A.	Entwurf für ein Bundesgesetz zum Schutze psychisch kranker Personen
1952	Lefferenz, H.	Die psychiatrische Indikation der Schwangerschaftsunterbrechung und Unfruchtbarmachung nach geltendem Recht
1952	Overhamm, G.C.	Artikel 104,2 GG und die badische Lösung seiner Anwendung auf die Aufnahmepraxis der psychiatrischen Krankenhäuser
1952	Degkwitz, R.	Über den Wandel der Zwangsmittel und die Vermeidbarkeit ihrer Anwendung bei der Pflege psychisch Kranker
1954	Eberhardt, H. Villinger, W.	Rechtssicherheit und Gesundheitsschutz bei Geisteskranken
1954	Sundermeyer, W.	Der verfassungsmäßige Rahmen einer Gesetzgebung für psychisch Kranke
1955	Merguet, H.	Die Anstaltspsychiatrie in unserer Zeit

Tabelle 10: Übersicht aller veröffentlichten Artikel zum Thema Zwangsmaßnahmen in der Fachzeitschrift „Der Nervenarzt“ von 1951-1960

4.4 Die Jahre 1961-1970

Die 1960er Jahre sind geprägt vom Wunsch nach Veränderung. Die bestehenden Zustände in den Heilanstalten beziehungsweise psychiatrischen Krankenhäusern sind für viele nicht mehr tragbar. Haisch macht 1965 auf die Reformierungsnotwendigkeit des Anstaltswesen aufmerksam.³²² Er berichtet, dass die Umbenennung von psychiatrischen Anstalten in Krankenhäuser „Programm und Ziel“ seien und macht damit gleichzeitig deutlich, dass viele Heilanstalten momentan noch nicht an diesem Punkt angekommen seien.³²³ Dabei ging er auf die Hauptproblematik der Unterbringung psychisch Erkrankter, den

³²² Vgl. Haisch (1965) S. 346-349

³²³ Vgl. Haisch (1965) S. 346

Dualismus aus Schutz der Allgemeinheit und Schutz des psychisch Erkrankten, ein. Er fordert, sich der Verhältnismäßigkeit bewusst zu sein, wie viele psychisch Erkrankte dauerhaft in ihrer Freiheit beschränkt werden, um eine potenzielle Gefahr abzuwehren. Diese potenzielle Gefährdung lasse sich durch die Zahlen der WHO nicht belegen, so Haisch.³²⁴ Er forderte:

„Vielmehr muß das übliche Prinzip, nur einzelnen Kranken gewisse Freiheiten und Lockerungen zu gewähren, durch das umgekehrte ersetzt werden, wonach jeder Kranke nur insoweit beschränkt werden darf, als sein Zustand dies notwendig macht. Die Allgemeinheit hat kein moralisches Recht, das damit verbundene Risiko zu verweigern.“³²⁵

Damit macht er deutlich, dass der Schutz und die Rechte des Patienten jene der Allgemeinbevölkerung überwiegen. Darin zeigt sich die beginnende Trendwende zur höheren Gewichtung der individuellen Rechte in der Argumentation um die Legitimation von Zwangsmaßnahmen. Haisch fordert des Weiteren Respekt vor den Patienten, die Möglichkeit zur direkten Aufnahme auf eine offen geführte Station, den Ausbau ambulanter Angebote, die durch die Etablierung von Psychopharmaka und den neuen Erkenntnissen in der Psychotherapie vermehrt möglich seien, die „vollkommene Humanisierung“³²⁶ der Psychiatrie sowie die Auflösung der starren Muster innerhalb des Stationsalltages.³²⁷

Diese theoretischen Impulse untermauert Haisch 1966 in einem praxisbezogenen Erfahrungsbericht zur Umbenennung der Anstalten in Krankenhäuser.³²⁸ Darin beschreibt er, wie wichtig die neue Benennung für das Vorantreiben der Reformierung gewesen sei. Sie sei von außen durch den Staat und von Innen durch das Krankenhauspersonal ermöglicht worden.³²⁹ Dabei fügt er einen Rückblick auf die NS-Zeit an, in welchem zum ersten Mal das Motiv der Schuld im Zusammenhang mit den Gräueltaten fällt: Die Anstrengungen zur Modernisierung der Anstalten seitens der Krankenhausträger „verstehen sich aus

³²⁴ Vgl. Haisch (1965) S. 347

³²⁵ Haisch (1965) S. 347

³²⁶ Vgl. Haisch (1965) S. 347-349

³²⁷ Vgl. Haisch (1965) S. 349

³²⁸ Vgl. Haisch (1966) S. 155-160

³²⁹ Vgl. Haisch (1966) S. 156

dem großen Nachholbedarf und bedeuten einen Beitrag zur substantiellen und moralischen Bewältigung der Vergangenheit, die uns eine Schuld gegenüber den Geisteskranken hinterlassen hat.“³³⁰

Zwangmaßnahmen als eigenständiger Begriff tauchen hier ebenfalls zum ersten Mal in einem Artikel der Fachzeitschrift auf, während, wie bereits erwähnt, Degkwitz 1952 noch von „Zwangsmitteln“³³¹ und Haisch 1965 allgemein von „Zwang“³³² sprach.³³³

Die Diskussion um Reformierungsgedanken erhielt verstärkt öffentliches Aufsehen durch das Buch „Irrenhäuser, Kranke klagen an“ von Frank Fischer aus dem Jahr 1969. Als Hilfspfleger arbeitete Fischer ein Jahr in verschiedenen deutschen Psychiatrien. In seinem Buch berichtet er über dramatische Zustände der Demütigung und Entwürdigung der Patienten, unnötige und gewaltvoll durchgeführte Zwangsmaßnahmen und die schlechten baulichen Zustände der Psychiatrien.³³⁴ Kulenkampff bezieht zu dem Buch von Fischer Stellung und sieht das Hauptproblem des schlechten Zustandes der Psychiatrien in der weiterhin vorhandenen Rechtsunsicherheit und den Rechtsunterschieden in den einzelnen Bundesländern und betont, dass die Psychiatrien immer am schwächsten Glied gemessen werden müssten, weshalb die benötigten Reformen endlich vorangetrieben werden sollten.³³⁵ Denn bei der Behandlung von Menschen, könne „das Schlechte nicht gegen das Gute verrechnet werden“³³⁶.

Ehrhardt nimmt im Jahr 1966 erneut Bezug auf die rechtliche Debatte um bundeseinheitliche Gesetze in den 1950er Jahren.³³⁷ Er betont, dass die sich aus der Debatte heraus ergebenden Landesunterbringungsgesetze keine der bestehenden Probleme gelöst sowie mehr Bürokratie verursacht hätten, weswegen er erneut für eine länderübergreifende Lösung plädiert.³³⁸ Winkler

³³⁰ Haisch (1966) S. 156

³³¹ Vgl. Degkwitz (1952) S. 418

³³² Haisch (1965) S. 347

³³³ Vgl. Haisch (1966) S. 157

³³⁴ Vgl. Fischer (1969) zitiert nach Kulenkampff (1970) S. 150

³³⁵ Vgl. Kulenkampff (1970) S. 152

³³⁶ Kulenkampff (1970) S. 152

³³⁷ Ehrhardt (1966) S. 107-110

³³⁸ Ehrhardt (1966) S. 109

berichtet 1970 vom ersten „Gesetz über Hilfen und Schutzmaßnahmen bei psychischen Krankheiten“ (PsychKG) aus Nordrhein-Westfalen.³³⁹ Dabei fanden die Interessen der Patienten mehr Raum und Begriffe wie „Geisteskrankheit“ wurden durch zeitgemäße ersetzt, wie in diesem konkreten Fall durch den Terminus „psychische Störung“.³⁴⁰ Gegen den Willen konnten Patienten nun auch bei akuter Eigengefährdung eingewiesen werden. Bisher war dies nur bei akuter Fremdgefährdung möglich.³⁴¹ Auch hierin zeigt sich ein Anhaltspunkt für die veränderte Argumentationsstruktur in der Anwendung von Zwangsmaßnahmen. Nicht nur zum Schutze der Allgemeinheit konnte nun Zwang rechtlich legitimiert werden, sondern nun auch bei akuter Gefährdung des Patienten durch sich selbst. Im damaligen PsychKG waren nun Zwangsbehandlungen innerhalb einer genehmigten Unterbringung möglich und es bedurfte hierfür keiner ausdrücklich Einwilligung des Patienten mehr.³⁴² Als Begründung wurde angeführt, „daß die (gerichtliche) Unterbringung ein so schwerwiegender Eingriff in die persönliche Freiheit sei, daß die für die Einweisung maßgeblichen Krankheitssymptome möglichst bald behoben werden sollten, um die Freiheitsentziehung beenden zu können“³⁴³ und so die Verwendung von Psychopharmaka, in dem Versuch die Symptome zu bessern, gerechtfertigt seien.

Winkler zeigt sich optimistisch, dass mechanische Zwangsmaßnahmen bald der Vergangenheit angehören würden, da die breite Verwendung von Psychopharmaka und die schnelle Entwicklung der Sozialpsychiatrie diese überflüssig machen würden.³⁴⁴ Als einzigen Grund für eine Unterbringung hält er an der fehlenden Krankeneinsicht fest und unterbreitet einen theoretischen Exkurs über Freiheiten der Patienten in der Daseinsanalytik. Darin diskutiert er anhand der einzelnen Gruppen von Störungsbildern die möglichen existentiellen Freiheitsgrade und deren Beschränkungen durch die Krankheit.³⁴⁵

³³⁹ Winkler (1970) S. 548-554

³⁴⁰ Vgl. Winkler (1970) S. 549

³⁴¹ Vgl. Winkler (1970) S. 550

³⁴² Vgl. Winkler (1970) S. 552

³⁴³ Winkler (1970) S. 552

³⁴⁴ Vgl. Winkler (1966) S. 304

³⁴⁵ Vgl. Winkler (1966) S. 306-309

Paradoxerweise wären gerade bei den Störungsbildern mit der weitestgehenden Einschränkung in der Freiheit am häufigsten Zwangsmaßnahmen notwendig.³⁴⁶ Die Behandlung an sich habe den Sinn, „die durch die Krankheit verschlossenen Bereiche der existentiellen Freiheit wieder zu erschließen“³⁴⁷. Dies könne nur dann gelingen, wenn dem Kranken die Möglichkeit geboten werde, „sich im Miteinander mit der Mitwelt neu zu orientieren, d.h. eine neue Ordnung und Grenzen zu finden, innerhalb derer er als er selbst in Freiheit existieren kann“³⁴⁸ und nicht über den Patienten hinweg, sondern mit dem Patienten zusammen im Behandlungssetting entschieden werde. Wie Kulenkampff sieht auch Winkler die Möglichkeit der medikamentösen Zwangsbehandlung als Chance, freiheitsbeschränkende Maßnahmen gänzlich umgehen zu können.³⁴⁹ Damit wird die medikamentöse Zwangsbehandlung, welche heute mit den höchsten juristischen Anforderungen aller Zwangsmaßnahmen versehen ist, gar nicht als Zwang per definitionem gesehen, sondern als Möglichkeit wahrgenommen, die Anwendung von Zwangsmaßnahmen zu überwinden.

Jahr	Autor	Titel
1965	Haisch, E. O.	Reform der Anstaltspsychiatrie, eine Aufgabe
1966	Ehrhardt, H.	Die Unterbringung psychisch Kranker als ärztlich-rechtliches Problem. Zur Kritik der Unterbringungsgesetze der Bundesländer
1966	Haisch, E. O.	Von der Anstalt zum psychiatrischen Krankenhaus
1966	Winkler, W. Th.	Zwang und Freiheit in der Psychiatrie
1970	Kulenkampff, C.	Wie schlecht ist die Krankenhauspsychiatrie in diesem Lande - Bemerkungen zu dem Buch von Frank Fischer "Irrenhäuser, Kranke klagen an"
1970	Winkler, W. Th.	Zum Gesetz über Hilfen und Schutzmaßnahmen bei psychischen Krankheiten

Tabelle 11: Übersicht aller veröffentlichten Artikel zum Thema Zwangsmaßnahmen in der Fachzeitschrift „Der Nervenarzt“ von 1961-1970

³⁴⁶ Vgl. Winkler (1966) S. 309

³⁴⁷ Winkler (1966) S. 309

³⁴⁸ Winkler (1966) S. 310

³⁴⁹ Vgl. Winkler (1966) S. 304

4.5 Die Jahre 1971-1980

In den 1970er Jahren wurden vier einzelne Artikel zu Zwangsmaßnahmen im weiteren Sinne publiziert. Bosch brachte soziale Faktoren als wichtige Variable zur Reduktion von Zwangseinweisungen ins Spiel, Petersen und Liedtke diskutierten erstmals die Entschädigung einer bestimmten Personengruppe, die von Zwangssterilisationen in der NS-Zeit betroffen war.³⁵⁰ Die DGPN brachten eine Mitteilung zu Gesetzesentwürfen für die Regelung von Schwangerschaftsabbrüchen und Sterilisationen heraus.³⁵¹ Des Weiteren gab es noch einen Artikel von Reimer zur konkreten Umsetzung der Psychiatriereform am psychiatrischen Landeskrankenhaus Weinsberg.³⁵² Ein einziger Artikel in den 1970er Jahren zu Reformen in der Psychiatrie könnte als überraschend angesehen werden, denn 1975 kam es nach langer Zeit des Reformierungswunsches und jahrelanger Beratung der Bundesregierung zu den Beschlüssen der Psychiatrie-Enquête.

Bosch weist 1971 auf einen bisher wenig berücksichtigten, wichtigen Punkt zum Abbau von Zwangseinweisungen hin. Soziale Faktoren beeinflussten das Verhalten des Patienten auch innerhalb des Krankheitsbildes maßgeblich und müssten daher bei der Behandlung mitbeachtet werden.³⁵³ Vor allem spiele dies auch bei einer bevorstehenden Zwangseinweisung eine große Rolle. Dazu schreibt er:

„Wenn das Verhalten der Partner des Patienten und spezifische Strukturen seines Sozialmilieus für Zwangseinweisungen von Bedeutung sind, so muß eine solche Bedeutung auch für die sozialen Strukturen der behandelnden Institution, ihren Stil und ihre Umgangsmodalität mit dem Patienten angenommen werden.“³⁵⁴

Die Ablehnung, die Patienten gegen die Einweisung verspürten, sei nicht die Ablehnung einer speziellen Person, sondern die Ablehnung der von der

³⁵⁰ Vgl. Bosch (1971) S. 65-73 und Petersen und Liedtke (1971) S. 197-205

³⁵¹ Vgl. DGPN (1972) S. 338-340

³⁵² Vgl. Reimer (1977) S. 306-309

³⁵³ Vgl. Bosch (1971) S. 65

³⁵⁴ Bosch (1971) S. 66

Gesellschaft auferlegten Stigmata bei der Behandlung psychischer Erkrankungen. So sagt Bosch:

„Der Affekt gegen ‚die Klapsmühle‘ kann hier nicht in allen seinen Ursachen diskutiert werden, aber er ist ein Faktum, und er wird von vielen Angehörigen unserer Kranken geteilt; sie wissen, daß psychische Störungen auch innerhalb der traditionellen Behandlungssituation oft mit herablassender Nachsicht behandelt werden oder sogar selbst hier mit einem negativen, wertenden Akzent versehen werden.“³⁵⁵

Auch im Umgang von Krankenhauspersonal mit Patienten sei dies zu bemerken. Bestenfalls könne man es als „nachsichtiges, väterlich-autoritäres Element an[sehen], welches den Patienten in einer zumindest im Zeitalter der Psychopharmakologie in einem solchen Ausmaß selten berechtigten Unmündigkeit hält“³⁵⁶. Um bestehende Unzulänglichkeiten aufzudecken, führt Bosch eine Studie an einer sozialpsychiatrisch geführten Station in Frankfurt durch. Für dieses Vorhaben formuliert Bosch folgende Hypothese:

„Der Patient, der einmal einen neuen, dynamischen, offenen, unautoritären und ihm in der Würde, die ihm auch als psychisch Kranken zukommt, respektierenden Behandlungsstil erfahren hat, müßte eher bereit sein, sich im Fall einer dringend erforderlichen erneuten Behandlung dieser aus freien Stücken und ohne Zwangsmaßnahmen zu unterziehen.“³⁵⁷

Die Ergebnisse bestätigen die Vermutung. Die Rate an Zwangseinweisungen nahm erheblich ab und der Anteil an Patienten, die bei Krankheitsverschlimmerung um Aufnahme baten, stieg an.³⁵⁸

Petersen und Liedtke schrieben 1971 einen Artikel zur „Entschädigung zwangssterilisierter Zigeuner“³⁵⁹. Laut den Autoren findet diese Personengruppe bisher zu wenig Beachtung im Umgang mit Entschädigungen nach Zwangssterilisationen in der NS-Zeit. Durch die kulturellen Besonderheiten seien

³⁵⁵ Bosch (1971) S. 66

³⁵⁶ Bosch (1971) S. 66

³⁵⁷ Bosch (1971) S. 68

³⁵⁸ Vgl. Bosch (1971) S. 73

³⁵⁹ Vgl. Petersen und Liedtke (1971) S. 197-205

sie besonders von den Zwangssterilisationen betroffen gewesen, da eine Sterilisation den Ausschluss aus der Gemeinde bedeutete.³⁶⁰ Die Autoren kommen zu dem Schluss, „daß es keinen Zwangssterilisierten ohne Folgen schwerer psychischer Störungen“³⁶¹ gäbe. Petersen und Liedtke machen auf die Unzulänglichkeit des Bundesentschädigungsgesetz aufmerksam, welches besagte, dass erst dann eine Berechtigung für eine Entschädigung existiere, wenn eine Leistungsminderung von mindestens 25% vorläge. Eine Basisentschädigung, für die gegen ihren Willen vorgenommene Sterilisation, gab es nicht.³⁶² Insgesamt sehen sie nicht die Sterilisation an sich, sondern die Stellung der Sterilisierten innerhalb ihrer Gruppe als Ursache der psychiatrischen Störungen an.³⁶³ Bemerkenswert an diesem Artikel ist das nicht thematisierte. Der Akt der Zwangssterilisation an sich wird von den Autoren weder verurteilt noch kritisch hinterfragt oder historisch aufgearbeitet. Es gibt keine ethische Debatte, keine Bekundung des Mitgeföhls, kein Schuldeingeständnis. Stattdessen wird die Gemeinschaft der Sinti und Roma mit ihren Strukturen als Ursache für die psychischen Probleme der von Zwangssterilisation Betroffenen benannt, anstelle der Verantwortlichen für die Zwangssterilisation: dem NS-Regime und den durchführenden Ärzten.

Erhardt diskutiert im Jahr 1972 im Namen der DGPN neue Gesetzesentwürfe zum Thema Schwangerschaftsabbruch und Sterilisation aus Sicht des Psychiaters.³⁶⁴ Darin erklärt er sich mit dem Teil des Gesetzesentwurfes nicht einverstanden, der jede nicht-medizinische Indikation für die Sterilisation von Einwilligungsunfähigen nach §226 Abs. 4 Nr. 1 StGB verbietet. Explizit diskutiert wurde dies am Beispiel geistig behinderter Menschen.³⁶⁵

Reimer beschreibt im Jahr 1977 die Umsetzung der Psychiatrie-Enquête am Beispiel des psychiatrischen Landeskrankenhauses Weinsberg.³⁶⁶ Dabei geht es

³⁶⁰ Vgl. Petersen und Liedtke (1971) S. 197-198 und S. 202

³⁶¹ Petersen und Liedtke (1971) S. 202

³⁶² Vgl. Petersen und Liedtke (1971) S. 202 und S. 204

³⁶³ Vgl. Petersen und Liedtke (1971) S. 204

³⁶⁴ Vgl. DGPN (1972) S. 338-340

³⁶⁵ Vgl. DGPN (1972) S. 340

³⁶⁶ Vgl. Reimer (1977) S.306-309

vor allem um die Spezialisierung der Behandlung, die Klinifizierung und den Ausbau einer gemeindenahen, sektorierten Psychiatrie. Reimer untersuchte, ob diese Veränderungen zu einer effizienteren, qualitativ höherwertigeren Behandlung führen könnten.³⁶⁷ Als Indizien für die gesteigerte Behandlungseffektivität zeigt Reimer auf, dass nach intensiver Arbeitstherapie einige, seit Jahren in der Psychiatrie stationär geführten Patienten in Wohngruppen vermittelt werden konnten und die Quoten an Zwangsuntergebrachten gesunken seien. Statt 7,26% im Jahre 1968 waren im Jahr 1977 lediglich noch 1,81% der stationären Patienten gesetzlich untergebracht.³⁶⁸ Als Vorteil des baden-württembergischen Unterbringungsgesetzes vom 16.5.1955 sieht Reimer die fürsorgliche Zurückhaltung an, „wonach bei einer sofortigen fürsorglichen Aufnahme dem Amtsgericht gegenüber erst nach einer Frist von drei Tagen eine gutachtliche Stellungnahme über die Notwendigkeit der Behandlung abgegeben werden muß“³⁶⁹.

Jahr	Autor	Titel
1971	Bosch, G.	Zur Frage des Abbaus von Zwangseinweisungen
1971	Petersen, P. Liedtke, U.	Zur Entschädigung zwangssterilisierter Zigeuner
1972	DGPN	Schwangerschaftsabbruch und Sterilisation Mitteilungen der deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Nervenheilkunde
1977	Reimer, F.	Die Psychiatrie Reform am psychiatrischen Krankenhaus

Tabelle 12: Übersicht aller veröffentlichten Artikel zum Thema Zwangsmaßnahmen in der Fachzeitschrift „Der Nervenarzt“ von 1971-1980

4.6 Die Jahre 1981-1990

In den 1980er Jahren erschienen sieben Artikel zu Zwangsmaßnahmen in der Fachzeitschrift „Der Nervenarzt“. Reimer gab im Jahr 1985 einen Überblick über die von ihm sieben Jahre zuvor vorgestellten Reformansätzen im psychiatrischen

³⁶⁷ Vgl. Reimer (1977) S. 306

³⁶⁸ Vgl. Reimer (1977) S. 308

³⁶⁹ Reimer (1977) S. 308

Landeskrankenhaus Weinsberg.³⁷⁰ Bunse stellte damals aktuelle Zahlen zu Unterbringungen psychisch Erkrankter vor.³⁷¹ Während die beiden Artikel für sich stehen, wurden in diesem Jahrzehnt auch die ersten Diskussionen um Artikel über Zwangsmaßnahmen in Form von Bemerkungen zu Originaltexten und Leserbriefen in der Fachzeitschrift geführt. Zum einen schrieben Spengler und Lorenzen Bemerkungen zu Bruns Originalarbeit über Zwangseinweisungen und ambulante Dienste.³⁷² Zum anderen wurde die Arbeit von Meyer über das Buch „die Freigabe der Vernichtung lebensunwerten Lebens“³⁷³ von Koch kommentiert.³⁷⁴

Reimer zeigt sich Jahr 1985 bezüglich der Reformumsetzung weniger euphorisch als noch vor sieben Jahre. Er berichtet, dass das hohe Tempo der Reformen abgenommen, sie in Teilen sogar stagniert hätten.³⁷⁵ Verlangsamt hätte sich die Reduktion der Betten und die Verkürzung der Verweildauer stationärer Behandlungen, auch sei kein therapeutisches Personal hinzu gekommen.³⁷⁶ Des Weiteren hätten negative Entwicklungen stattgefunden: So seien die Anzahl der stationären Wiederaufnahmen und die Anzahl der auf richterliche Anordnung hin untergebrachten Patienten leicht angestiegen.³⁷⁷ Als Ursachen gibt Reimer die mögliche Erreichung einer Bedarfsdeckung an psychiatrischen Behandlungsplätzen innerhalb der Region aufgrund der Verkleinerung des Einzugsgebietes, krankenhausinterne Struktur- und Finanzierungsprobleme, sowohl für geeignetes Personal als auch für Forschungsvorhaben, unterschiedliche Auffassungen über die Grundrichtung der Psychiatriereform an sich sowie die allgemeine Juristifizierung an.³⁷⁸ Dies führe dazu, dass Ärzte zurückhaltender mit therapeutischen Lockerungen wie Beurlaubungen, Verlegungen in Übergangseinrichtungen oder Entlassungen seien, wodurch sich im Individualfall die Situation

³⁷⁰ Vgl. Reimer (1985) S. 161-165

³⁷¹ Vgl. Bunse (1989) S. 233-235

³⁷² Vgl. Spengler (1986) S. 615, Lorenzen (1987) S. 261-262 und Bruns (1986) S. 119-122

³⁷³ Meyer (1988) S. 85-91

³⁷⁴ Vgl. Koch (1988) S. 233-235

³⁷⁵ Vgl. Reimer (1985) S. 161

³⁷⁶ Vgl. Reimer (1985) S. 162

³⁷⁷ Vgl. Reimer (1985) S. 162

³⁷⁸ Vgl. Reimer (1985) S. 162-164

für den Patienten verschlechtert habe.³⁷⁹ Er endet mit der Bitte um Offenlegung der Zahlen aus anderen Bundesländern, um von empirischen Zahlen ausgehend Anhaltspunkte für die unterschiedlichen Parameter wie Verweildauer oder Personalschlüssel ableiten zu können.³⁸⁰

Die Diskussion zwischen Bruns, Spengler und Lorenzen beginnt mit der von Bruns aufgestellten These, dass der weitere Ausbau ambulanter Angebote zumindest kurzfristig zu einer höheren Zwangseinweisungsrate führen könnte.³⁸¹ Als Beispiel nennt er die Städte Bremen und Hamburg sowie den Landkreis Osterholz-Scharmbeck. Vergleiche man die dortigen Zwangseinweisungsrate sowohl absolut als auch relativ zur Bevölkerungsdichte, so korreliere die jeweilige Rate an Zwangseinweisungen mit der ambulanten psychiatrischen Versorgungsdichte, welche in den Städten wesentlich besser sei.³⁸² Bruns nennt das Ergebnis enttäuschend und kommt zu dem Schluss, dass nicht selbstverständlich angenommen werden dürfe, dass ein Ausbau der ambulanten Strukturen die Zwangseinweisungsrate senken würde.³⁸³ Bruns betont allerdings auch, dass die allgemeine Verweildauer der Patienten im Betrachtungszeitraum gesunken sei. Im Zusammenhang mit einer Zunahme der Wiederaufnahmen könnten die erhöhten Zwangseinweisungsrate auch dadurch erklärt werden, dass Patienten zwar häufiger zwangseingewiesen worden wären, dann aber nur für kürzere Zeit.³⁸⁴ Als Gründe für das deutliche Gefälle zwischen den gestiegenen Zwangseinweisungsrate in den Städten Bremen und Hamburg und den geringeren im Landkreis Osterholz-Scharmbeck sollten auch zwei soziologische Aspekte betrachtet werden. Zum einen neigten Institutionen dazu, ihre eigene „Notwendigkeit und Berechtigung ihrer Existenz zu belegen, indem sie die Nachfrage nach den von ihr erbrachten Leistungen produziert[en] oder erhöht[en]“³⁸⁵. So würde die hohe „Zwangseinweisungsrate die Nachfrage nach

³⁷⁹ Vgl. Reimer (1985) S. 164

³⁸⁰ Vgl. Reimer (1985) S. 165

³⁸¹ Vgl. Bruns (1986) S. 119

³⁸² Vgl. Bruns (1986) S. 119-121

³⁸³ Vgl. Bruns (1986) S. 121

³⁸⁴ Vgl. Bruns (1986) S. 121

³⁸⁵ Bruns (1986) S. 122

dem Eingriff der sozialpsychiatrischen Dienste steigern“³⁸⁶. Des Weiteren liege in dem höheren Desintegrationsgefühl innerhalb von Großstädten und dem größeren Zusammengehörigkeitsgefühl auf dem Land ein zweiter wichtiger soziologischer Aspekt begründet.³⁸⁷ Das Gefühl von Desintegration könne zu einer Zunahme an psychischen Störungen führen und damit in Verbindung stehend auch mit einer Zunahme notwendiger Zwangseinweisungen einhergehen, so Bruns.³⁸⁸ Er schlägt vor, den Antrag auf Unterbringung erst nach 24h stellen zu müssen. So könnten, der Erfahrung nach, viele Erregungszustände wieder entschärft und der Patient, sofern nötig, meist zu einem freiwilligen Aufenthalt überzeugt werden.³⁸⁹

Bemerkenswert sind ebenfalls zwei weitere Punkte in Bruns Artikel: Zum einen spezifiziert er die begriffliche Verwendung der Worte Unterbringung, Zwangseinweisung und Krisenintervention. Dazu sagt er: „In entschärfender Nomenklatur wird vielerorts nicht mehr von ‚Zwangseinweisung‘, sondern von ‚Unterbringung‘ und ‚Krisenintervention‘ gesprochen“³⁹⁰. Was er hier als „entschärfende Nomenklatur“ bezeichnet, verdeutlicht eine bis dato nicht einheitlich definierte Verwendung von Begrifflichkeiten rund um Zwangsmaßnahmen, so dass die aufgeführten Begriffe oft synonym verwendet wurden. Zudem spricht Bruns die Doppelrolle der Psychiatrie innerhalb der Gesellschaft, zwischen dem Schutz des Patienten und dem Respekt gegenüber dem selbigen und dem Schutze der Allgemeinheit, an. Hier sieht Bruns eine zu der Zeit passenden Trendumkehr von der veralteten Fokussierung auf den Schutz der Allgemeinheit hin zu gestärkten Patientenrechten und Wahrung der Patientenautonomie, was sich auch in der Einführung der Gesetze über Hilfen für psychisch Kranke (PsychKG) widerspiegelte, die die Polizei- und Ordnungsgesetze, die davor Unterbringungen regelten, ablösten.³⁹¹

³⁸⁶ Bruns (1986) S. 122

³⁸⁷ Vgl. Bruns (1986) S. 121

³⁸⁸ Vgl. Bruns (1986) S. 122

³⁸⁹ Vgl. Bruns (1986) S. 121

³⁹⁰ Vgl. Bruns (1986) S. 119

³⁹¹ Bruns (1986) S. 119

Spengler schreibt 1986 den ersten Kommentar zu Bruns Artikel.³⁹² Dabei macht er darauf aufmerksam, dass die von Bruns verwendeten Statistiken zu Zwangseinweisungen weiter aufgeschlüsselt werden müssten. Es müsse unterschieden werden, ob es sich um eine sofortige zwangsweise, eine vom Gericht geplante Einweisung oder aber um Unterbringungsbeschlüsse von Patienten handle, die bereits freiwillig auf einer psychiatrischen Station waren und in deren Fall eine Unterbringung notwendig wurde. Ferner weist Spengler darauf hin, dass die steigenden Raten an Zwangseinweisungen auch anders interpretiert werden könnten. So könnten die stärkere Betonung von und Sensibilisierung für Patientenrechte dafür gesorgt haben, dass jegliche Notbehandlung, die gegen die Selbstbestimmung des Patienten gehe, nun rechtlich durch eine Unterbringung abgesichert und nicht mehr informell gehandhabt wird.

Anders als Spengler stimmt Lorenzen Bruns zu.³⁹³ Die bisherigen Gesetze der einzelnen Bundesländer hätten nicht zur Verringerung der Zwangseinweisungen geführt und die sozialpsychiatrischen Dienste hätten diese sogar erhöht.³⁹⁴ Lorenzen fordert eine gesetzliche Reform nach dem Vorbild Baden-Württembergs, da dort eine fürsorgliche Zurückhaltung für maximal 3 Tage möglich sei.³⁹⁵ Diese Zeit würde in den allermeisten Fällen ausreichen, um, wie auch schon Bruns betonte, Patienten, bei denen es notwendig sei, zum Bleiben zu motivieren.³⁹⁶ So befänden sich in Baden-Württemberg nach damals aktuellen Zahlen 95% der psychiatrischen Patienten in freiwilliger Behandlung, selbst wenn die fürsorglichen Zurückhaltungen zu den Unterbringungsanordnungen zählten, womit Baden-Württemberg noch unter den Raten anderer Bundesländer läge.³⁹⁷ Lorenzen betont die unterschiedlichen Situationen in den Bundesländern und wirft die Frage auf: "Ist die eklatante Ungleichbehandlung unserer psychisch

³⁹² Spengler (1986) S. 615

³⁹³ Lorenzen (1987) S. 261-262

³⁹⁴ Vgl. Lorenzen (1987) S. 261

³⁹⁵ Vgl. Lorenzen (1987) S. 261

³⁹⁶ Vgl. Lorenzen (1987) S. 261-262

³⁹⁷ Vgl. Lorenzen (1987) S. 261-262

Kranken in den einzelnen Bundesländern noch mit dem Grundgesetz, das ja die Gleichbehandlung aller Bürger unseres Staates voraussetzt, zu vereinbaren?"³⁹⁸

Meyer untersucht im Jahr 1988 die Reaktionen auf die Schriften von dem Juristen Binding und dem Freiburger Psychiater Hoche „Die Freigabe der Vernichtung lebensunwerten Lebens“ aus dem Jahr 1920, in welchen sie die Tötung psychisch Erkrankter als Akt der Gnade forderten, so wie sie dann durch das NS-Regime ab 1939 durchgeführt wurden.³⁹⁹ Meyer exploriert in dem Artikel, wie sich die Psychiater in den Jahren vor der Machtergreifung Hitlers dazu positionierten, da zu diesem Zeitpunkt das Argument der politischen Einflussnahme auf die Rezensionen noch nicht gelten konnte.⁴⁰⁰ Die Recherche ergab, dass es vereinzelt positive und wenig negative Reaktionen auf die Schriften gab. Bemerkenswert sei, dass das Werk nie Thema auf einem Kongress oder ähnlichen Tagungen gewesen war.⁴⁰¹ Dies sei auffällig, da die Thematik um eugenische Sterilisationen psychisch Erkrankter auf den Kongressen stark vertreten war.⁴⁰² Meyer kam zu dem Schluss, dass „eine offene Auseinandersetzung von Seiten der Psychiatrie nicht stattgefunden hat“⁴⁰³. Die mangelnden Reaktionen sollten, laut Meyer, auch im Kontext der Zeit kurz nach dem 1. Weltkrieg, gesehen werden:

"In dieser Untergangsstimmung bedeuteten die Thesen von Binding und Hoche für viele einen rettenden Ausweg durch Vernichtung der Schwachen und Kranken und damit, wie man damals sozialdarwinistisch dachte, eine Stärkung der Tüchtigen und zum Aufstieg Fähigen."⁴⁰⁴

Als weitere Erklärungsmöglichkeiten nennt er zum einen die Hemmung vor einer vernichtenden Kritik an dem Werk von Binding und Hoche und die „Unausdenkbarkeit“⁴⁰⁵ des Vorschlages.⁴⁰⁶ Unausdenkbarkeit meint in diesem

³⁹⁸ Lorenzen (1987) S. 262

³⁹⁹ Vgl. Meyer (1988) S. 85

⁴⁰⁰ Vgl. Meyer (1988) S. 85

⁴⁰¹ Vgl. Meyer (1988) S. 88-89

⁴⁰² Vgl. Meyer (1988) S. 88-89

⁴⁰³ Meyer (1988) S. 88

⁴⁰⁴ Meyer (1988) S. 90

⁴⁰⁵ Meyer (1988) S. 90

⁴⁰⁶ Vgl. Meyer (1988) S. 90

Zusammenhang vermutlich, dass die Umsetzung des Vorschlags von Binding und Hoche als so unvorstellbar angesehen wurde, dass man sich nicht ausmalen konnte, dass dieses Vorhaben tatsächlich realisiert werden würde. Zum anderen nennt er den öffentlichen Zuspruch zur Grundhaltung des Sozialdarwinismus gegenüber psychisch Erkrankten und die immer wieder aufkommende Kritik bezüglich der Kosten des Gesundheitswesens „als bequeme Argumentation gleicher Zielrichtung“⁴⁰⁷. Da die beschriebenen Erklärungsmodelle für Meyer als nicht ausreichend empfunden wurden, wirft er die Frage auf, ob das Schweigen der Psychiater als schweigendes Einverständnis zu werten sei, denn allein dadurch hätte das NS-Regime zumindest weniger mit Gegenwehr rechnen müssen.⁴⁰⁸

Koch kommentiert den Beitrag von Meyer und mag den düsteren Blick auf die Psychiatrien nicht hinnehmen. Er verweist auf drei Dissertationen, welche die Schriften von Binding und Hoche ablehnten.⁴⁰⁹

Bunse verfasste 1989 einen Artikel über die „Indikation und Dauer geschlossener psychiatrischer Behandlung im Verhältnis zur richterlich festgesetzten Frist“⁴¹⁰. Dabei zeigt sich, dass im Zeitraum von 1984-1986 16,3% der Patienten aufgrund einer richterlichen Anordnung auf einer geschlossenen Station aufgenommen wurden. Davon waren 95,3% aufgrund von Eigengefährdung und nur 5% aufgrund „öffentlicher Sicherheit und Ordnung“⁴¹¹ eingeliefert worden.⁴¹² Dadurch sieht Bunse ein „Übergewicht des Fürsorgegedankens, wie es psychiatrischem Selbstverständnis von jeher entspricht“⁴¹³. Darüber hinaus wird die in dem Beschluss festgelegte Maximaldauer in der Regel deutlich unterschritten.⁴¹⁴

⁴⁰⁷ Meyer (1988) S. 90

⁴⁰⁸ Vgl. Meyer (1988) S. 90

⁴⁰⁹ Vgl. Koch (1988) S. 750-751

⁴¹⁰ Vgl. Bunse (1989) S. 233-235

⁴¹¹ Bunse (1989) S. 233

⁴¹² Vgl. Bunse (1989) S. 233

⁴¹³ Bunse (1989) S. 235

⁴¹⁴ Vgl. Bunse (1989) S. 233

Jahr	Autor	Titel
1985	Reimer, F.	Die Psychiatrie Reform am psychiatrischen Landeskrankenhaus. Erfolge und Hindernisse in den letzten 7 Jahren
1986	Bruns, G.	Zwangseinweisung und ambulante Dienste
1986	Spengler, A.	Bemerkungen zur Arbeit von G. Bruns Zwangseinweisung und ambulante Dienste
1987	Lorenzen, D.	Bemerkungen zur Arbeit von G. Bruns Zwangseinweisung und ambulante Dienste
1988	Meyer, J.E.	"Die Freigabe der Vernichtung lebensunwerten Lebens" von Binding und Hoche im Spiegel der deutschen Psychiatrie vor 1933
1988	Koch, G.	Leserzuschrift zum Beitrag von J.E. Meyer "Die Freigabe der Vernichtung lebensunwerten Lebens" von Binding und Hoche im Spiegel der deutschen Psychiatrie vor 1933
1989	Bunse, J.	Indikation und Dauer geschlossener psychiatrischer Behandlung im Verhältnis zur richterlich festgesetzten Frist

Tabelle 13: Übersicht aller veröffentlichten Artikel zum Thema Zwangsmaßnahmen in der Fachzeitschrift „Der Nervenarzt“ von 1981-1990

4.7 Die Jahre 1991-2000

In den 1990er Jahren gab es fünf Artikel zu Zwangsmaßnahmen in der Fachzeitschrift „Der Nervenarzt“. Zwei beschäftigten sich mit der anfänglichen historischen Aufarbeitung der Rolle der Psychiatrie im Dritten Reich, ein Artikel erschien zu Zwangseinweisungen, ein weiterer stellte eine erste prospektive Studie über das Patientenempfinden von Zwangsmaßnahmen vor und ein Text zog 22 Jahre nach der Psychiatrie-Enquête ein Resümee über den bisherigen Reformierungsprozess.

Bruns, der sich schon 1986 mit der Thematik der Zwangseinweisung auseinandergesetzt hatte, betont, dass die in den 1970ern in den einzelnen Bundesländern verabschiedeten Gesetze zum Schutze psychisch Erkrankter nicht zu der erwünschten Reduktion der Anzahl von Zwangseinweisungen geführt hätten.⁴¹⁵ Er vergleicht die medizinischen, demographischen und sozialen Merkmale von Patienten, die sich in freiwilliger Behandlung befanden mit denen, die sich aufgrund einer richterlichen Anordnung in Behandlung gaben. Dabei kommt er zu dem Schluss, dass zwangseingewiesene Patienten eine eher

⁴¹⁵ Vgl. Bruns (1991) S. 311

ungünstige Merkmals-Konstellation aufwiesen.⁴¹⁶ Sie seien „besonders häufig männlich, ledig, ohne Berufsausbildung, arbeitslos, allein oder noch im Elternhaus lebend; sie leiden meistens an einer Schizophrenie, bleiben länger als die freiwilligen Patienten in der Klinik, sind zum größten Teil in der Vergangenheit bereits psychiatrisch hospitalisiert gewesen, werden häufig und z.T. in kurzer Folge rehospitalisiert und meistens von Ärzten staatlicher psychiatrischer Einrichtungen in die Klinik eingewiesen.“⁴¹⁷

Hohendorf und Kollegen sowie Ody setzen sich in zwei Texten mit der Psychiatrie im Nationalsozialismus auseinander. Hohendorf, Roelcke und Rotzoll berichten über eine retrospektive Aufarbeitung der Geschichte und den Werdegang des C. Schneider als Ordinarius in Heidelberg und seinen Versuchen an Kindern mit geistiger Behinderung.⁴¹⁸ Ody widmet sich dem bis dato nicht abgeschlossenen Thema der Entschädigung Zwangssterilisierter während der NS-Zeit.⁴¹⁹ Ähnlich wie in dem Artikel von Meyer aus dem Jahre 1988 zu den NS-Verbrechen wird dem Thema zwar sachlich begegnet. Dennoch bleibt der Eindruck zurück, dass Ody vor allem auf die Umstände der Psychiater in und vor der Zeit des Dritten Reiches hinweist und Erklärungsversuche für ihr Verhalten unternimmt, anstatt sich mit der Verantwortung der grausamen Taten an sich auseinanderzusetzen.

Hohendorf und Kollegen geben an, dass die Selektion der Patienten zur Zwangssterilisation oder Tötung auf dem „weitgehende[n] Konsens der Psychiater über eine differenzierte Ressourcenzuteilung für Anstaltspatienten nach dem Kriterium des vermuteten Krankheitsverlaufes“⁴²⁰ beruhte. Zu dem bereits diskutierten Werk von Bindung und Hoche sagen Hohendorf und Kollegen ohne weitere Belege folgendes:

„In der Ärzteschaft stießen diese Überlegungen vor 1933 vorwiegend auf Ablehnung. Die Argumentation wurde jedoch nach 1933 von NS-

⁴¹⁶ Vgl. Bruns (1991) S. 308

⁴¹⁷ Bruns (1991) S. 310

⁴¹⁸ Hohendorf, Roelcke und Rotzoll (1996) S. 935-946

⁴¹⁹ Ody (1998) S. 815-817

⁴²⁰ Hohendorf, Roelcke und Rotzoll (1996) S. 937

Ärztelfunktionären und Politikern wieder aufgenommen und später zur Rechtfertigung der ‚Aktion Gnadentod‘ benutzt.“⁴²¹

Auch wenn Hohendorf und Kollegen dem Zitat nach die Verantwortung klar dem NS-Regime und dessen Behörden zuschreiben, gestehen sie im weiteren Verlauf des Artikels ein, dass die Zwangssterilisationen und Tötungen nur durch die aktive Beteiligung oder zumindest die Duldung der meisten deutschen Psychiater möglich war.⁴²² Sie erläutern die Biografie und das sozialdarwinistische Grundverständnis C. Schneiders und kommen zu dem Schluss, dass dessen Philosophie einer intensivierten Arbeitstherapie nicht ohne den Nutzen eines Individuums für den Staat zu denken sei. Jegliche Form der Therapie müsse darauf ausgelegt sein, den Patienten in die Arbeitswelt, d.h. in die Leistungsfähigkeit für den Staat, zurückzubringen.⁴²³ Sollte dies nicht gelingen, so sei der Patient „lebensunwert“⁴²⁴ und therapeutisch aufzugeben.⁴²⁵ Weiter berichten Hohendorf und Kollegen von Schneiders Werdegang im Nationalsozialismus, dessen Beteiligung an den „Euthanasie“-Aktionen sowie dessen Forschungsvorhaben. Zwecks seiner Forschung an Gehirnen von psychisch Erkrankten und geistig behinderten Kindern gründete er in Wiesloch eine Forschungsanstalt, um Patienten „vor ihrer Tötung in der Anstalt Eichberg eingehend zu untersuchen“⁴²⁶. Im Anschluss sollten die „Idiotenhirne“⁴²⁷ für weitere Untersuchungen zurück nach Wiesloch gebracht werden.⁴²⁸ Die Abteilung musste kurz nach der Eröffnung durch das Kriegsgeschehen schließen und Schneider verschob die Forschungen zurück nach Heidelberg. Es ist davon auszugehen, dass mindestens 20 Kinder mittels Luminalinjektion in der Anstalt Eichberg getötet wurden.⁴²⁹ Im letzten Teil des Artikels versuchen Hohendorf und Kollegen ein Fazit zu dem Verhältnis der psychiatrischen Wissenschaft im 20.

⁴²¹ Hohendorf, Roelcke und Rotzoll (1996) S. 938

⁴²² Vgl. Hohendorf, Roelcke und Rotzoll (1996) S. 938

⁴²³ Vgl. Hohendorf, Roelcke und Rotzoll (1996) S. 940

⁴²⁴ Hohendorf, Roelcke und Rotzoll (1996) S. 940

⁴²⁵ Vgl. Hohendorf, Roelcke und Rotzoll (1996) S. 940

⁴²⁶ Hohendorf, Roelcke und Rotzoll (1996) S. 942

⁴²⁷ Hohendorf, Roelcke und Rotzoll (1996) S. 942

⁴²⁸ Vgl. Hohendorf, Roelcke und Rotzoll (1996) S. 942

⁴²⁹ Vgl. Hohendorf, Roelcke und Rotzoll (1996) S. 943

Jahrhundert und der Lebensvernichtung im Nationalsozialismus zu ziehen. Dazu meinen sie, dass dies nicht abschließend zu klären sei, da sich zwei Lager gegenüberstünden: Die einen sehen die deutschen Psychiater als treibende Kraft an, die die Machenschaften zumindest geduldet hätten, während die anderen die treibende Kraft vor allem im Nationalsozialismus und dessen behördlichen Strukturen sehen, die die Ärzteschaft zum Mitmachen gezwungen hätten.⁴³⁰ Hohendorf, Roelcke und Rotzoll enden mit den Worten: „Es bleibt die Erinnerung an die Opfer.“⁴³¹ Ein bemerkenswertes Ende, wenn man bedenkt, dass die Perspektive der Opfer im Artikel ansonsten kaum Aufmerksamkeit fand.

Ody thematisiert nach Petersen und Liedtke und damit 17 Jahre später erneut die Entschädigung Zwangssterilisierter.⁴³² Er macht deutlich, dass Entschädigungszahlungen zum einen nicht offen kommuniziert werden, schwer zugänglich seien und sich bei einem maximalen Entschädigungsbetrag in Höhe von 5000 DM auch die Frage der Angemessenheit stelle.⁴³³ Die Forschungsgruppe um Ody habe 1996 noch neun Opfer der Zwangssterilisationen ausfindig machen können, die alle von der Entschädigung durch den Staat nichts wussten.⁴³⁴ Ody kommt zu dem folgenden Schluss:

"Wenngleich das durch die Zwangssterilisation zugefügte Unrecht durch Geld nicht wieder gutzumachen ist, bedeutet die Entschädigung für die Betroffenen und ihre Angehörigen zumindest, daß das damalige Unrecht, das ihnen seinerzeit im Namen des Volkes zugefügt wurde, durch den heutigen Staat als Unrecht anerkannt wird, wenn auch die Entschädigung selbst als äußerst bescheiden und angesichts des Zugefügten auch unangemessen erscheint. Uns Psychiatern bleibt die Aufgabe, auch die letzten der unbekanntem noch nicht entschädigten Opfer ausfindig zu machen, als ein zwar kleiner, aber wichtiger Beitrag zur Wiedergutmachung des Unrechts, was nicht zuletzt auch durch die Verstrickung der Psychiatrie damals geschehen konnte."⁴³⁵

⁴³⁰ Vgl. Hohendorf, Roelcke und Rotzoll (1996) S. 945

⁴³¹ Hohendorf, Roelcke und Rotzoll (1996) S. 945

⁴³² Vgl. Ody (1998) S. 815-817

⁴³³ Vgl. Ody (1998) S. 815-816

⁴³⁴ Vgl. Ody (1998) S. 816-817

⁴³⁵ Ody (1998) S. 817

Anders als Hohendorf und Kollegen rückt Ody das Schicksal der Opfer sowie die Bewertung der NS-Taten stärker in den Fokus und spricht die Mittäterschaft der psychiatrischen Institutionen klar an. Es geht darum, den Taten eine Personifizierung zu verleihen, indem man die Opfer findet, Wiedergutmachung leistet und die Würde der Menschen durch die Anerkennung der Taten als Unrecht wiederherstellt. Dabei wird betont, dass es keinen Gegenwert für das geschehene Unrecht geben kann.

Smolka und Kollegen untersuchten im Jahr 1997 in einer prospektiven Studie, wie Patienten eine Zwangsmaßnahme kurz danach und mit längerem Abstand wahrgenommen haben.⁴³⁶ Ziel war es, herauszufinden, wie die Patienten die Zwangsmaßnahmen empfanden, ob die Anwendung dieser die Zufriedenheit der Behandlung langfristig beeinflussten und ob sie im Nachhinein mit den Maßnahmen einverstanden waren.⁴³⁷ Dabei kam heraus, dass ein Viertel der Befragten, die von Zwangsmaßnahmen betroffen waren, deren Anwendung kurz nach der Durchführung explizit verneinten. Gegen Ende des Aufenthaltes gaben sogar 42% von ihnen an, dass gegen ihren Willen keine Maßnahmen vorgenommen wurden.⁴³⁸ Die Studie kommt des Weiteren zu dem Ergebnis, dass Patienten, die von Zwangsmaßnahmen betroffen waren, zu Beginn eine geringere Krankheitseinsicht gehabt hätten und sich rückblickend als viel kränker wahrnahmen als kurz nach der Maßnahme. Das Ausmaß der Krankheitseinsicht blieb jedoch hinter dem der Kontrollgruppe zurück.⁴³⁹ Nach Smolka und Kollegen stellt die Krankheitseinsicht einen wichtigen prognostischen Marker für die spätere Inanspruchnahme therapeutischer Maßnahmen dar. Sie vermuten, dass die geringere Krankheitseinsicht im Zusammenhang mit der durch die Zwangsmaßnahme zugeteilten Krankenrolle die Patienten darin hindern könne, intrapsychische Veränderungsprozesse zuzulassen, um eine Genesung voranzutreiben.⁴⁴⁰ Zudem waren Patienten mit Zwangsmaßnahmen generell weniger zufrieden mit der Arbeit der Ärzte als Patienten der Kontrollgruppe,

⁴³⁶ Vgl. Smolka, Klinitz, Scheuring und Fähndrich (1997) S. 888-895

⁴³⁷ Vgl. Smolka, Klinitz, Scheuring und Fähndrich (1997) S. 889

⁴³⁸ Vgl. Smolka, Klinitz, Scheuring und Fähndrich (1997) S. 888

⁴³⁹ Smolka, Klinitz, Scheuring und Fähndrich (1997) S. 892

⁴⁴⁰ Vgl. Smolka, Klinitz, Scheuring und Fähndrich (1997) S. 893

während beide Gruppen eine hohe Zufriedenheit mit dem Pflegepersonal angaben.⁴⁴¹ Smolka und Kollegen begründen dies mit der direkten Verantwortung des Arztes für die jeweilige Zwangsmaßnahme, welche die Arzt-Patienten-Beziehung langfristig belasten würde.⁴⁴² Zudem habe die allgemeine Akzeptanz von Zwangsmaßnahmen im Laufe des stationären Aufenthalts eher abgenommen, während die Zufriedenheit der allgemeinen Behandlung zugenommen habe.⁴⁴³ Als mögliche Ursache sehen die Autoren den differenzierten Blick der Patienten. Die Zwangsmaßnahme an sich sehen die Patienten retrospektiv meist als vermeidbar an. Zudem hätten sie die Maßnahme als Strafe empfunden, während die Ärzte diese mit der Krankheitssymptomatik der Betroffenen rechtfertigten.⁴⁴⁴

Angesicht der hohen Diskrepanz zwischen der Wahrnehmung der Ärzte und jener der Patienten sehen Smolka und Kollegen dringenden Forschungsbedarf.⁴⁴⁵ Insgesamt vertreten sie die Auffassung, dass dem Thema Zwangsmaßnahmen nicht ausreichend wissenschaftlicher Raum gegeben werde.⁴⁴⁶ Zudem ist anzumerken, dass in diesem Artikel der Begriff der Zwangsmaßnahme erstmals explizit im Titel einer Publikation benannt wurde.

Gebhardt und Steinert geben in ihrem Artikel die Entwicklung der psychiatrischen Krankenversorgung 22 Jahre nach der Psychiatrie-Enquête wieder.⁴⁴⁷ Für die Studie wurden Fragebögen von ca. 190 Behandlungseinrichtungen aus Deutschland, Österreich und der Schweiz ausgewertet. Aufgrund der mangelnden einheitlichen Regelungen gebe es weiterhin gravierende Unterschiede in der Häufigkeit und der Art der angewandten Zwangsmaßnahmen, so Gebhardt und Steinert. Kein Krankenhaus in Deutschland gab an, gänzlich auf Fixierungen verzichten zu können, während kein Krankenhaus in der Schweiz angab, auf Isolierungen verzichten zu

⁴⁴¹ Vgl. Smolka, Klimitz, Scheuring und Fähndrich (1997) S. 893

⁴⁴² Vgl. Smolka, Klimitz, Scheuring und Fähndrich (1997) S. 893

⁴⁴³ Vgl. Smolka, Klimitz, Scheuring und Fähndrich (1997) S. 893

⁴⁴⁴ Vgl. Smolka, Klimitz, Scheuring und Fähndrich (1997) S. 893-894

⁴⁴⁵ Vgl. Smolka, Klimitz, Scheuring und Fähndrich (1997) S. 894

⁴⁴⁶ Vgl. Smolka, Klimitz, Scheuring und Fähndrich (1997) S. 888

⁴⁴⁷ Vgl. Gebhardt und Steinert (1998) S. 791-798

können.⁴⁴⁸ Als Limitation der Studie sahen die Autoren die freiwillige Beantwortung der Fragebögen ohne die Möglichkeit der Antwortüberprüfung an, so dass diese den Effekten der sozialen Erwünschtheit unterlegen könnten.⁴⁴⁹

Jahr	Autor	Titel
1991	Bruns, G.	Zwangseinweisungspatienten - eine psychiatrische Risikogruppe
1996	Hohendorf, G. Roelcke, V. Rotzoll, M.	Innovation und Vernichtung - Psychiatrische Forschung und "Euthanasie" an der Heidelberger Psychiatrischen Klinik 1939-1945
1997	Smolka, M. Klimitz, H. Scheuring, B. Fähndrich, E.	Zwangsmaßnahmen in der Psychiatrie aus Sicht der Patienten Eine prospektive Untersuchung
1998	Gebhardt, R.P. Steinert, T.	Innere Struktur der stationären psychiatrischen Krankenhausversorgung 22 Jahre nach der Psychiatrie-Enquête
1998	Ody, R.	Zur Entschädigung der zwangssterilisierten Opfer des Nationalsozialismus Ein noch immer nicht abgeschlossenes Kapitel

Tabelle 14: Übersicht aller veröffentlichten Artikel zum Thema Zwangsmaßnahmen in der Fachzeitschrift „Der Nervenarzt“ von 1991-2000

4.8 Die Jahre 2001-2010

Die Jahrtausendwende beschreibt eine Trendwende in der Menge an veröffentlichten Artikeln in der Fachzeitschrift zu Zwangsmaßnahmen. Von den insgesamt 116 eingeschlossenen Artikeln fallen 76 in den Zeitraum nach der Jahrtausendwende von 2001-2020. 15 Artikel wurden von 2001-2010 publiziert und 61 von 2011-2020. Um die Vielzahl an Artikel übersichtlicher darstellen zu können, werden in den betreffenden Unterkapiteln 4.8 und 4.9, wie bereits erwähnt, thematische Zwischenüberschriften verwendet.

Wissenschaftliche Evidenz

Steinert und Kollegen befragten in einer Studie zu ethischen Problemen bei der Zwangsbehandlung schizophrener Patienten im Jahr 2001 verschiedene Berufsgruppen, die anhand von drei Fallbeispielen jeweils entscheiden sollten, ob die betroffenen Patienten zwangseingewiesen und mit Neuroleptika (Antipsychotika)

⁴⁴⁸ Vgl. Gebhardt und Steinert (1998) S. 795

⁴⁴⁹ Vgl. Gebhardt und Steinert (1998) S. 798

zwangsbehandelt werden sollten.⁴⁵⁰ Dabei kam heraus, dass Psychiater sich ähnlich wie anderen Berufsgruppen und Laien entscheiden und sich Sozialarbeiter grundsätzlich öfters gegen eine Zwangsbehandlung aussprechen als der Durchschnitt aller anderen Berufsgruppen.⁴⁵¹

Zwang im Nationalsozialismus

Zu Zwang im Nationalsozialismus erschienen im Zeitraum von 2001-2010 sechs Artikel. Fangerau und Müller beschäftigten sich, ähnlich wie Meyer im Jahr 1988, mit einer Rezensionsanalyse zu einem Standardwerk der Rassenhygiene: „Menschliche Erblchkeitslehre und Rassenhygiene“ von E. Baur, E. Fischer und F. Lenz.⁴⁵² Rotzoll, Fuchs, Richter und Hohendorf berichten 2010 über die Euthanasie im Dritten Reich im Allgemeinen und darin eingebettet über die T4-Aktion im Besonderen.⁴⁵³ Hohendorf, Rotzoll, Richter, Eckart und Mundt publizieren 2002 erste Ergebnisse der Sichtung von Krankenakten von durch die T4-Aktion getöteten Patienten.⁴⁵⁴ Schmuhl berichtet 2002 über Werner Villinger, einem überzeugten Eugeniker und Beteiligten an der T4-Aktion.⁴⁵⁵ Roelcke setzt sich 2002 mit dem Zeitgeist der 1930er Jahre und in Form der einzigen Fortbildung zum Themenkomplex Zwang in der Zeitschrift „Der Nervenarzt“ mit dem Sterilisationsgesetz, auseinander und publizierte 2010 einen Übersichtsartikel über die Psychiatrie im Nationalsozialismus.⁴⁵⁶

Fangerau und Müller finden vor allem von Zuspruch geprägte Rezensionen für die rassenhygienische Schrift von Baur, Fischer und Lenz, welche nach 1933 als Standardwerk der nationalsozialistischen Politik angesehen wurde.⁴⁵⁷ Zur Rassenhygiene an sich teilen Fangerau und Müller mit: „Es ist zu einfach, die Rassenhygiene als demagogisch, allein politisch motiviert, fehlgeleitet oder

⁴⁵⁰ Vgl. Steinert et al. (2001) S. 700

⁴⁵¹ Vgl. Steinert et al. (2001) S. 706

⁴⁵² Vgl. Fangerau und Müller (2002) S. 1039-1049

⁴⁵³ Vgl. Rotzoll, Fuchs, Richter und Hohendorf (2010) S. 1326-1332

⁴⁵⁴ Vgl. Hohendorf, Rotzoll, Richter, Eckart und Mundt (2002) S. 1065-1074

⁴⁵⁵ Vgl. Schmuhl (2002) S. 1058-1063

⁴⁵⁶ Vgl. Roelcke (2002) S. 1019-1030 und Roelcke (2010) S. 1317-1332

⁴⁵⁷ Vgl. Fangerau und Müller (2002) S. 1039

pseudowissenschaftlich abzutun.“⁴⁵⁸ Unterstützt durch die naturwissenschaftlich geprägte Medizin der Zeit und die von Not geprägten Nachkriegsjahre nach dem 1. Weltkrieg erlangte die Rassenhygiene und das Werk von Baur, Fischer und Lenz auch durch den zusprechenden oder immerhin kritiklosen Umgang der Psychiater und Neurologen wissenschaftlichen Status und ebnete schon vor 1933 den Weg für die daraus abgeleiteten Forderungen, von der geringeren Versorgung von als unheilbar geltenden Patienten über deren Sterilisation bis hin zur Veranlassung ihrer Tötung.⁴⁵⁹ Die fast ausschließlich positiven Rezensionen zeigen auf, dass vor allem eugenisches, aber auch rassenhygienisches Gedankengut eben nicht erst durch nationalsozialistische Gesetze Teil des psychiatrischen Forschungsfeldes wurde, sondern dass es davor bereits in etablierten wissenschaftlichen Kreisen Lob, Anerkennung und Zuspruch für diese Theorien und jene gab, die diese vorantrieben.⁴⁶⁰

Hohendorf und Kollegen geben erste Ergebnisse der Sichtung von 3 000 der 30 000 Patientenakten wieder, die im Zentralarchiv des Ministeriums für Staatsicherheit der DDR gefunden wurden und als Akten der innerhalb der T4-Aktion getöteten psychisch Kranken identifiziert werden konnten.⁴⁶¹ Die Patientenakten weisen auf eine lange Hospitalisierung von durchschnittlich 10 Jahren hin.⁴⁶² Weiterhin seien die meisten Akten mit der Diagnose Schizophrenie oder „Schwachsinn“ versehen. Ein Drittel der Patienten sei als „pflegebedürftig“ und damit als nicht arbeitsfähig eingestuft worden. Weitere 50% seien einer „mechanischen“ und 5% einer produktiven Arbeit nachgegangen.⁴⁶³ Die Sichtung der verbliebenen Akten solle Klarheit bringen, in welchem Ausmaß die Selektion der Patienten den eugenischen und rassenhygienisch motivierten Kriterien unterlag.⁴⁶⁴ Zudem solle auf die Schicksale der Opfer aufmerksam gemacht und ihrer erinnert werden.⁴⁶⁵

⁴⁵⁸ Fangerau und Müller (2002) S. 1040

⁴⁵⁹ Vgl. Fangerau und Müller (2002) S. 1044-1045

⁴⁶⁰ Vgl. Fangerau und Müller (2002) S. 1045

⁴⁶¹ Vgl. Hohendorf, Rotzoll, Richter, Eckart und Mundt (2002) S. 1065

⁴⁶² Vgl. Hohendorf, Rotzoll, Richter, Eckart und Mundt (2002) S. 1072

⁴⁶³ Vgl. Hohendorf, Rotzoll, Richter, Eckart und Mundt (2002) S. 1072

⁴⁶⁴ Vgl. Hohendorf, Rotzoll, Richter, Eckart und Mundt (2002) S. 1073

⁴⁶⁵ Vgl. Hohendorf, Rotzoll, Richter, Eckart und Mundt (2002) S. 1073

An diese Erinnerungskultur knüpfen Rotzoll und Kollegen 2010 an und machen mit dem Artikel auf die schätzungsweise 70 000 Tötungen psychisch Erkrankter innerhalb der T4-Aktion aufmerksam. Gerade weil sich sie Patienten in psychiatrischer Behandlung oder in Obhut befanden, habe die deutsche Psychiatrie die Verpflichtung, „diesen Teil der eigenen Geschichte zu bedenken und zu einer Würdigung der ermordeten Menschen beizutragen, die in der gesamtgesellschaftlichen Erinnerung an die Opfer der nationalsozialistischen Gewaltherrschaft immer noch eine randständige Rolle spielen“⁴⁶⁶. Rotzoll und Kollegen weisen darauf hin, dass die Betroffenen von Zwangssterilisationen nach dem Krieg nicht als Opfer nationalsozialistischer Verfolgung anerkannt worden seien.⁴⁶⁷ Sie werfen die Frage auf, warum zuerst aufwendig massenhafte Sterilisationen vorangetrieben wurden, wenn von Beginn an festgestanden hätte, dass diese Patientengruppe der Euthanasie unterzogen werden sollten. Rotzoll und Kollegen vermuten unterschiedliche Intentionen und vergleichen Meldebögen von getöteten Patienten mit Meldebögen von Patienten, die überlebten. Dabei ergab sich kein Unterschied in der „Erblichkeit der Erkrankung“⁴⁶⁸. Während für die Sterilisation vor allem der Faktor der „Fortpflanzungsgefahr“ als wichtigstes Selektionsmerkmal erschien, war die Angabe der Arbeitsleistung zur Entscheidung der „Euthanasie“ von hohem Interesse und nahm im zeitlichen Verlauf der T4-Aktion eine immer größer werdende Rolle ein.⁴⁶⁹ Gegen Ende der T4-Aktion sollte die Arbeitsleistung der Patienten prozentual zu den Leistungen Gesunder angegeben werden. Die ökonomische Leistungsfähigkeit wurde damit zum entscheidenden Parameter über Leben und Tod.⁴⁷⁰ Daneben waren die Kriterien „Dauer der Hospitalisierung“ und das „Benehmen“ innerhalb der Anstalt von Bedeutung.⁴⁷¹ Rotzoll und Kollegen zitieren die Notiz eines Arztes aus einer Krankenakte über den Zustand einer Patientin: „Weiter so. Geistig tot. Das Krankenblatt sollte abgeschlossen werden, da sich auch in Zukunft nichts ändern

⁴⁶⁶ Rotzoll, Fuchs, Richter und Hohendorf (2010) S. 1326

⁴⁶⁷ Vgl. Rotzoll, Fuchs, Richter und Hohendorf (2010) S. 1327

⁴⁶⁸ Vgl. Rotzoll, Fuchs, Richter und Hohendorf (2010) S. 1329

⁴⁶⁹ Vgl. Rotzoll, Fuchs, Richter und Hohendorf (2010) S. 1329

⁴⁷⁰ Vgl. Rotzoll, Fuchs, Richter und Hohendorf (2010) S. 1330

⁴⁷¹ Vgl. Rotzoll, Fuchs, Richter und Hohendorf (2010) S. 1329

wird. Der einzige Eintrag, der sich noch lohnt, ist die Notiz des Sterbedatums.⁴⁷² Rotzoll und Kollegen kommen am Ende ihres Artikels zu dem Schluss, dass sich die deutsche und österreichische Psychiatrie der Erinnerung der Opfer „erst sehr spät gestellt haben“⁴⁷³ und gestehen damit die Versäumnisse der Aufarbeitung der psychiatrischen Verstrickungen in den Nationalsozialismus über Jahrzehnte hinweg ein.

Schmuhl beschreibt die Biografie eines zweiten Psychiaters, Werner Villinger, der nach C. Schneider als Ordinarius von Heidelberg ebenfalls in die NS-Machenschaften verstrickt gewesen sei.⁴⁷⁴ Werner Villinger war überzeugter Eugeniker und trieb schon vor der Machtergreifung Hitlers das Vorhaben eines Sterilisationsgesetzes voran.⁴⁷⁵ Hatte er sich zunächst vordergründig ablehnend zur T4-Aktion geäußert, wurde er dennoch Gutachter der Aktion. Während er dabei zwar Rücksendungen verzögerte und überdurchschnittlich häufig zu dem Ergebnis kam, die Patienten nicht der Vernichtung zuzuführen, ist Schmuhl der Meinung, „es wäre aber sicherlich überinterpretiert, wenn man sein Zögern als bewusste Obstruktion oder Sabotage deutet[e].“⁴⁷⁶ Nach dem Krieg machte Villinger in der BRD ungehindert Karriere, wurde beispielsweise 1955/56 zum Rektor der Universität Marburg berufen, wobei er sich mit seiner Vergangenheit nicht auseinandersetzte.⁴⁷⁷ 1961 sprach sich Villinger gegen eine Entschädigung von Sterilisations-Betroffenen aus. Als wenig später seine Gutachtertätigkeit ans Licht kam, verunglückte er ein paar Tage später auf einer Bergtour.⁴⁷⁸

Roelcke gibt im Jahr 2002 als eine zertifizierte Fortbildung der Zeitschrift einen Überblick über den Zeitgeist der 1930er Jahren, die Eugenik und die Sterilisationsgesetze. Dabei ordnet Roelcke die Sterilisationsgesetze zunächst in den geschichtlichen und soziokulturellen Hintergrund ein: Er kommt zu dem Schluss, dass die Gesetzgebung im Nationalsozialismus kein isoliertes Phäno-

⁴⁷² Rotzoll, Fuchs, Richter und Hohendorf (2010) S. 1331

⁴⁷³ Rotzoll, Fuchs, Richter und Hohendorf (2010) S. 1331

⁴⁷⁴ Vgl. Schmuhl (2002) S. 1058-1063

⁴⁷⁵ Vgl. Schmuhl (2002) S. 1058

⁴⁷⁶ Schmuhl (2002) S. 1062

⁴⁷⁷ Vgl. Schmuhl (2002) S. 1062

⁴⁷⁸ Vgl. Schmuhl (2002) S. 1062-1063

men war, sondern sowohl zeitlich als auch geographisch in den wissenschaftlichen, sozialpolitischen und kulturellen Kontext gesetzt werden kann.⁴⁷⁹ Ähnliche Diskurse der eugenischen, rassenhygienischen Bewegung fanden in den USA und den skandinavischen Ländern statt. Anders als in den anderen Teilen der Welt war jedoch der Zwangscharakter des deutschen Sterilisationsgesetzes einzigartig.⁴⁸⁰ Keinen vollständigen Konsens gebe es bei der Frage, wie aus der Sterilisationspraxis die systematische Tötung psychisch Erkrankter entsprang. Roelcke sagt hierzu: „Sehr plausibel erscheint aber die Hypothese, dass das Programm der Krankentötungen zwar keine *notwendige* innere Konsequenz der Eugenetik, aber eine durch die Logik eugenischen Denkens *nahegelegte* Denkmöglichkeit war, die unter den spezifischen Bedingungen des totalitären Staates und des Krieges zur realisierten Praxis wurde.“⁴⁸¹

Roelcke publizierte 2010 nochmals einen Artikel mit dem allgemein gefassten Titel „Psychiatrie im Nationalsozialismus“.⁴⁸² Darin bekräftigt er die These von 2002, dass es sich nicht nur bei der Gesetzgebung im Dritten Reich, sondern beim gesamten ideologischen Überbau nicht um eine Erfindung der Nationalsozialisten gehandelt habe, sondern dass das eugenische und rassenhygienische Gedankengut im Kreise von Biologen und Ärzten bereits im 19. Jahrhundert bestand.⁴⁸³ Roelcke formuliert die These, „dass die Grenzüberschreitungen zwischen 1933 und 1945 nicht spezifisch für die Zeit des Nationalsozialismus waren, sondern lediglich eine extreme Manifestation von Potenzialen, die in der modernen Medizin generell angelegt sind.“⁴⁸⁴ Das Besondere liege indessen „in der Abschaffung des politischen und wissenschaftlichen Pluralismus, verbunden mit der Bereitschaft von Politikern, Ärzten und breiter Öffentlichkeit, der Rationalität und den Effizienzversprechungen der

⁴⁷⁹ Vgl. Roelcke (2002) S. 1019

⁴⁸⁰ Vgl. Roelcke (2002) S. 1025

⁴⁸¹ Roelcke (2002) S. 1026

⁴⁸² Vgl. Roelcke (2010) S. 1317-1325

⁴⁸³ Vgl. Roelcke (2010) S. 1321

⁴⁸⁴ Roelcke (2010) S. 1321

Wissenschaften uneingeschränkt zu folgen“⁴⁸⁵. Dadurch rückte der individuelle Mensch aus dem Fokus des medizinischen Denkens und an dessen Stelle trat der „Volkskörper“.⁴⁸⁶ Zudem vertritt Roelcke die Meinung, dass man die wissenschaftlichen Entgleisungen nicht als „Pseudowissenschaft“ abtun darf, denn intrinsisch hätten sie einer wissenschaftlichen Logik Folge geleistet.⁴⁸⁷ Ethisch, so Roelcke, bedürfe es einer genauen Analyse der zentralen Bestandteile. So sei mit Blick auf den hohen Stellenwert der Wissensgenerierung, gepaart mit der uneingeschränkten Möglichkeit, Forschung an menschlichen Probanden durchzuführen, sowie dem totalitären Staat, der dem Individuum die Rechte zugunsten der Allgemeinheit absprach, und dem Kriegsgeschehen eine Situation geschaffen worden, die die Ethik ad absurdum getrieben habe und in unzähligen zwangssterilisierten und getöteten psychiatrischen Patienten gipfelte.⁴⁸⁸

Deeskalationsmöglichkeiten von akuten Erregungszuständen

Grube, Richter und Berger sowie Zala et al. beschäftigen sich mit Übergriffen von Patienten auf Mitarbeiter und der deeskalierenden Auflösung aggressionsgeladener Situationen.⁴⁸⁹ Dabei sprechen sich diese nicht nur für Deeskalationstrainings für das Personal aus, sondern auch für Selbstschutztrainings, welche auch schon in den Krankenpflegeschulen stattfinden sollten.⁴⁹⁰ Das Personal werde so ruhiger, sicherer im Umgang mit entsprechenden Situationen und würde sich weniger selbstüberschätzen, so Grube und Zala et al..⁴⁹¹ Dabei sehen Grube sowie Richter und Berger eine wesentlich erhöhte Gefahr von Übergriffen bei der Aufnahme von Patienten, vor allem, wenn es sich dabei um eine Zwangseinweisung handle.⁴⁹² Richter und Berger untermauern diese Aussagen mit Zahlen aus sechs psychiatrischen Einrichtungen, welche innerhalb von 6 Monaten untersucht wurden. Nehme man die

⁴⁸⁵ Roelcke (2010) S. 1324

⁴⁸⁶ Vgl. Roelcke (2010) S. 1317 und S. 1324

⁴⁸⁷ Vgl. Roelcke (2010) S. 1322

⁴⁸⁸ Vgl. Roelcke (2010) S. 1322

⁴⁸⁹ Vgl. Grube (2001) S. 867-871, Richter und Berger (2001) S. 693-699 und Zala et al. (2008) S. 827-831

⁴⁹⁰ Vgl. Grube (2001) S. 869 und Richter und Berger (2001) S. 698 und Zala et al. (2008) S. 827

⁴⁹¹ Vgl. Zala et al. (2008) S. 830 und Grube (2001) S. 870

⁴⁹² Vgl. Grube (2001) S. 869 und Richter und Berger (2001) S. 695

Aufnahmen aufgrund richterlicher Anordnungen, das heißt Unterbringungen auf Basis von länderspezifischen Gesetzen und solchen des Bürgerlichen Gesetzbuches zusammen, so mache dies 84% der Übergriffe aus.⁴⁹³ Analysiere man den Zeitpunkt der Übergriffe, fänden diese gehäuft außerhalb der regulären Dienstzeiten statt, so Grube.⁴⁹⁴

Mitteilungen der DGPPN

Zwischen 2003 und 2010 gab es in der Fachzeitschrift fünf Mitteilungen zu Zwangsmaßnahmen oder deren rechtlichen Regelungen. Die Mitteilung im Jahr 2003 bezieht sich auf Patientenrechte, Patientenverfügungen und Vorsorgevollmachten. Dabei geht es um die rechtlichen Rahmenbedingungen, Vorsorgevollmachten und Punkte, die bei einer Einwilligungsunfähigkeit beachtet werden sollten.⁴⁹⁵ In der Mitteilung aus dem Jahre 2004 bezieht die DGPPN Stellung zu einem Entwurf der Novellierung des Betreuungsgesetzes. Hintergrund sei, dass die Gesetzesfassung von 1992 die Erwartung nicht erfüllt habe, bürokratisch sehr aufwendig sei, die Betreuungszahlen weiter stark stiegen und Betroffene die Betreuung oftmals als Bevormundung ansehen.⁴⁹⁶ Zudem wird über die Möglichkeit einer Zwangsbehandlung im ambulanten Setting diskutiert, die bis dato nicht in den gesetzlichen Rahmenbedingungen definiert gewesen sei.⁴⁹⁷

Im Jahr 2005 sah sich die DGPPN aufgefordert, eine durch einen Artikel im deutschen Ärzteblatt aufflammende Diskussion über scheinbar stark angestiegene Zwangseinweisungsrate zu entkräften und Übersicht zu verschaffen.⁴⁹⁸ Bei ihrer Untersuchung kommt die DGPPN zu dem Schluss, dass es sich um keine rasante Entwicklung handle. Die leicht steigenden Zahlen sehen sie eher in Verbindung mit verkürzten stationären Verweildauern, was eine erhöhte Wiederaufnahmerate mit sich bringe, sowie mit regionalen und strukturellen Unterschieden und dem demographischen Wandel mit zunehmend

⁴⁹³ Vgl. Richter und Berger (2001) S. 695

⁴⁹⁴ Vgl. Grube (2001) S. 868

⁴⁹⁵ Vgl. DGPPN und Sass (2003) S. 629-631

⁴⁹⁶ Vgl. DGPPN (2004) S. 526-528

⁴⁹⁷ Vgl. DGPPN (2004) S. 528

⁴⁹⁸ Vgl. DGPPN (2005) S. 363-370

gerontopsychiatrischen, vor allem dementen Patienten.⁴⁹⁹ Zudem sehen sie die Entwicklung sogar dezent positiv, da die steigenden Zahlen dafür sprächen, dass informeller, nicht durch eine richterliche Anordnung genehmigter Zwang innerhalb der Psychiatrien sinken würde.⁵⁰⁰

Im Jahr 2006 sprechen sich Steinert und Kollegen im Namen der DGPPN für ein Benchmarking von Kliniken mit Zwangsmaßnahmen als Qualitätsindikator aus und unterbreiten diesbezüglich epidemiologische Daten.⁵⁰¹ Ziel sei es, einen „Plan-Do-Check-Act“-Plan für die Kliniken zur Selbstoptimierung zu erstellen. Als Qualitätsgrößen sollten folgende vier Kenngrößen definiert werden: Der Anteil an Fällen, die allgemein von Zwangsmaßnahmen betroffen seien, die Anzahl von Zwangsmaßnahmen innerhalb eines individuellen Falles, die kumulative Gesamtdauer aller Zwangsmaßnahmen innerhalb eines Falles und zuletzt die durchschnittliche Dauer der einzelnen Zwangsmaßnahmen.⁵⁰² Weiterhin betont die DGPPN, dass sich die Forschung bezüglich Zwangsmaßnahmen „neben dem stets zu beachtenden Sicherheitsaspekt hier in erster Linie auf das Erleben der Betroffenen und gewissermaßen ein ethisches Outcome“⁵⁰³ fokussieren solle. Darauf bezogen gehen sie auf die zunehmende Beachtung dieser beiden Aspekte in der Medizin im Allgemeinen ein und verweisen darauf, dass diese ethischen Komponenten bis in die 1990er Jahren quasi keine Rolle gespielt hätten.⁵⁰⁴ Bemerkenswert ist in dieser Mitteilung die definierende, explizite Aufschlüsselung einzelner Zwangsmaßnahmen eingeteilt nach freiheitseinschränkenden Maßnahmen, der Behandlung unter Zwang sowie der erzwungenen Diagnostik und Grundpflege.⁵⁰⁵ An dieser Einteilung orientierte sich auch die Grafik zu Zwangsmaßnahmen in Kapitel 1.3.1.

Im Jahr 2010 veröffentlichte die DGPPN eine Kurznotiz mit der Botschaft, dass ein Gutachten der DGPPN ergeben habe, dass die UN-Behindertenrecht-

⁴⁹⁹ Vgl. DGPPN (2005) S. 368

⁵⁰⁰ Vgl. DGPPN (2005) S. 368

⁵⁰¹ Vgl. DGPPN (2006) S. 1539-1544

⁵⁰² Vgl. DGPPN (2006) S. 1541

⁵⁰³ DGPPN (2006) S. 1543

⁵⁰⁴ Vgl. DGPPN (2006) S. 1543

⁵⁰⁵ Vgl. DGPPN (2006) S. 1540

konvention, die seit März 2009 in Deutschland rechtsbindend ist, keinen Einfluss auf die Unterbringung und Zwangsbehandlung psychisch Erkrankter habe.⁵⁰⁶

Jahr	Autor	Titel
2001	Steinert, T. et al.	Ethische Konflikte bei er Zwangsbehandlung schizophrener Patienten Entscheidungsverhalten und Einflussfaktoren an drei prototypischen Fallbeispielen
2001	Grube, M.	Aggressivität bei psychiatrischen Patienten
2001	Richter, D. Berger, K.	Patientenübergreifende auf Mitarbeiter. Eine prospektive Untersuchung der Häufigkeit, Situationen und Folgen
2002	Fangerau, H. Müller, I.	Das Standardwerk der Rassenhygiene von Erwin Baur, Eugen Fischer und Fritz Lenz im Urteil der Psychiatrie und Neurologie 1921-1940
2002	Hohendorf, G. Rotzoll, M. Richter, P. Eckart, W. Mundt, C.	Die Opfer der nationalsozialistischen "Euthanasie-Aktion T4" Erste Ergebnisse eines Projektes zur Erschließung von Krankenakten getöteter Patienten im Bundesarchiv Berlin
2002	Roelcke, V.	Zeitgeist und Erbgesundheitsgesetzgebung im Europa der 1930er Jahre Eugenik, Genetik und Politik im historischen Kontext.
2002	Schmuhl, H. W.	Zwischen vorauseilendem Gehorsam und halbherziger Verweigerung Werner Villinger und die nationalsozialistische Medizinverbrechen.
2003	DGPPN	Mitteilungen der DGPPN (Patientenrechte, Patientenverfügung, Vorsorgevollmacht)
2004	DGPPN	Mitteilungen der DGPPN (Stellungnahme zu dem Entwurf eines Gesetzes zur Änderung des Betreuungsgesetzes)
2005	DGPPN	Mitteilungen der DGPPN (Zwangseinweisungen - bundesweite Basisdaten und Trends)
2006	DGPPN	Mitteilungen der DGPPN (Freiheitseinschränkende Zwangsmaßnahmen bei Patienten in psychiatrischen Krankenhäusern)
2008	Zala, Z. et al.	Patientengerechte Aggressionsbewältigung in der Psychiatrie. Beschreibung eines Seminars und erste Ergebnisse
2010	DGPPN	Mitteilungen der DGPPN kurz notiert: Unterbringung und Zwangsbehandlung psychisch Kranker ist rechtskonform
2010	Rotzoll, M. Fuchs, P. Richter, P. Hohendorf, G.	Die nationalsozialistische "Euthanasieaktion T4" Historische Forschung, individuelle Lebensgeschichten und Erinnerungen
2010	Roelcke, V.	Psychiatrie im Nationalsozialismus. Historische Kenntnisse, Implikationen für aktuelle ethische Debatten

Tabelle 15: Übersicht aller veröffentlichten Artikel zum Thema Zwangsmaßnahmen in der Fachzeitschrift „Der Nervenarzt“ von 2001-2010

⁵⁰⁶ Vgl. DGPPN (2010) S. 250

4.9 Die Jahre 2011-2020

In den Jahren 2011-2020 erhielt das Thema Zwangsmaßnahmen in der Fachzeitschrift „Der Nervenarzt“ mit insgesamt 61 Artikeln die bisher größte Aufmerksamkeit. Um die drei größten thematischen Gruppen zu benennen, drehten sich 17 Artikel um Zwangsmaßnahmen während des Nationalsozialismus, acht Artikel behandelten die Berechtigung von Zwangsbehandlungen und elf Artikel beschäftigten sich mit der Öffnung von geschlossen geführten Akutstationen. Darüber hinaus wurden sieben Texte zum Thema Zwang in der Akutpsychiatrie, vier Texte zur Ethik und dem Einsatz von Zwang, fünf Texte zu den rechtlichen Rahmenbedingungen sowie vier Texte zur Unterbringung veröffentlicht. Weitere fünf Artikel beschäftigten sich mit anderen Formen von Zwangsmaßnahmen. Zur besseren Übersichtlichkeit erfolgt eine separate Betrachtung der ersten und zweiten Hälfte des Jahrzehnts.

4.9.1 Die Jahre 2011-2015

In den Jahren 2011-2015 erschienen 33 Artikel, in denen Zwangsmaßnahmen thematisiert wurden. Über die Zeit des Nationalsozialismus wurde mit 15 Artikeln, unter anderem in zwei Leitthemen-Reihen, am häufigsten berichtet. Zudem wurden sieben Artikel zu neuen rechtlichen, sich aus den Urteilen des Bundesverfassungsgerichts 2011/2012 ergebenden Unsicherheiten, sechs zu Zwangsmaßnahmen und deren direkten Umsetzung, drei über die Öffnung von geschlossen geführten Akutstationen, drei Artikel zum Berufsethos des Psychiaters und der Definition einer „Behandlung“ sowie eine besonders wegweisende Stellungnahme zu Zwangsmaßnahmen der DGPPN im Jahre 2014 veröffentlicht. Zwei Leserbriefe aus dem Jahr 2016 bezüglich des Berufsethos des Psychiaters und der Definition von Behandlung werden ebenfalls diskursorientiert in diesem Kapitel diskutiert, sodass im Folgenden 35 Artikel besprochen werden.

Zwang im Nationalsozialismus

Die 15 Artikel zu Zwang im Nationalsozialismus lassen sich weiter untergliedern. In den Jahren 2011 und 2012 erschien je ein Artikel von Steger und Kollegen.

Der Artikel im Jahr 2011 befasst sich mit der T4-Aktion am Beispiel der Pflegeanstalt Günzburg.⁵⁰⁷ Darin sehen es die Autoren als besonders wichtig an, die Lebensgeschichten der durch die T4-Aktion getöteten Patienten aufgrund der Verstrickungen der Ärzte sowie der gesamten Institution der Psychiatrie zu rekonstruieren.⁵⁰⁸ Der Artikel 2012 beschäftigt sich mit Zwangssterilisationen auf Basis des Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses.⁵⁰⁹ Dabei heben die Autoren hervor, dass alle im Gesundheitswesen Beschäftigten der ärztlichen Schweigepflicht entbunden und dazu verpflichtet wurden, mögliche Erberkrankte anzuzeigen.⁵¹⁰ Dies stellt einen massiven Vertrauensbruch in der Arzt-Patienten-Beziehung dar, der im Gebiet der Psychiatrie, in welchem das Vertrauen der Patienten in den Arzt und die Behandlung eine nochmals größere Rolle spielt, noch schwerer wiegt. Zum anderen zeigen Steger und Kollegen auf, dass noch im Jahre 1961 der Bundesausschuss für Wiedergutmachung der Meinung war, „dass es sich bei den Zwangssterilisationen nicht um nationalsozialistisches Unrecht, sondern um eine Maßnahme zum Wohle des deutschen Volkes gehandelt habe“⁵¹¹. Das Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses wurde erst 1974 außer Kraft gesetzt; erst seit 1980 können Betroffene Entschädigungen beantragen.⁵¹²

In den Jahren 2012 und 2013 erscheinen jeweils ein Leitthema zu Biografien von Psychiatern, die im Nationalsozialismus gewirkt haben. 2012 drehte sich das Leitthema um die Täterbiografien der Psychiater Paul Nitsche, Friedrich Mauz, Ernst Rüdin, Friedrich Panse und Carl Schneider. Die Einführung zum Thema schrieben Roelcke und Schneider.⁵¹³ Darin beschreiben diese, dass die DGPPN 2009 in ihrer Satzung einen neuen ersten Absatz verabschiedet habe, der da lautet:

⁵⁰⁷ Vgl. Steger, Gorgl, Strube, Winkelmann und Becker (2011) S. 1476-1482

⁵⁰⁸ Steger, Gorgl, Strube, Winkelmann und Becker (2011) S. 1482

⁵⁰⁹ Vgl. Steger, Schmer, Strube und Becker (2012) S. 366-373

⁵¹⁰ Vgl. Steger, Schmer, Strube und Becker (2012) S. 367

⁵¹¹ Vgl. Steger, Schmer, Strube und Becker (2012) S. 372

⁵¹² Vgl. Steger, Schmer, Strube und Becker (2012) S. 372

⁵¹³ Vgl. Roelcke und Schneider (2012) S. 291-292

„Die DGPPN ist sich ihrer besonderen Verantwortung um die Würde und Rechte der psychisch Kranken bewusst, die ihr aus der Beteiligung ihrer Vorläuferorganisationen an den Verbrechen des Nationalsozialismus, an massenhaften Krankenmorden und Zwangssterilisationen erwachsen.“⁵¹⁴

2010 erfolgte eine offizielle Entschuldigung der DGPPN gegenüber den Betroffenen und Hinterbliebenen.⁵¹⁵ Böhm beschreibt in der ersten Biografie Paul Nitsche als widersprüchliche Persönlichkeit, die in der Weimarer Republik die Reformierung des Anstaltswesens vorantrieb und im Nationalsozialismus Zwangssterilisierungen befürwortete, die das Leben eines Patienten an dessen ökonomischen Leistungsfähigkeit bemaß und die als T4-Obergutachter in letzter Instanz über die Tötung psychisch Erkrankter entschied.⁵¹⁶ Nach dem Krieg wurde Paul Nitsche für die Beteiligung an den nationalsozialistischen Verbrechen verurteilt und hingerichtet.⁵¹⁷ Silberzahn-Jandt und Schmuhl können die Biografie von Friedrich Mauz nicht so eindeutig fassen. Hatte Mauz in den Nachkriegsjahren behauptet, nicht hinter der NS-Ideologie gestanden zu haben und sich lediglich durch bereute Zugeständnisse hinreißen lassen, war er dennoch als Gutachter in Erbgesundheitsfragen sowie für die T4-Aktion tätig.⁵¹⁸ Trotzdem wurde er in den Nachkriegsjahren gerichtlich entlastet. Roelcke berichtet über die Biografie von Ernst Rüdin, einem renommierten Psychiater und entschlossenem Verfechter der Erbgesundheitspolitik des Nationalsozialismus.⁵¹⁹ Rüdin schrieb einen Kommentar zum Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses und war Begründer der Disziplin der psychiatrischen Eugenik sowie von 1935 bis 1945 Vorsitzender der Gesellschaft Deutscher Neurologen und Psychiater.⁵²⁰ Forsbach berichtet biografisch über Friedrich Panse, der es verstand, sich den politischen Gegebenheiten der Systeme der Weimarer Republik, des Dritten Reiches sowie der BRD

⁵¹⁴ Vgl. Roelcke und Schneider (2012) S. 291

⁵¹⁵ Vgl. Roelcke und Schneider (2012) S. 291

⁵¹⁶ Vgl. Böhm (2012) S. 293-302

⁵¹⁷ Vgl. Böhm (2012) S. 299

⁵¹⁸ Vgl. Silberzahn-Jandt und Schmuhl (2012) S. 321-328

⁵¹⁹ Vgl. Roelcke (2012) S. 303-31

⁵²⁰ Vgl. Roelcke (2012) S. 303

anzupassen.⁵²¹ Panse war Mitglied der NSDAP, lehrender Rassenhygieniker und T4-Gutachter.⁵²² Dennoch wurde er nach dem Krieg entlastet, klagte erfolgreich gegen das Land Nordrhein-Westfalen, welches ihn nicht mehr als außerplanmäßigen Professor zulassen wollte, wurde Direktor der Anstalt Düsseldorf-Grafeneck, Mitglied im Ärztlichen Sachverständigenrat für Fragen der Kriegsopferversorgung des Bundesarbeitsministeriums und schließlich sogar Präsident der DGPN.⁵²³ Rotzoll und Hohendorf berichten über Carl Schneider, dessen Biografie und Wirken schon in dem bereits vorgestellten Artikel von 1996 von ihnen beleuchtet wurde.⁵²⁴ Carl Schneider war Ordinarius an der Heidelberger Klinik, befürwortete die Krankentötungen und verübte Menschenversuche an Kindern.⁵²⁵

Im Jahr 2013 befasste sich das Leitthema der Fachzeitschrift mit Psychiatern, die in der Zeit des Nationalsozialismus Zivilcourage zeigten. Darunter waren Gottfried Ewald, Hans Römer, Walter Creutz, John Rittmeister und Werner Leibbrand, welche in einer Einführung von Roelcke und Schneider kurz vorgestellt wurden.⁵²⁶ Roelcke und Schneider möchten mit dem Vorurteil aufräumen, es hätte keinen Raum für Widerstand gegen den Nationalsozialismus gegeben und begründen dies mit der Angabe, dass immerhin knapp die Hälfte aller Ärzte nicht Mitglied in der NSDAP war und somit nicht jede Weigerung mit persönlichem Schaden einhergegangen sein konnte.⁵²⁷ Beyer berichtet von Gottfried Ewald, einem Universitätsprofessor, der sich weigerte, als Gutachter der T4-Aktion tätig zu werden, seine Anstellung jedoch behielt und versuchte, immer wieder Patienten vor dem Transport in Tötungsanstalten zu bewahren.⁵²⁸ Beyer folgert aus der konsequenzlosen Weigerung Ewalds, dass gewisse Spielräume zum Widerstand vorhanden gewesen sein müssen.⁵²⁹ Roelcke

⁵²¹ Vgl. Forsbach (2012) S. 329-336

⁵²² Vgl. Forsbach (2012) S. 333

⁵²³ Vgl. Forsbach (2012) S. 333

⁵²⁴ Vgl. Rotzoll und Hohendorf (2012) S. 311-320 und Hohendorf, Roelcke und Rotzoll (1996) S. 935-946

⁵²⁵ Vgl. Rotzoll und Hohendorf (2012) S. 317

⁵²⁶ Vgl. Schneider und Roelcke (2013) S. 1041-1042

⁵²⁷ Vgl. Schneider und Roelcke (2013) S. 1041

⁵²⁸ Vgl. Beyer (2013) S. 1049-1055

⁵²⁹ Vgl. Beyer (2013) S. 1053

berichtet in einem weiteren Artikel über Hans Roemer, einem überzeugten Eugeniker und gleichzeitig vehementen Gegners der Tötung psychisch Erkrankter.⁵³⁰ Roemer versuchte wiederholt, den Abtransport von Kranken aus der Anstalt Illenau zu verhindern und unternahm mehrere Anläufe, Bündnispartner für ein gemeinsames Vorgehen gegen die Krankentötungen zu finden.⁵³¹ Ähnlich wie bei Ewald hatte sein Widerstand keine persönlichen Konsequenzen.⁵³² Anders als Ewald ließ er sich jedoch wiederholt krankschreiben und ging in Frühruhestand, um nicht Teil des Systems sein zu müssen.⁵³³ Schmuhl berichtet über Walter Creutz, Medizinaldezernent in der Provinzialverwaltung der Rheinprovinz.⁵³⁴ Er gilt als Widerstandskämpfer und soll bis zu 3 000 Patienten das Leben gerettet haben, indem er das Euthanasie-Programm sabotierte. Nachdem zuletzt immer mehr Stimmen laut wurden, die Creutz' Widerstand anzweifeln, fordert Schmuhl zu einer differenzierteren Betrachtung der Quellen auf, da er auf beiden Seiten eine einseitige Interpretation vermutet.⁵³⁵ Er fordert, den Blick auf das Unklare und Widersprüchliche zu lenken, da die meisten Geschichtskonstruktionen auf die Gerichtsprozesse nach dem zweiten Weltkrieg zurückzuführen seien, welche darauf aus gewesen wären, eine möglichst stringente Handlungsabfolge mit klaren Motiven zu evaluieren, um eindeutige Urteile fällen zu können, deren vollständiger Wahrheitswert aber anzuzweifeln sei.⁵³⁶ Allein durch die Gerichtsabschriften würden die Komplexität und die Verstrickungen im Dritten Reich nicht adäquat dargestellt werden.⁵³⁷ Teller stellt John Rittmeisters Biografie vor, der als einziger der hier vorgestellten Ärzte Teil des organisierten Widerstandes gegen das NS-Regime war und dafür hingerichtet wurde, nachdem er sich an einer Flugblattaktion der Schulze-Boysen/Harnack-Gruppe

⁵³⁰ Vgl. Roelcke (2013) S. 1064-1068

⁵³¹ Vgl. Roelcke (2013) S. 1066

⁵³² Vgl. Roelcke (2013) S. 1067

⁵³³ Vgl. Roelcke (2013) S. 1067-1068

⁵³⁴ Vgl. Schmuhl (2013) S. 1069-1074

⁵³⁵ Vgl. Schmuhl (2013) S. 1073

⁵³⁶ Vgl. Schmuhl (2013) S. 1073-1074

⁵³⁷ Vgl. Schmuhl (2013) S. 1074

beteiligte.⁵³⁸ Seidel berichtet über den Psychiater und Medizinhistoriker Werner Leibbrand, der für seinen Widerstand gegen den Ausschluss jüdischer Kollegen aus dem Berliner Ärztlichen Standesverein Konsequenzen in Form des Verlustes der kassenärztlichen Zulassung und der beruflichen Position erlitt.⁵³⁹ Trotzdem gilt seine Ernennung zum Ethiksachverständigen bei den Nürnberger Ärzteprozessen durch die amerikanische Militärbehörde als nicht unumstritten.⁵⁴⁰

Helmchen stellte im Jahr 2015 die Biografie von Karl Bonhoeffer vor.⁵⁴¹ Darin betont dieser wie bereits Schmuhl 2012, eine solche Biografie müsse immer im Geiste der damaligen Zeit gesehen und dieser bei der Bewertung berücksichtigt werden.⁵⁴² Brachte Bonhoeffer noch 1923 zum Ausdruck, dass eine eugenische Sterilisation das Ziel verfehlen würde, da nur Träger, aber nicht Überträger von Erbkrankheiten identifiziert werden könnten, so gab er zehn Jahre später Erbgesundheitskurse zur korrekten Umsetzung des Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses.⁵⁴³ Dennoch habe er als Gutachter wesentlich weniger Zustimmungen zu Sterilisationen gegeben als andere und habe in ganz Deutschland als Beispiel für eine restriktive Indikationsstellung zur Durchführung gegolten.⁵⁴⁴ Im Umkehrschluss gab es jedoch auch einen gewissen Anteil an Patienten, dem er die Zwangssterilisationen zumutete.⁵⁴⁵ Helmchen lässt die Kontroverse für sich stehen und endet mit zwei wichtigen und vermutlich auch generell auf diese Zeit anzuwendenden Fragen:

„War Bonhoeffer gefangen in einer tragischen Situation, sich verpflichtet zu fühlen, an der Durchführung eines wissenschaftlich nicht begründeten Gesetzes mitzuarbeiten, um seine Auswirkungen zu begrenzen? Oder (auch) gefangen in einem damals – also vor der Deklaration allgemeiner Menschenrechte – herrschenden Menschenbild, das aus heutiger Sicht inhumane Züge trägt?“⁵⁴⁶

⁵³⁸ Vgl. Teller (2013) S. 1056-1063

⁵³⁹ Vgl. Seidel (2013) S. 1043-1048

⁵⁴⁰ Vgl. Seidel (2013) S. 1046

⁵⁴¹ Vgl. Helmchen (2015) S. 77-82

⁵⁴² Vgl. Schmuhl (2013) S. 1069-1074 und Helmchen (2015) S. 77

⁵⁴³ Vgl. Helmchen (2015) S. 79

⁵⁴⁴ Vgl. Helmchen (2015) S. 80

⁵⁴⁵ Vgl. Helmchen (2015) S. 80

⁵⁴⁶ Helmchen (2015) S. 82

Pollmächer schlussfolgert im Jahr 2015, dass die mittlerweile weltweit vorherrschende Akzeptanz der patientenzentrierten, autonomiefokussierten Medizin als Reaktion auf die Auswüchse der paternalistischen Medizin in der ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts, wie unter dem NS-Regime praktiziert, verstanden werden müsse.⁵⁴⁷

Neue rechtliche Unsicherheiten durch richterliche Urteile

Neben dem großen thematischen Bereich der Zwangsmaßnahmen in der NS-Zeit drehte sich ein Diskurs in der Fachzeitschrift um bestehende und neuauftretende Rechtsunsicherheiten durch verschiedene Urteile des Bundesverfassungsgerichts, wie sie in Kapitel 1.3.2 bereits erläutert wurden und die dadurch unklare Umsetzung von Zwangsmaßnahmen.

Müller und Kollegen berichten in zwei Artikeln im Jahr 2012 von Zwangsbehandlungen unter der gegebenen Rechtsunsicherheit.⁵⁴⁸ Der erste Teil beschäftigt sich mit der damaligen Rechtsgrundlage und der zweite Teil mit den daraus resultierenden Implikationen für die Praxis.⁵⁴⁹ Die Gerichtsurteile an sich sollen an dieser Stelle nicht weiter Gegenstand der Arbeit sein. Die wichtigsten Urteile können in Kapitel 1.3.2 nachgelesen werden und eine ausführlichere Ausführung findet sich bei Müller und Kollegen.⁵⁵⁰ Die Gerichtsurteile, die aufgrund der UN-Behindertenkonvention ergangen sind, führten in Deutschland zu Rechtsunsicherheiten, da Teile des Maßregelvollzugs in Rheinland-Pfalz und Teile der Unterbringungsgesetze in Baden-Württemberg als verfassungswidrig erklärt wurden und bis zu ihrer Überarbeitung keine Gültigkeit besaßen.⁵⁵¹ Zudem war die Zwangsbehandlung unter Berufung auf das Betreuungsrecht nach einem bundesgerichtlichem Urteil nicht mehr möglich.⁵⁵² Generell wurden Zwangsbehandlungen nicht verboten, es wurden aber höhere Anforderungen gestellt und die Art der Unterbringung der Patienten, ob nach dem

⁵⁴⁷ Vgl. Pollmächer (2015) S. 1149-1150

⁵⁴⁸ Vgl. Müller, Walter, Kunze, Konrad und Heinz (2012) a S. 1142-1149

⁵⁴⁹ Vgl. Müller, Walter, Kunze, Konrad und Heinz (2012) b S. 1150-1155

⁵⁵⁰ Vgl. Müller, Walter, Kunze, Konrad und Heinz (2012) a S. 1145-1146

⁵⁵¹ Vgl. Müller, Walter, Kunze, Konrad und Heinz (2012) a S. 1144

⁵⁵² Vgl. Müller, Walter, Kunze, Konrad und Heinz (2012) a S. 1146-1148

Betreuungsrecht oder den Unterbringungsgesetzen der Länder, spielte nun im psychiatrischen Alltag eine viel größere Rolle.⁵⁵³ Der Anstoß an richterliche Neuerungen habe die Rechte der Patienten und deren Autonomie zwar gestärkt und auch die Medizinethik habe weitere Fortschritte gemacht, jedoch seien die richterlichen Neuerungen während der Überbrückungszeit ohne passende Lösungsvorschläge für den Alltag versehen.⁵⁵⁴ So gehen Müller und Kollegen davon aus, dass es zu einem Anstieg von Fixierungen und anderen freiheitseinschränkenden Maßnahmen kommen würde.⁵⁵⁵ Im zweiten Artikel bezeichnen Müller und Kollegen diese defensive Form der Behandlung, bei der vor allem auf freiheitseinschränkende Maßnahmen wie Isolierung, Fixierung und Unterbringung zurückgegriffen werden müsste, als medizinethisch nicht vertretbar.⁵⁵⁶ Eine ähnliche Position vertritt auch die DGPPN in einer Mitteilung aus dem Jahr 2012 über die Entscheidung des Bundesgerichtshofes, dass Zwangsbehandlungen durch das Betreuungsrecht nicht ausreichend gedeckt seien:

„Die Konsequenz wird sein, dass Patienten in größerer Zahl für längere Zeit freiheitsentziehende Maßnahmen erdulden müssen, Angehörige in ihrer Belastungsfähigkeit überfordert werden und Mitarbeiter und Mitpatienten der Einrichtungen vermehrt mit Übergriffen von Patienten rechnen müssen.“⁵⁵⁷

Müller und Kollegen betonen weiterhin, dass Studien vorlägen, welche aufzeigten, dass zwischen einem und zwei Drittel der befragten Patienten angewandte Zwangsmaßnahmen in der Rückschau befürworteten und eine körperlich-freiheitlich einschränkende Maßnahme wie eine Fixierung als belastender empfänden als eine zwangsweise medikamentöse Behandlung.⁵⁵⁸ Insgesamt fühlten Ärzte sich alleine gelassen und sehen sich verstärkt in einem

⁵⁵³ Vgl. Müller, Walter, Kunze, Konrad und Heinz (2012) a S. 1149

⁵⁵⁴ Vgl. Müller, Walter, Kunze, Konrad und Heinz (2012) a S. 1149

⁵⁵⁵ Vgl. Müller, Walter, Kunze, Konrad und Heinz (2012) a S. 1142 und S. 1144

⁵⁵⁶ Vgl. Müller, Walter, Kunze, Konrad und Heinz (2012) b S. 1152

⁵⁵⁷ Vgl. DGPPN (2012) a S. 1209-1210

⁵⁵⁸ Vgl. Müller, Walter, Kunze, Konrad und Heinz (2012) b S. 1152

strafrechtlichen Dilemma aus unterlassener Hilfeleistung und verfassungswidriger Zwangsbehandlung.⁵⁵⁹

Die DGPPN veröffentlicht zu dieser Debatte eine weitere Mitteilung, in der sie sich der Position von Müller und dessen Kollegen anschließt.⁵⁶⁰ Es sei sehr zu begrüßen, dass sich die gesteigerte Sensibilität für die Patientenautonomie auch in den Gesetzen widerspiegle, jedoch sei momentan keine ausreichende rechtliche Grundlage zur adäquaten Behandlung psychisch Erkrankter gewährleistet.⁵⁶¹ Daraus abgeleitet bestünde in Deutschland nun die Gefahr, „dass Menschen mit psychischen Erkrankungen von der Möglichkeit zur Wiedererlangung ihrer Selbstbestimmungsfähigkeit und der gesellschaftlichen Teilhabe ausgeschlossen bleiben“⁵⁶². Diese Teilhabe am gesellschaftlichen Miteinander sei jedoch der Grundgedanke der Behindertenrechtskonvention der UN gewesen und würde damit psychisch Erkrankten verwehrt werden.⁵⁶³ Ebenfalls argumentiert die DGPPN mit geltenden medizinethischen Grundprinzipien:

"Die Anwendung von Zwang ist als letztes Mittel nicht nur gerechtfertigt, sondern unter medizinethischen Gesichtspunkten - Gesundheit wiederherzustellen, Schaden vermeiden, den am schwersten Kranken eine wirksame Behandlung nicht vorenthalten - sogar geboten."⁵⁶⁴

Im Jahr 2013 kam es zu einer Neuregelung des Betreuungsrechts. Zwangsbehandlungen waren unter Auflagen wieder erlaubt. Hierzu zählt die DGPPN im Jahr 2013 folgende auf: die Ausreizung möglicher milderer Mittel, die Festsetzung einer Patientenverfügung im Vorfeld sowie die Befürwortung der Maßnahme durch den Betreuer und einem unabhängigen Gutachter.⁵⁶⁵ Die DGPPN unterstützt den Rechtspruch und zeigte sich über die neugewonnene

⁵⁵⁹ Vgl. Müller, Walter, Kunze, Konrad und Heinz (2012) b S. 1150

⁵⁶⁰ Vgl. DGPPN (2012) b S. 1490-1493

⁵⁶¹ Vgl. DGPPN (2012) b S. 1492

⁵⁶² DGPPN (2012) b S. 1492

⁵⁶³ Vgl. DGPPN (2012) b S. 1491

⁵⁶⁴ DGPPN (2012) b S. 1492

⁵⁶⁵ Vgl. DGPPN (2013) S. 245

Rechtsicherheit bei der Zwangsbehandlung im Rahmen des Betreuungsrechts erfreut.⁵⁶⁶

Vollmann nimmt im Jahr 2014 eine ethische Analyse der gegebenen Rechtslage vor.⁵⁶⁷ Er kritisiert die unterschiedliche rechtliche Beurteilung zwischen freiheitseinschränkenden Maßnahmen und einer medikamentösen Zwangsbehandlung und findet dies normativ nicht überzeugend.⁵⁶⁸ Er beanstandet weiterhin, dass es zu diesem Zeitpunkt innerhalb einer Unterbringung keiner zusätzlichen Bewilligung für eine Fixierung bedarf, während eine erneute richterliche Anordnung für eine Zwangsbehandlung von Nöten ist.⁵⁶⁹ Die neue Regelung des Verfassungsrechtes sah zudem vor, dass selbstbestimmte Patienten, d.h. einwilligungsfähige Patienten, zwar untergebracht, aber nicht zwangsbehandelt werden durften.⁵⁷⁰ So komme es vor, dass Patienten durch die rechtlichen Vorgaben auf einer geschlossen geführten psychiatrischen Station untergebracht werden dürften, die medikamentöse Zwangsbehandlung aber selbstbestimmt ablehnten und ihnen so keine adäquate psychiatrische Behandlung zugeführt werden könne.⁵⁷¹ Die mechanische Fixierung eines Patienten, der sich in einem akuten Erregungszustand befindet, agitiert und aggressiv ist, ohne eine beruhigende Medikation einzusetzen, ist nach psychiatrisch-wissenschaftlichen Gesichtspunkten genauso wenig zu verantworten, wie dass sich die Dauer unnötig verlängere, so Vollmann.⁵⁷² Neben dem Zwang von außen, welcher beispielsweise durch Ärzte oder das Pflegepersonal ausgeübt werden kann, sollte die Gesetzgebung auch die Form des inneren Zwangs berücksichtigen, dem der Patient aufgrund seiner einschränkenden Krankheit ausgesetzt ist und der behandelt werden sollte.⁵⁷³ Weiterhin beruft sich Vollmann wie Müller und Kollegen auf die Studien, die

⁵⁶⁶ Vgl. DGPPN (2013) S. 245

⁵⁶⁷ Vgl. Vollmann (2014) a S. 614-620

⁵⁶⁸ Vgl. Vollmann (2014) a S. 617

⁵⁶⁹ Vgl. Vollmann (2014) a S. 617

⁵⁷⁰ Vgl. Vollmann (2014) a S. 616

⁵⁷¹ Vgl. Vollmann (2014) a S. 617

⁵⁷² Vgl. Vollmann (2014) a S. 617

⁵⁷³ Vgl. Vollmann (2014) a S. 618

darauf hindeuten, dass Patienten die mechanische Zwangsausübung als weitaus unerträglicher empfinden als die Zwangsmedikation.⁵⁷⁴

In diesem sowie in einem weiteren Artikel von 2014 sieht Vollmann das Entgeltsystem PEPP (pauschalisierendes Entgeltsystem der Psychiatrie und Psychosomatik) als möglichen Fehlanreiz, Zwangsmaßnahmen unnötig lange anzuwenden, um in eine höhere Entgeltstufe zu gelangen.⁵⁷⁵ Zudem weist Vollmann darauf hin, dass ein Entgeltsystem in der Psychiatrie nicht nur rein technisch, sondern auch normativ gesehen werden müsse. Denn man könne nicht annehmen, dass ökonomische Anreize keinen Einfluss auf die Behandlungsqualität hätten.⁵⁷⁶ Obwohl Vollmann in dem neuen Entgeltsystem eine Möglichkeit sieht, die Effektivität der Behandlung zu steigern, hat er auch Bedenken hinsichtlich negativer Auswirkungen auf psychisch Erkrankte mit chronifiziertem Krankheitsverlauf aufgrund stufenweise sinkender Tagesentgelte.⁵⁷⁷

Wegweisende Stellungnahme der DGPPN 2014

Auf das Recht der Selbstbestimmung geht die DGPPN in einer wegweisenden Stellungnahme 2014 ein.⁵⁷⁸ Darin betont sie, dass jeder psychiatrische Patient selbstbestimmt über seine Behandlung entscheiden solle.⁵⁷⁹ Laut DGPPN entspricht es den heutzutage gültigen medizinethischen Grundprinzipien, dass ein Patient durch eine partizipative Entscheidungsfindung von dem Arzt im Gespräch dazu befähigt wird, freiwillig und informiert einer diagnostischen und therapeutischen Maßnahme zuzustimmen.⁵⁸⁰ Diese Einwilligung kann jedoch nur dann als gültig anerkannt werden, wenn der Patient selbstbestimmungsfähig ist.⁵⁸¹ Selbstbestimmungsfähigkeit zeigt sich laut DGPPN, wie in Kapitel 1 beschrieben, durch die folgenden Faktoren: Informationsverständnis,

⁵⁷⁴ Vgl. Vollmann (2014) a S. 616-617

⁵⁷⁵ Vgl. Vollmann (2014) b S. 1410-1418 und Vollmann (2014) a S. 619

⁵⁷⁶ Vgl. Vollmann (2014) b S. 1416-1418

⁵⁷⁷ Vgl. Vollmann (2014) b S. 1413

⁵⁷⁸ Vgl. DGPPN (2014) S. 1419-1431

⁵⁷⁹ Vgl. DGPPN (2014) S. 1419

⁵⁸⁰ Vgl. DGPPN (2014) S. 1420

⁵⁸¹ Vgl. DGPPN (2014) S. 1420

Urteilsvermögen, Einsichtsfähigkeit und Ausdrucksfähigkeit des Patienten.⁵⁸² Die Selbstbestimmungsfähigkeit kann jedoch durch psychische Erkrankungen beeinträchtigt sein.⁵⁸³ Kommt es bei einem selbstbestimmungsunfähigen Patienten zu einer Situation, in der er sich selbst oder andere gefährdet, sieht sich der Psychiater in einem ethischen Dilemma hinsichtlich der Anwendung von Zwangsmaßnahmen. Unter keinen anderen Umständen, das heißt weder bei selbstbestimmungsfähigen Patienten noch bei selbstbestimmungsunfähigen Patienten ohne Selbst- oder Fremdgefährdung, seien Zwangsmaßnahmen ethisch zu rechtfertigen.⁵⁸⁴ Laut DGPPN sollte das Ziel stets die Vermeidung von Zwangsmaßnahmen sein. Sie erläutern einige Implikationen für die Praxis, um diese zu verhindern und so eine mögliche Traumatisierung des Patienten zu vermeiden sowie die vertrauensvolle Arzt-Patienten-Beziehung zu sichern.⁵⁸⁵ Wichtige Bausteine seien hier Deeskalationstrainings, Kommunikationskompetenz, klinische Ethikberatungen, Behandlungsvereinbarungen und Patientenverfügungen.⁵⁸⁶ Die DGPPN sieht folgende Punkte als problematisch an. Es sei ethisch nicht vertretbar, dass nach den Landesgesetzen Fixierungen innerhalb einer Unterbringung nicht gesondert richterlich genehmigt werden müssten.⁵⁸⁷ Genauso sei eine Unterbringung aufgrund minder schwerer Fremdgefährdung nicht rechtfertigbar.⁵⁸⁸ Hier sollte ein neuer Diskurs stattfinden, in welchem Ausmaß die Gesellschaft herausforderndes Verhalten toleriert beziehungsweise tolerieren sollte und wie die einzelnen Akteure dies ethisch begründen.⁵⁸⁹ Des Weiteren ist hervorzuheben, dass innerhalb dieser Mitteilung die erste genaue Definition einer Zwangsmaßnahme in der Fachzeitschrift abgedruckt wird. Diese Definition dient auch in der vorliegenden Arbeit als Grundlage, wie in Kapitel 1.3.1 besprochen und lautet:

⁵⁸² Vgl. DGPPN (2014) S. 1422

⁵⁸³ Vgl. DGPPN (2014) S. 1422

⁵⁸⁴ Vgl. DGPPN (2014) S. 1424

⁵⁸⁵ Vgl. DGPPN (2014) S. 1424-1426

⁵⁸⁶ Vgl. DGPPN (2014) S. 1420

⁵⁸⁷ Vgl. DGPPN (2014) S. 1427

⁵⁸⁸ Vgl. DGPPN (2014) S. 1427

⁵⁸⁹ Vgl. DGPPN (2014) S. 1427

„Unter Zwangsmaßnahmen werden rechtlich a) Unterbringungen psychisch Kranker gegen deren erklärten Willen in Krankenhäusern und b) unterbringungsähnliche Maßnahmen (wie Fixierungen und Isolierungen) gegen den erklärten Willen verstanden. Ärztliche Zwangsmaßnahmen sind diagnostisch und therapeutische Interventionen gegen den erklärten Willen.“⁵⁹⁰

Die Anwendung von Zwangsmaßnahmen in der Akutpsychiatrie

Mit akuten, in der Psychiatrie stattfindenden Zwangsmaßnahmen beschäftigen sich die folgenden Artikel von Steinert und Schmid, Brieger und Kollegen; Valdes-Stauber, Deinert und Kilian, Mavrogiorgou und Juckel, Pajonk sowie von Mir, Priebe und Mundt.⁵⁹¹

Steinert und Schmid fordern im Jahr 2014 eine kritische Bestandsaufnahme der angewandten Zwangsmaßnahmen in den Psychiatrien in Deutschland.⁵⁹² Dafür verschickten Steinert und Kollegen einen anonymisierten Fragebogen an alle psychiatrisch-psychotherapeutisch arbeitenden Kliniken mit Pflichtversorgung in Deutschland.⁵⁹³ Dabei kam heraus, dass sich bereits sehr kritisch mit Zwangsmaßnahmen in den Kliniken auseinandergesetzt werde. 90% der Kliniken verwendeten eine Leitlinie, was laut Steinert und Kollegen vor 15 Jahren noch kaum vorstellbar gewesen sei.⁵⁹⁴ 97,5% der Kliniken führten Deeskalationstrainings durch und über 20% nahmen an einem Benchmarking mit anderen Kliniken teil.⁵⁹⁵ 84% der Kliniken gaben zudem an, neben mechanischen Zwangsmaßnahmen auch medikamentöse Zwangsbehandlungen durchzuführen.⁵⁹⁶ Neben der Bestandsaufnahme der psychiatrischen Praxis wurde nach Umständen mit Verbesserungspotenzial gefragt, von denen einige Antworten exemplarisch wiedergegeben werden sollen. 84% der Einrichtungen gaben an, dass durch mehr Pflegepersonal die Anzahl an Zwangsmaßnahmen

⁵⁹⁰ DGPPN (2014) S. 1424

⁵⁹¹ Vgl. Steinert, Schmid und Arbeitskreis zur Prävention von Gewalt und Zwang (2014) S.621-629, Brieger et al. (2014) S. 606-613, Valdes-Stauber, Deinert und Kilian (2012) S. 644-652, Mavrogiorgou und Juckel (2015) S. 1111-1119, Pajonk (2015) S. 1081-1090 und Mir, Priebe und Mundt (2013) S. 844-850

⁵⁹² Vgl. Steinert, Schmid und Arbeitskreis zur Prävention von Gewalt und Zwang (2014) S. 621-629

⁵⁹³ Vgl. Steinert, Schmid und Arbeitskreis zur Prävention von Gewalt und Zwang (2014) S. 622-623

⁵⁹⁴ Vgl. Steinert, Schmid und Arbeitskreis zur Prävention von Gewalt und Zwang (2014) S. 625-626

⁵⁹⁵ Vgl. Steinert, Schmid und Arbeitskreis zur Prävention von Gewalt und Zwang (2014) S. 624-625

⁵⁹⁶ Vgl. Steinert, Schmid und Arbeitskreis zur Prävention von Gewalt und Zwang (2014) S. 624-625

verringert werden könnte. Auch der Einsatz geschulter „Ex-Ins“, das heißt Psychiatrieerfahrenen, welche den Patienten aus eigenen Erfahrungen berichten können und ihnen zur Seite stehen, wurde von 24% der Einrichtungen positiv bewertet.⁵⁹⁷ Des Weiteren wurde die Fehlbelegung von Stationen durch gewalttätige Menschen angesprochen, die eigentlich in Polizeigewahrsam anstatt in Akutpsychiatrien gehörten.⁵⁹⁸ Zudem gaben 69% der Kliniken an, dass sich der Umgang mit der Anwendung von Zwangsmaßnahmen in den letzten fünf Jahren massiv geändert habe. Diese treten deutlich seltener auf, werden stärker reflektiert und nachbesprochen, und die Fortbildungsmaßnahmen wurden intensiviert.⁵⁹⁹ Dies zeigt, dass das Thema Zwangsmaßnahmen nicht nur Gegenstand eines intellektuellen Diskurses in der Fachzeitschrift "Der Nervenarzt" ist, sondern auch in der breiten Masse der psychiatrisch tätigen Kliniken in den letzten Jahren eine größere Aufmerksamkeit erfahren hat.

Brieger et al. analysieren die Unterbringungspraxis von fünf Kliniken aus drei Bundesländern und kommen zu dem Schluss, dass es erhebliche Unterschiede in der Unterbringungsquote der Psychiatrien gibt.⁶⁰⁰ Diese lag zwischen 3,2% im Zentrum für Psychiatrie in Zwiefalten und 25,8% im Bezirkskrankenhaus Kempten. Bezogen auf die Unterbringungen pro 100.000 Einwohner im Einzugsgebiet ergibt sich eine Rate von 16,6/100.000 in Zwiefalten und 97,6/100.000 in Kempten.⁶⁰¹ Insgesamt haben baden-württembergische Psychiatrien dabei die geringste Unterbringungsrate und die bayrischen Psychiatrien die höchste.⁶⁰² Die Autoren sind der Meinung, dass länderspezifische Gesetze oder unterschiedliche regionale Gegebenheiten allein nicht ausreichen würden, um die hohe Varianz zu erklären und betonen die Notwendigkeit gezielterer Forschung auf diesem Gebiet.⁶⁰³

⁵⁹⁷ Vgl. Steinert, Schmid und Arbeitskreis zur Prävention von Gewalt und Zwang (2014) S. 625

⁵⁹⁸ Vgl. Steinert, Schmid und Arbeitskreis zur Prävention von Gewalt und Zwang (2014) S. 625

⁵⁹⁹ Vgl. Steinert, Schmid und Arbeitskreis zur Prävention von Gewalt und Zwang (2014) S. 627

⁶⁰⁰ Vgl. Brieger et al. (2014) S. 606-613

⁶⁰¹ Vgl. Brieger et al. (2014) S. 606-613

⁶⁰² Vgl. Brieger et al. (2014) S. 609

⁶⁰³ Vgl. Brieger et al. (2014) S. 608

Valdes-Stauber, Deinert und Kilian untersuchten die Auswirkungen des Betreuungsgesetzes von 1992 auf das wiedervereinigte Deutschland und sahen vor allem die stetig steigende Zahl an Betreuungen sowie den stetigen Zuwachs an unterbringungsähnlichen Maßnahmen wie einer Isolierung oder einer Fixierung als Problem an.⁶⁰⁴ Die Autoren nennen mehrere Gründe für diesen Trend: Zum einen sei die Steigerung die Folge einer gestiegenen Prävalenz von demenziellen Erkrankungen. Zum anderen könnte es sein, dass der richterlich angeordnete Zwang dadurch zunehme, da es zu weniger nicht legitimierten "informellen" Zwang käme und die Gesamtzahl an Zwangsmaßnahmen daher nicht so stark ansteige.⁶⁰⁵ Dies könne jedoch nicht das Ausmaß des Anstiegs erklären, so Valdes-Stauber und Kollegen. Sie befürchten, dass nicht alle richterlichen Anordnungen auch therapeutisch sinnvoll seien und vermuten, dass der Personalmangel und die begrenzten finanziellen Ressourcen dazu führten, dass weniger Alternativen zu Zwangsmaßnahmen geprüft und stattdessen vermehrt Zwang angewendet werde.⁶⁰⁶ Gerade die Erforschung der möglichen Diskrepanz zwischen richterlichen Anordnungen und therapeutischer Rechtfertigung sei sehr wichtig, leider aber auch in der Praxis schwer durchführbar.⁶⁰⁷

Mavrogiorgou und Juckel sowie Pajonk weisen im Jahr 2015 jeweils darauf hin, dass psychiatrische Notfälle wie akute Erregungszustände, die den Einsatz von Zwangsmaßnahmen erforderlich machen könnten, oft zuerst in der somatischen zentralen Notaufnahme landeten.⁶⁰⁸ Dies müsse mehr Beachtung finden, um das Personal auch dort ausreichend zu schulen und um eine adäquate und schnelle Therapie dieser potentiell lebensbedrohlichen Zustände zu gewährleisten, so Mavrogiorgou und Juckel.⁶⁰⁹ Pajonk weist darauf hin, dass der psychiatrische Notfall, gerade weil er oft zuerst dem Notarzt oder der zentralen Notaufnahme vorgestellt wird, stärker systematisiert und standardisiert werden müsse. Es sei

⁶⁰⁴ Vgl. Valdes-Stauber, Deinert und Kilian (2012) S. 644-652

⁶⁰⁵ Vgl. Valdes-Stauber, Deinert und Kilian (2012) S. 651

⁶⁰⁶ Vgl. Valdes-Stauber, Deinert und Kilian (2012) S. 651

⁶⁰⁷ Vgl. Valdes-Stauber, Deinert und Kilian (2012) S. 651-652

⁶⁰⁸ Vgl. Mavrogiorgou und Juckel (2015) S. 1111-1119 und Pajonk (2015) S. 1081-1090

⁶⁰⁹ Vgl. Mavrogiorgou und Juckel (2015) S. 1118

erforderlich, das Basiswissen darüber in der gesamten Notfallmedizin zu steigern, um eine interdisziplinäre Versorgung akut psychisch Erkrankter zu gewährleisten.⁶¹⁰

Mir, Priebe und Mundt untersuchten Unterschiede in der Anwendung von Zwangsmaßnahmen im Osten und Westen vor und nach der Wiedervereinigung.⁶¹¹ Dabei sehen die Autoren vor allem im Zeitraum nach der Wende eine Korrelation zwischen stetig sinkenden Behandlungsbetten in allgemeinspsychiatrischen Kliniken und steigenden Inhaftierungszahlen der Justizvollzugsanstalten.⁶¹² Auch die Entwicklung innerhalb der Maßregelvollzüge sei besorgniserregend. Allein zwischen 1997 und 2009 habe sich die Anzahl der Belegungen im Maßregelvollzug verdoppelt.⁶¹³ Deutliche Unterschiede gebe es bei den Unterbringungsraten zwischen Ost- und Westdeutschland:⁶¹⁴ Obwohl die Unterbringungsrate in beiden Teilen angestiegen sei, läge sie in Ostdeutschland weiterhin auf einem deutlich geringeren Niveau.⁶¹⁵ Neben einer gesunkenen Verweildauer und einer gestiegenen Rehospitalisierungsrate, geben die Autoren folgende Gründe für diese Diskrepanz an:

„Niedrige Unterbringungsraten könnten Ausdruck einer traditionell höheren Autorität der unterbringenden Instanz sein, die sich bei gleichzeitig größerer Hörigkeit seitens der Betroffenen gegenüber dieser Instanz seltener der Notwendigkeit gegenüber sieht, diese Form der Rechtssicherheit für ihre Patienten herzustellen. Die Daten sprechen dafür, dass unterschiedliche Grade von Verrechtlichung von Zwang und von informellem oder verdecktem Zwang, der von Überredung, zu Ausübung von Druck bis zu Androhung reichen kann, in der klinischen Praxis vorherrschen.“⁶¹⁶

⁶¹⁰ Vgl. Pajonk (2015) S. 1089

⁶¹¹ Vgl. Mir, Priebe und Mundt (2013) S. 844-850

⁶¹² Vgl. Mir, Priebe und Mundt (2013) S. 848-849

⁶¹³ Vgl. Mir, Priebe und Mundt (2013) S. 847

⁶¹⁴ Vgl. Mir, Priebe und Mundt (2013) S. 849

⁶¹⁵ Vgl. Mir, Priebe und Mundt (2013) S. 846

⁶¹⁶ Mir, Priebe und Mundt (2013) S. 849

Dabei sprechen die Autoren von einer möglichen „Transinstitutionalisierung“⁶¹⁷ psychiatrischer Patienten aufgrund der Bettenreduktion in der Allgemeinpsychiatrie hin zu Maßregelvollzügen und Justizvollzugsanstalten. Hierzu bedürfe es mehr Forschung, da sich dadurch die Situation der Betroffenen prognostisch stark verschlechtere und dies medizinisch sowie volkswirtschaftlich nicht tragbar erscheine.⁶¹⁸

Die Öffnung des psychiatrischen Stationssettings

Sollberger und Lang betonten im Jahr 2014, dass aufgrund der schwachen evidenzbasierten Grundlage für die Wirkung von Zwangsmaßnahmen sowie der Tatsache, dass solche Maßnahmen nur im akuten Notfall ergriffen werden sollten, eine kontinuierliche Reflexion der langjährig in der Psychiatrie verwendeten Konzepte genauso unerlässlich sei wie die Diskussion über alternative Herangehensweisen.⁶¹⁹ Vor allem die Öffnung von geschlossenen geführten Stationen steht im Fokus zweier größerer Diskussionen in der Fachzeitschrift „Der Nervenarzt“: Es geht zum einen um einen Zweiteiler von Sollberger und Lang und einen dazugehörigen Leserbrief von 2014 sowie eine Leitthemen-Reihe mit sieben Artikeln im Jahr 2019, in Kapitel 4.9.2 eingegangen werden soll. Sollberger und Lang berichten im ersten Artikel des Zweiteilers über die Gründe, die für eine Türöffnung in der Akutpsychiatrie sprächen.⁶²⁰ Das Hauptargument für die Schließung von Stationen sei, dass Patienten bei offener Tür entweichen könnten.⁶²¹ Sollberger und Lang verweisen jedoch auf Studien, die feststellten, dass bei offenen Türen retrospektiv weniger Patienten entweichen seien, als im Kontrollzeitraum auf geschlossenen geführten Stationen. Zudem habe auch das allgemeine Gewaltniveau innerhalb der Station abgenommen.⁶²² Zusätzlich führen sie weitere Vorteile von offenen Stationen an, wie eine gesteigerte allgemeine Zufriedenheit der Patienten und eine verbesserte Compliance, eine erhöhte Patientenautonomie, ein erweitertes therapeutisches

⁶¹⁷ Mir, Priebe und Mundt (2013) S. 844

⁶¹⁸ Vgl. Mir, Priebe und Mundt (2013) S. 849-850

⁶¹⁹ Vgl. Sollberger und Lang (2014) a S. 312-318

⁶²⁰ Vgl. Sollberger und Lang (2014) a S. 312-318

⁶²¹ Vgl. Sollberger und Lang (2014) a S. 316

⁶²² Vgl. Sollberger und Lang (2014) a S. 316

Angebot sowie eine reduzierte Bevormundung seitens des Personals.⁶²³ Darüber hinaus seien zwei weitere Phänomene aufgetreten: Zum einen sei die Station tagsüber leerer, wodurch sich Aggressionen weniger anstauen würden.⁶²⁴ Zum anderen hätten die Patienten dadurch Zugang zu einem niederschwelligeren Hilfsangebot, sie würden Probleme früher selbst ansprechen, die Bereitschaft zur Behandlung steige und die Patienten blieben häufiger freiwillig.⁶²⁵

Sollberger und Lang berichten im zweiten Artikel des Zweiteilers über therapeutische Herausforderungen bei offenen Stationskonzepten.⁶²⁶ Bei einer innovativen, patientenzentrierten Psychiatrie müsse bei den Behandlungsmodalitäten und Entscheidungen das Augenmerk auf der größtmöglichen Autonomie und Partizipation des Patienten liegen. So könne durch das wechselseitige Vertrauen und die Wertschätzung innerhalb der Arzt-Patienten-Beziehung die Anwendung von Zwangsmaßnahmen reduziert werden. Dabei sei das Wichtigste, Zwangsmaßnahmen als Form von Strafe oder als Strafandrohung in jedem Fall zu verhindern, da dies medizinethisch in keiner Weise zu vertreten sei, so Sollberger und Lang.⁶²⁷

Als einen wichtigen Baustein hin zu dieser therapeutischen Haltung sehen Sollberger und Lang die Türöffnungen der Stationen an.⁶²⁸ Die Umsetzung des gesamten Konzeptes könne jedoch nur durch in Gewaltprävention und Deeskalation gut geschultes Personal, den Ausbau des therapeutischen Angebots und fallspezifische Supervisionen gewährleistet werden.⁶²⁹ Nienaber, Hemkendreis, Lohr und Schulz kommentieren Sollberger und Langs Artikel in einem Leserbrief als Vertreter der Deutschen Fachgesellschaft für psychiatrische Pflege (DFPP).⁶³⁰ Die Autoren legen besonderes Augenmerk auf zwei Aspekte: Erstens sieht es die DFPP als geboten an, dass die Entscheidung zur Anwendung von Zwangsmaßnahmen auf multiprofessioneller Ebene getroffen

⁶²³ Vgl. Sollberger und Lang (2014) a S. 316

⁶²⁴ Vgl. Sollberger und Lang (2014) a S. 317

⁶²⁵ Vgl. Sollberger und Lang (2014) a S. 317

⁶²⁶ Vgl. Sollberger und Lang (2014) b S. 319-325

⁶²⁷ Vgl. Sollberger und Lang (2014) b S. 319

⁶²⁸ Vgl. Sollberger und Lang (2014) b S. 319

⁶²⁹ Vgl. Sollberger und Lang (2014) b S. 320-323

⁶³⁰ Vgl. Nienaber, Hemkendreis, Lohr und Schulz (2014) S. 1438-1439

werde und nicht ausschließlich von den Ärzten.⁶³¹ Zum anderen möchte die DFPP anstelle des Begriffes „Sitzwache“ die Implementierung des Begriffes „Intensivbetreuung“ vorantreiben, da so der aktive Prozess statt eines passiven Wachens stärker in den Fokus rücke.⁶³²

Wie wird Behandlung definiert? – eine medizinethische Debatte

Wie bereits erwähnt, schafft gerade der Konflikt zwischen dem therapeutischen Auftrag und der Wahrung der Rechte Dritter innerhalb der Psychiatrien ein Dilemma, welches durch die wachsende Sensibilisierung für die Patientenrechte und die stetig steigenden medizinethischen Ansprüche zunehmend unlösbar erscheint. Pollmächer bezieht im Jahr 2015 in dem Bericht „Moral oder Doppelmoral? Das Berufsethos des Psychiaters im Spannungsfeld zwischen Selbstbestimmung, Rechten Dritter und Zwangsbehandlung“ dazu Stellung.⁶³³ Die gesamte Ärzteschaft sei medizinethisch und berufsethisch nur und ausschließlich dem Wohle des Patienten verpflichtet.⁶³⁴ Das medizinethische Selbstverständnis der Psychiatrie sei durch die Akzeptanz und Fortführung der Doppelrolle gefährdet, so Pollmächer.⁶³⁵ Er vertritt die Position, dass eine Zwangsmaßnahme nur dann medizinethisch zu rechtfertigen und durch den Berufsethos der Ärzteschaft geboten sei, wenn sie zum Wohle des Patienten geschehe oder sie zumindest seinem mutmaßlichen Wille entspreche.⁶³⁶ Zwangsmaßnahmen zum Schutze Dritter lehnt er kategorisch ab und unterbreitet den Vorschlag einer begrifflichen Trennung. Diese Maßnahmen sollten „Sicherungsmaßnahme“⁶³⁷ oder „präventive Zwangsmaßnahme“⁶³⁸ genannt werden und dem Bereich der Verbrechensprävention zugeordnet werden, damit sie nicht mehr den medizin- und berufsethischen Konzepten der Ärzteschaft unterlägen und sich damit das Dilemma löse.⁶³⁹ Er fordert eine möglichst

⁶³¹ Vgl. Nienaber, Hemkendreis, Lohr und Schulz (2014) S. 1438

⁶³² Vgl. Nienaber, Hemkendreis, Lohr und Schulz (2014) S. 1438

⁶³³ Vgl. Pollmächer (2015) S. 1148-1156

⁶³⁴ Vgl. Pollmächer (2015) S. 1149

⁶³⁵ Vgl. Pollmächer (2015) S. 1151-1152

⁶³⁶ Vgl. Pollmächer (2015) S. 1153

⁶³⁷ Pollmächer (2015) S. 1153

⁶³⁸ Pollmächer (2015) S. 1153

⁶³⁹ Vgl. Pollmächer (2015) S. 1153

vorurteilsfreie Diskussion in Fachkreisen und innerhalb der Gesellschaft und äußert sich folgendermaßen:

„Diese Debatte sollte zur Beantwortung der Frage führen, ob die klinische Psychiatrie sich – wie alle anderen Fachgebiete der Medizin – wirklich und immer dem Patienten verpflichtet fühlt oder ob sie doch in der Lage und willens ist, das moralische Dilemma einer Doppelfunktion zu akzeptieren, welche sie auch zum Sachwalter der Interessen Dritter und der Gesellschaft macht.“⁶⁴⁰

Im Jahr 2016 erschienen ein Leserbrief von Steinert zu diesem Artikel und eine Erwiderung darauf von Pollmächer selbst.⁶⁴¹ Um das Verständnis des Diskurses zu fördern, werden die Artikel an dieser Stelle besprochen. Steinert ist der Auffassung, dass Pollmächer die vom Bundesverfassungsgericht gezogene Trennung zwischen einer Zwangsbehandlung und einer Sicherungsmaßnahme wie einer Fixierung verschwimmen lasse, den Begriff der Behandlung weiter fasse und ausschließlich an dem Wohle des Patienten festmache.⁶⁴² Daraus folgert Steinert, dass Pollmächer auch eine Fixierung als Behandlung ansehe, was laut Steinert nicht dem Standard des 21. Jahrhunderts entspräche. Eine Fixierung sei als reine Sicherungsmaßnahme zu verstehen.⁶⁴³ Steinert nimmt Bezug auf das Klassifikationssystem ICD-10, in welchem psychische Erkrankungen neben weiteren Faktoren auch durch ein Defizit an sozialer Teilhabe definiert seien.⁶⁴⁴ Um eine soziale Teilhabe langfristig sichern zu können, könne auch fremdgefährdendes Verhalten eine medizinethisch gebotene Behandlung rechtfertigen, um den Patienten vor z.B. strafrechtlichen Konsequenzen zu schützen.⁶⁴⁵ Steinert lehnt die strikte Abtrennung von Behandlung aufgrund von Fremdgefährdungen, wie sie von Pollmächer gefordert wurde, ab. Stattdessen plädiert er für eine verbesserte Kommunikation zwischen psychiatrischen Einrichtungen, Polizei und Justiz.⁶⁴⁶ In seiner Erwiderung im Jahr

⁶⁴⁰ Pollmächer (2015) S. 1155

⁶⁴¹ Vgl. Steinert (2016) S. 93-94 und Pollmächer (2016) S. 95-96

⁶⁴² Vgl. Steinert (2016) S. 93

⁶⁴³ Vgl. Steinert (2016) S. 93

⁶⁴⁴ Vgl. Steinert (2016) S. 93

⁶⁴⁵ Vgl. Steinert (2016) S. 93

⁶⁴⁶ Vgl. Steinert (2016) S. 93-94

2016 betont Pollmächer, dass er krankheitsbedingte Fremdgefährdung sehr wohl als Behandlungsindikation betrachte. Allerdings sei er der Ansicht, dass die Behandlung eines selbstbestimmten aggressiven Patienten gegen seinen Willen aus medizinischen und berufsethischen Gründen nicht gerechtfertigt sei, da die Autonomie des Patienten nicht berücksichtigt werde.⁶⁴⁷ Des Weiteren nimmt er Bezug auf die Behauptung Steinerts, er, Pollmächer, sehe eine Fixierung als Behandlung an: Pollmächer erwidert, die Fixierung sei als ein Baustein innerhalb eines Behandlungskonzept zu verstehen, wenn sie dem Patientenwohl diene.⁶⁴⁸ Pollmächer kritisiert die hierarchische Trennung von freiheitsentziehenden Maßnahmen und medikamentösen Zwangsbehandlungen:

„Hierbei wird hierarchisch die Freiheitsentziehung zunächst als das mildere Mittel zur Gefahrenabwehr gesehen und die Zwangsbehandlung als der schwerwiegendere Grundrechtseingriff mit wesentlich höheren Hürden versehen.“⁶⁴⁹

Laut Pollmächer hätte dies zur Folge, dass Patienten in der Psychiatrie untergebracht würden, jedoch nicht adäquat behandelt werden könnten, falls der separat gestellte Antrag auf Zwangsbehandlung nicht genehmigt werde. Dies könnte letztlich dazu führen, dass der Patient lediglich „verwahrt“ werde anstatt eine angemessene Versorgung zu erhalten.⁶⁵⁰ Darin sieht er den Vorteil seines Verständnisses zur Behandlung, welches das Patientenwohl im Mittelpunkt verankere.⁶⁵¹

Jahr	Autor	Titel
2011	Steger, F. Gorgl, A. Strube, W. Winckelmann, H. Becker, T.	Die T4-Aktion (Erinnerung an Patientenopfer aus der Heil- und Pflegeanstalt Günzburg)

⁶⁴⁷ Vgl. Pollmächer (2016) S. 95

⁶⁴⁸ Vgl. Pollmächer (2016) S. 95

⁶⁴⁹ Pollmächer (2016) S. 95

⁶⁵⁰ Vgl. Pollmächer (2016) S. 95-96

⁶⁵¹ Vgl. Pollmächer (2016) S. 96

2012	Müller, S. Walter, H. Kunze, H. Konrad, N. Heinz, A.	Zwangsbehandlung unter Rechtsunsicherheit Teil 1
2012	Müller, S. Walter, H. Kunze, H. Konrad, N. Heinz, A.	Zwangsbehandlung unter Rechtsunsicherheit Teil 2
2012	DGPPN	Mitteilungen der DGPPN (Zum Beschluss des Bundesgerichtshofs vom 20.06.2012, veröffentlicht am 17.07.2012)
2012	DGPPN	Mitteilungen der DGPPN (Memorandum der DGPPN zur Autonomie und Selbstbestimmung von Menschen mit psychischen Störungen)
2012	Steger, F. Schmer, B. Strube, W. Becker, T.	Zwangssterilisation nach dem Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses
2012	Valdes-Stauber, J. Deinert, H. Kilian, R.	Auswirkungen des Betreuungsgesetzes im wiedervereinigten Deutschland (1992-2009)
2012	Böhm, B.	Paul Nitsche - Reformpsychiater und Hauptakteur der NS-"Euthanasie"
2012	Roelcke, V. Schneider, F.	Psychiater im Nationalsozialismus. Täterbiografien
2012	Silberzahn-Jandt, G. Schmuhl, H.-W.	Friedrich Mauz - T4-Gutachter und Militärpsychiater
2012	Roelcke, V.	Ernst Rüdin - renommierter Wissenschaftler, radikaler Rassenhygieniker
2012	Forsbach, R.	Friedrich Panse - etabliert in allen Systemen
2012	Hohendorf G. Rotzoll, M.	Krankenmord im Dienst des Fortschritts? Carl Schneider
2013	DGPPN	Mitteilungen der DGPPN (Gesetz zur Regelung der betreuungsrechtlichen Einwilligung in die ärztliche Zwangsmaßnahme bringt Klarheit)
2013	Mir, J. Priebe, S. Mundt, A.P.	Psychisch Kranke in Ost- und Westdeutschland
2013	Beyer, C.	Gottfried Ewald und die "Aktion T4" in Göttingen
2013	Roelcke, V.	Hans Roemer (1878-1947) Überzeugter Eugeniker, Kritiker der Krankentötungen

2013	Schmuhl, H. W.	Walter Creutz und die "Euthanasie" in der Rheinprovinz. Zwischen Resistenz und Kollaboration.
2013	Schneider, F. Roelcke, V.	Psychiater im Nationalsozialismus. Beispiele für Zivilcourage
2013	Seidel, R.	Werner Leibbrand als psychiatrischer Gegner des Nationalsozialismus
2013	Teller, Ch.	Hier brennt die Welt - John Rittmeister
2014	Vollmann, J.	Zwangsbearbeitung in der Psychiatrie Eine ethische Analyse der neuen Rechtslage für die klinische Praxis
2014	Steinert, T. Schmid, P.	Zwangmaßnahmen in psychiatrischen Kliniken in Deutschland
2014	DGPPN	Achtung der Selbstbestimmung und Anwendung von Zwang bei der Behandlung psychisch erkrankter Menschen
2014	Vollmann, J.	Das neue pauschalierende Entgeltsystem PEPP
2014	Brieger, P. et al.	Psychiatrische Unterbringungspraxis
2014	Sollberger, D. Lang, U.	Psychiatrie mit offenen Türen 1: Rational für Türöffnungen in der Akutpsychiatrie
2014	Sollberger, D. Lang, U.	Psychiatrie mit offenen Türen 2: Therapeutische Herausforderungen
2014	Nienaber, A. Hemkendreis, B. Löhr, M. Schulz, M.	Psychiatrie mit offenen Türen Leserbrief
2015	Pollmächer, T.	Moral oder Doppelmoral? Das Berufsethos des Psychiaters im Spannungsfeld zwischen Selbstbestimmung, Rechten Dritter und Zwangsbehandlung
2015	Mavrogiorgou, R. Juckel G.	Erregungszustände
2015	Pajonk, F.	Zur Situation der Notfall- und Akutpsychiatrie in Deutschland
2015	Helmchen, H.	Bonhoeffers Position zur Sterilisation psychisch Kranker
2016	Pollmächer, T.	Der Behandlungsbegriff ist vom Kontext abhängig Erwiderung zum Leserbrief von T. Steinert Fixierung ist keine Behandlung. Originalbeitrag Moral oder Doppelmoral?
2016	Steinert, T.	Fixierung ist keine Behandlung Leserbrief zu Moral oder Doppelmoral von T. Pollmächer

Tabelle 16: Übersicht aller veröffentlichten Artikel zum Thema Zwangsmaßnahmen in der Fachzeitschrift „Der Nervenarzt“ von 2011-2015

4.9.2 Die Jahre 2016-2020

Zwischen den Jahren 2016 und 2020 sind 28 Artikel zum Thema Zwangsmaßnahmen erschienen. Im Jahr 2019 erhielt das Thema Zwangsmaßnahmen in der Fachzeitschrift „Der Nervenarzt“ mit 15 Artikeln die größte Aufmerksamkeit innerhalb eines Jahres. In dem betrachteten Zeitraum werden zwei größere Debatten in der Fachzeitschrift geführt: Ein Diskurs beinhaltet die zwangsweise Behandlung mittels Elektrokonvulsionstherapie (EKT) in den Jahren 2017 bis 2018 mit insgesamt fünf Artikeln. Die zweite, größere Debatte wurde innerhalb einer Leitthema-Reihe zu den allgemeinen Rahmenbedingungen auf psychiatrischen Stationen mit insgesamt 10 Artikel im Jahr 2019 geführt. Die vordringliche Thematik war dabei die Öffnung der psychiatrischen Stationen und die generell stärkere Autonomiefokussierung innerhalb der Psychiatrie. Weitere Artikel erschienen zu den thematischen Bereichen: Rechtlichen Rahmenbedingungen, Zwang im Nationalsozialismus, Zwangsmaßnahmen als Qualitätsindikator und die Anwendung von Zwangsmaßnahmen. Zwei Kommentare aus dem Jahr 2016 wurden bereits im vorherigen Kapitel 4.9.1 aus Gründen der besseren Zusammengehörigkeit besprochen.

Zwangsbehandlung mittels EKT

Besse und Kollegen führen 2017 eine Literaturrecherche zur Zwangsbehandlung einwilligungsunfähiger Patienten mittels EKT durch.⁶⁵² Bei sehr geringer Datenlage hätten die Autoren herausgefunden, dass im Jahr 2008 0,5% aller EKTs als Zwangsbehandlungen durchgeführt worden wären, dass die Durchführung vergleichsweise genauso wirksam gewesen wäre, wie bei freiwilliger Behandlung und dass die meisten Patienten nachträglich in die Behandlung eingewilligt hätten.⁶⁵³ Des Weiteren haben die Autoren ethische und juristische Aspekte geprüft und sind zu dem Schluss gekommen, dass die EKT als eine mögliche ärztliche Maßnahme gegen den natürlichen Willen in Betracht

⁶⁵² Vgl. Besse, Methfessel, Wiltfang und Zilles (2017) S. 46-52

⁶⁵³ Vgl. Besse, Methfessel, Wiltfang und Zilles (2017) S. 48

gezogen werden könnte.⁶⁵⁴ Zu dem gleichen Schluss kommen Zilles und Kollegen 2018, die der EKT ein positives Nutzen-Risiko-Verhältnis auch bei Behandlung gegen den natürliche Willen ausstellen.⁶⁵⁵ Zinkler und Kollegen antworteten auf den Artikel von Zilles und Kollegen mit einem Leserbrief.⁶⁵⁶ Der Leserbrief ist zum ersten Mal mit einer Vorbemerkung der Herausgeber der Fachzeitschrift versehen, in der darauf hingewiesen wird, dass der Beitrag gerne abgedruckt werde, die darin vertretene Position jedoch nicht mit den deutschen oder international führenden Leitlinien übereinstimme.⁶⁵⁷ Zinkler und Kollegen prangern im Leserbrief die geringe Datenlage, die Form der Studien und die Dauer der Nachbetreuung der Patienten als unzureichend an, um bei der EKT von einer hochwirksamen Therapie sprechen zu können.⁶⁵⁸ Zinkler und Kollegen sagen hierzu:

„Einen keineswegs unumstrittenen, wenn überhaupt nur kurzfristig symptomatisch wirksamen biologischen Eingriff ohne bekannten Wirkmechanismus und ohne gesicherte Kenntnisse über mittel- und langfristige Nebenwirkungen außerhalb lebensrettender intensivmedizinischer Situationen in das Set an psychiatrisch indizierten Zwangsmaßnahmen zu nehmen und dem Risiko einer Indikationsausweitung auszusetzen, erscheint uns aus ethischen Gründen nicht zu rechtfertigen.“⁶⁵⁹

Zilles und Kollegen veröffentlichten direkt im Anschluss eine Erwiderung.⁶⁶⁰ Darin gehen sie nochmals auf die Datenlage ein und geben an, dass diese sehr limitiert sei, es aber durch die schwer betroffene Klientel und die rechtliche Konstellation einer Zwangsbehandlung ethisch nur sehr schwer vertretbar sei, großangelegte Studien hierzu anzustellen.⁶⁶¹ Des Weiteren legen sie Ansätze für Wirkmechanismen vor und erläutern anhand der S3-Leitlinie, dass sich die Zwangsbehandlung auf Ausnahmefälle beschränke und dass dadurch auch mit

⁶⁵⁴ Vgl. Besse, Methfessel, Wiltfang und Zilles (2017) S. 51

⁶⁵⁵ Vgl. Zilles, Koller, Methfessel, Trost und Simon (2018) a S. 311-318

⁶⁵⁶ Vgl. Zinkler et al. (2018) S.837-838

⁶⁵⁷ Vgl. Zinkler et al. (2018) S. 837

⁶⁵⁸ Vgl. Zinkler et al. (2018) S. 837

⁶⁵⁹ Zinkler et al. (2018) S. 838

⁶⁶⁰ Vgl. Zilles, Koller, Methfessel, Trost und Simon (2018) b S. 839-840

⁶⁶¹ Vgl. Zilles, Koller, Methfessel, Trost und Simon (2018) b S. 839

einer geringeren Evidenz der Daten per se gerechnet werden müsse.⁶⁶² Grözingen und Kollegen untermauern ebenfalls den Punkt, dass es sich bei der EKT um einen etablierten therapeutischen Standard handle.⁶⁶³ Als bedenklich empfinden es die Autoren, dass Kollegen ihre eigenen Überzeugungen über anerkanntes Fachwissen stellen würden, indem sie dieses nicht anerkennen.⁶⁶⁴

Zwang im Nationalsozialismus

In den Jahren 2016 und 2017 wurde je ein Artikel zu Zwang im Nationalsozialismus publiziert. Keller und Kollegen veröffentlichten im Jahr 2016 einen Artikel zur Homburger Nervenlinik und den saarländischen Besonderheiten durch den Anschluss an das Dritte Reich im Jahre 1935 und der daraufhin folgenden Umsetzung der Gesundheitspolitik des NS-Regimes.⁶⁶⁵ Dabei kommen sie zu dem Schluss, dass die Regelungen zur Erbgesundheitspflege direkt nach Beitritt umgesetzt wurden und Homburger Ärzte bei der Planung und Durchführung von Zwangssterilisationen beteiligt waren.⁶⁶⁶ Im Jahr 2017 schrieben Söhner und Kollegen einen weiteren Text zur Heilanstalt Günzburg.⁶⁶⁷ Der Fokus liegt dabei auf der regionalisierten Euthanasie, d.h. den verstreut stattfindenden Aktionen zur Tötung psychisch Erkrankter nach Beendigung der T4-Aktion. Als Mittel zur Euthanasie wurde der gänzliche Entzug von Nahrung, die komplette Vernachlässigung oder die Überdosierung von Medikamenten verwendet.⁶⁶⁸ Die Autoren analysieren Krankenakten in dem Versuch einer natürlichen von einer unnatürlichen Todesursache zu unterscheiden.⁶⁶⁹ 45 Patienten konnten bei der Recherche ausfindig gemacht werden, die sehr wahrscheinlich Opfer der regionalisierten „Euthanasie“ wurden.⁶⁷⁰

⁶⁶² Vgl. Zilles, Koller, Methfessel, Trost und Simon (2018) b S. 840

⁶⁶³ Vgl. Grözingen, Conca, Bruhl und Di Pauli (2018) S. 841-842

⁶⁶⁴ Vgl. Grözingen, Conca, Bruhl und Di Pauli (2018) S. 841

⁶⁶⁵ Vgl. Keller, Flöter, Ragoschke-Schumm und Faßbender (2016) S. 195-202

⁶⁶⁶ Vgl. Keller, Flöter, Ragoschke-Schumm und Faßbender (2016) S. 199

⁶⁶⁷ Vgl. Söhner, Cranach, Fangerau und Becker (2017) S. 1065-1073

⁶⁶⁸ Vgl. Söhner, Cranach, Fangerau und Becker (2017) S. 1066-1067

⁶⁶⁹ Vgl. Söhner, Cranach, Fangerau und Becker (2017) S. 1066

⁶⁷⁰ Vgl. Söhner, Cranach, Fangerau und Becker (2017) S. 1072

Rechtlicher Rahmen für Zwangsmaßnahmen

Die DGPPN veröffentlichte 2016 eine Mitteilung, in der sie erneut die rechtliche Situation von Zwangsmaßnahmen thematisiert.⁶⁷¹ Nach der Überarbeitung des Betreuungsrechtes sieht die DGPPN weiterhin größere Mängel an den teils schon überarbeiteten, teils noch in der Überarbeitung befindlichen Unterbringungsgesetzen der Länder.⁶⁷² Die DGPPN definiert sieben Eckpunkte für die Regelung von öffentlich-rechtlichen Unterbringungen: Erstens soll die Unterbringung der Abwehr akuter krankheitsbedingter Selbst- und Fremdgefährdung dienen.⁶⁷³ Zweitens darf die Unterbringung nur dann erfolgen, wenn alle Versuche, diese abzuwenden, erfolglos waren.⁶⁷⁴ Drittens ist die Unterbringung nur dann rechtmäßig, wenn sie auf der durch die Krankheit hervorgerufenen Einschränkung in der freien Willensbildung beruht und nicht aufgrund der Krankheit oder einer Behinderung an sich.⁶⁷⁵ Viertens sollte die Unterbringung nur dann erfolgen, wenn eine erfolgsversprechende Behandlung mit angedacht ist.⁶⁷⁶ Die Unterbringung von chronifizierten psychiatrischen Patienten wirft hierbei interessante Fragen auf. Die Vorgehensweise der DGPPN für die Unterbringung von Patienten, bei denen die Erfolgsaussichten der Behandlung prognostisch ungünstig sind oder bei denen alle verfügbaren therapeutischen Möglichkeiten bereits ausgeschöpft wurden, bleibt unklar.⁶⁷⁷ Fünftens soll die Behandlung einwilligungsunfähiger Patienten, wie im BGB vorgeschrieben, noch einmal zusätzlich beantragt werden müssen.⁶⁷⁸ Sechstens soll eine Unterbringung ausschließlich zum Wohle Dritter oder der Allgemeinheit ausgeschlossen werden. Siebtens sei diese Begründung einer Unterbringung gegen den erklärten Willen des Patienten berufs- und medizinethisch nicht zu vertreten und dürfe somit nicht von Ärzten angeordnet werden.⁶⁷⁹ Dies hieße im

⁶⁷¹ Vgl. DGPPN (2016) S. 311-314

⁶⁷² Vgl. DGPPN (2016) S. 312

⁶⁷³ Vgl. DGPPN (2016) S. 311

⁶⁷⁴ Vgl. DGPPN (2016) S. 311-312

⁶⁷⁵ Vgl. DGPPN (2016) S. 312

⁶⁷⁶ Vgl. DGPPN (2016) S. 312-313

⁶⁷⁷ Vgl. DGPPN (2016) S. 312-313

⁶⁷⁸ Vgl. DGPPN (2016) S. 313

⁶⁷⁹ Vgl. DGPPN (2016) S. 313

Umkehrschluss, dass Patienten, auf die das zutrefte, nicht in psychiatrische Krankenhäuser aufgenommen werden dürften.⁶⁸⁰

Gerlinger und Kollegen veröffentlichen im Jahr 2019 einen Bericht zur aktuellen Situation der Novellierungsprozesse der einzelnen Psychisch-Kranken-Gesetze der Bundesländer.⁶⁸¹ Darin beschreiben sie die weiterhin sehr heterogene Landschaft der unterschiedlichen Gesetzgebungen der Bundesländer, die oftmals nicht im vollen Umfang den Bestimmungen der UN-Behindertenrechtskonvention entsprechen.⁶⁸² Die Autoren bemängeln, dass es beispielsweise in keinem der Landesgesetze einen expliziten Verweis gebe, dass eine Unterbringung nur bei Selbstbestimmungsunfähigkeit angeordnet werden könne.⁶⁸³ Dies verstoße gegen die UN-Behindertenrechtskonvention.

„Die Unterbringung von Menschen mit psychischen Erkrankungen, die zur Selbstbestimmung fähig sind und eine Behandlung ablehnen, zum alleinigen Schutz Dritter widerspricht – zumindest wenn sie in einem Krankenhaus erfolgt – dem ärztlichen Selbstverständnis (Stichwort Verwahrpsychiatrie) und verstößt gegen das Diskriminierungsverbot der UN-BRK [UN-Behindertenrechtskonvention].“⁶⁸⁴

Des Weiteren kritisieren die Autoren die scheinbar willkürlich durchgeführte Rechtfertigung einer Unterbringung nach PsychKG oder BGB.⁶⁸⁵ Dies könne jedoch erheblichen Einfluss auf die Freiheitsrechte des Patienten haben, sodass die Autoren für ein Gleichheitsprinzip plädieren. Das Gleichheitsprinzip solle sicherstellen, dass alle Bundesländer nach den gleichen Prinzipien zwischen BGB und PsychKG zur Unterbringung unterscheiden und handeln.⁶⁸⁶ Es solle zudem verstärkt Forschung betrieben werden, um die hohe Varianz der Unterbringungsraten der einzelnen Bundesländer zu untersuchen. Darüber hinaus solle ein zentrales Register für Zwangsmaßnahmen erstellt werden, um

⁶⁸⁰ Vgl. DGPPN (2016) S. 313

⁶⁸¹ Vgl. Gerlinger et al. (2019) S. 45-57

⁶⁸² Vgl. Gerlinger et al. (2019) S. 48

⁶⁸³ Vgl. Gerlinger et al. (2019) S. 55

⁶⁸⁴ Gerlinger et al. (2019) S. 55

⁶⁸⁵ Vgl. Gerlinger et al. (2019) S. 56

⁶⁸⁶ Vgl. Gerlinger et al. (2019) S. 56

eine bessere Datenerfassung und -analyse zu ermöglichen. Des Weiteren sei es wichtig, die Auswirkungen der gestiegenen Komplexität der rechtlichen Regelungen auf die Umsetzung zu untersuchen. Es bestünde die Möglichkeit, dass dadurch Verzögerungen bei der notwendigen Behandlung eines Patienten auftreten können, was zu dessen Benachteiligung führen könnte.⁶⁸⁷

Bauliche Modernisierung zur Reduktion von Zwangsmaßnahmen

Rohe und Kollegen befassten sich 2017 mit baulichen Modernisierungsarbeiten als weiteren Aspekt zur Reduzierung von Zwangsmaßnahmen.⁶⁸⁸ Rohe und Kollegen berichten über eine Beobachtungsstudie vor und nach dem Umzug in den Neubau der Tübinger Universitätspsychiatrie.⁶⁸⁹ Dabei konnten sie nach dem Umzug einen Rückgang der Zwangsmaßnahmen um 48-84% feststellen.⁶⁹⁰ Trotz des limitierten Studiendesigns lege dies nahe, dass eine angemessene architektonische Neugestaltung psychiatrischer Stationen zu einer Reduzierung von Zwangsmaßnahmen führen könne.⁶⁹¹

Registrierung von Zwangsmaßnahmen

Adorjan und Kollegen unternahmen 2017 im Namen der DGPPN eine Pilotstudie zur fallbezogenen Erfassung von Zwangsmaßnahmen.⁶⁹² Das Ziel bestand darin, ein einheitliches Instrument zur Erfassung von Zwangsmaßnahmen zu entwickeln, das in psychiatrischen und somatischen Kliniken sowie in Pflegeeinrichtungen einsetzbar ist. Dadurch könne es ermöglicht werden, von der Best Practice zu lernen.⁶⁹³ Innerhalb der Stichprobe kam es in 8% der Fälle zu Zwangsmaßnahmen.⁶⁹⁴ Dabei wurden am häufigsten Fixierungen angewandt, gefolgt von Unterbringungen und Isolierungen. 5% der Zwangsmaßnahmen stellten Zwangsmedikationen dar.⁶⁹⁵ Die Studie zeigt eine leichte Tendenz zur

⁶⁸⁷ Vgl. Gerlinger et al. (2019) S. 56

⁶⁸⁸ Vgl. Rohe et al. (2017) S. 70-77

⁶⁸⁹ Vgl. Rohe et al. (2017) S. 70

⁶⁹⁰ Vgl. Rohe et al. (2017) S. 72

⁶⁹¹ Vgl. Rohe et al. (2017) S. 76

⁶⁹² Vgl. Adorjan et al. (2017) S. 802-810

⁶⁹³ Vgl. Adorjan et al. (2017) S. 803

⁶⁹⁴ Vgl. Adorjan et al. (2017) S. 804

⁶⁹⁵ Vgl. Adorjan et al. (2017) S. 804-805

Reduktion von Zwangsmaßnahmen auf, sowohl bei freiheitseinschränkenden Maßnahmen als auch bei Zwangsbehandlungen.⁶⁹⁶

Zwangsmaßnahmen als Qualitätsindikator für psychiatrische Kliniken

Steinert und Flammer veröffentlichten im Jahr 2019 einen Artikel zu Zwangsmaßnahmen als Qualitätsindikator für psychiatrische Kliniken.⁶⁹⁷ Die Autoren untersuchten anhand der Rohdaten aus dem Zwangsregister in Baden-Württemberg, ob sich „der Anteil der von Zwangsmaßnahmen betroffenen Aufnahmen“⁶⁹⁸ als Qualitätsindikator für das Benchmarking zwischen den Kliniken eignen würde.⁶⁹⁹ Dabei stellen sie eine erhebliche Varianz zwischen den Kliniken in Baden-Württemberg in Bezug auf Zwangsmaßnahmen im Verhältnis zu allen behandelten Fällen fest. Dieser Wert variiere zwischen 0,3-17,8%.⁷⁰⁰ Die Autoren kommen zu dem Schluss, dass sich Zwangsmaßnahmen nur schlecht als Qualitätsindikator eignen, denn es gebe zu viele schon bekannte, aber noch mehr unbekannte Variablen wie Einzugsgebiete, Spezialstationen etc., die diesen Wert verzerren und nicht zur besseren Behandlung beitragen würden.⁷⁰¹ Die Autoren empfehlen als Indikator den Anteil der von Zwangsmaßnahmen Betroffenen an den unfreiwillig Behandelten insgesamt.⁷⁰² Weinmann und Kollegen antworteten auf diesen Bericht mit einem Leserbrief.⁷⁰³ Sie sind der Auffassung, Steinert und Kollegen hätten zwar viele Faktoren benannt, die zur Varianz der Zwangsmaßnahmenraten zwischen den Kliniken führten, die versorgungsspezifisch „von außen“ gegeben seien. Jedoch hätten sie die Teile der Varianz nicht betrachtet, die von der Klinik beeinflussbar seien.⁷⁰⁴ Die Autoren argumentieren, dass innerklinische Innovationen immer wieder zu einer Reduktion von Zwang geführt hätten, sodass ein „Lernen von den Besten“ sehr

⁶⁹⁶ Vgl. Adorjan et al. (2017) S. 805

⁶⁹⁷ Vgl. Steinert und Flammer (2019) S. 35-39

⁶⁹⁸ Steinert und Flammer (2019) S. 37

⁶⁹⁹ Vgl. Steinert und Flammer (2019) S. 37

⁷⁰⁰ Vgl. Steinert und Flammer (2019) S. 35

⁷⁰¹ Vgl. Steinert und Flammer (2019) S. 37-38

⁷⁰² Vgl. Steinert und Flammer (2019) S. 39

⁷⁰³ Vgl. Weinmann, Aderhold, Kleinschmidt, Zinkler und von Peter (2019) S. 954-955

⁷⁰⁴ Vgl. Weinmann, Aderhold, Kleinschmidt, Zinkler und von Peter (2019) S. 954-955

sinnvoll sei und Anreize zur Verbesserung schaffe.⁷⁰⁵ Die Autoren sprechen sich für eine Verwendung von Art, Dauer und Umfang der Zwangsmaßnahmen als Behandlungsindikatoren aus.⁷⁰⁶ Daten zu Zwangsmaßnahmen sollten bundesweit erfasst und unangekündigte Kontrollen durchgeführt werden, um Fehlanreize zu vermeiden.⁷⁰⁷ Steinert erwiderte diesen Leserbrief.⁷⁰⁸ Er stimmt Weinmann und Kollegen darin zu, dass sich die Diskussion über die Reduktion von Zwang nicht in Strukturmerkmalen erschöpfen sollte, der Qualitätsindikator aus Fairnessgründen jedoch adjustiert werden müsse.⁷⁰⁹ Diese Adjustierung berge jedoch die Gefahr, dass es zur Intransparenz kommen könne, da die genaue Berechnung zu viele Variablen beinhalte, als dass sie für Außenstehende einfach nachzuvollziehen wäre.⁷¹⁰ Steinert verweist auf die S3-Leitlinie der DGPPN zur Verhinderung von Zwang als Meilenstein der Reduktion von Zwang.⁷¹¹ Steinert kommt zum folgenden Schluss:

„Auf der Basis des gegenwärtigen Wissens können wir aber jedenfalls nicht für eine unkritische Verwendung der bloßen Häufigkeit von Zwangsmaßnahmen als Qualitätsindikator plädieren und kennen auch noch kein überzeugendes Verfahren für eine Adjustierung.“⁷¹²

S3-Leitlinie zur Verhinderung von Zwang

Steinert und Hirsch berichteten 2020 über die neue S3-Leitlinie zur Verhinderung von Zwang.⁷¹³ Die Autoren erläutern das Zustandekommen der Leitlinie durch die Zusammenarbeit von Expertenkreisen, bei der versucht worden sei, alle relevanten Gruppen einzubeziehen.⁷¹⁴ Für die S3-Leitlinie wurden vier systematische Reviews zu den Themen Deeskalationstraining, Vermeidung freiheitsbeschränkender Maßnahmen, Gewalt von psychisch Erkrankten

⁷⁰⁵ Vgl. Weinmann, Aderhold, Kleinschmidt, Zinkler und von Peter (2019) S. 954

⁷⁰⁶ Vgl. Weinmann, Aderhold, Kleinschmidt, Zinkler und von Peter (2019) S. 955

⁷⁰⁷ Vgl. Weinmann, Aderhold, Kleinschmidt, Zinkler und von Peter (2019) S. 955

⁷⁰⁸ Vgl. Steinert (2019) S. 956-957

⁷⁰⁹ Vgl. Steinert (2019) S. 956

⁷¹⁰ Vgl. Steinert (2019) S. 957

⁷¹¹ Vgl. Steinert (2019) S. 956

⁷¹² Steinert (2019) S. 957

⁷¹³ Vgl. Steinert und Hirsch (2020) S. 611-616

⁷¹⁴ Vgl. Steinert und Hirsch (2020) S. 611

gegenüber ihren Angehörigen und medikamentöse Behandlung akuter Erregungszustände verfasst.⁷¹⁵ In der Arbeit soll an dieser Stelle nur auf den 12-Punkte-Implementierungsplan für die Praxis eingegangen werden. Weitere Aspekte können in der S3-Leitlinie selbst nachgelesen werden.⁷¹⁶ Der 12-Punkte-Plan umfasst eine standardisierte Erfassung von Zwangsmaßnahmen, interne Standards wie die Dokumentation oder Nachbesprechungen, monatliche Teambesprechungen, einen Schulungsplan für das gesamte Personal bezüglich Deeskalationstrainings, kontinuierliche Betreuung während Fixierungen, die Beschäftigung von Genesungsbegleitern, eine aggressionsarme Gestaltung der Stationen, eine Risikoerkennung mit standardisierten Checklisten, die Erstellung von Behandlungsvereinbarungen, Konzepte zur leitliniengerechten Pharmakotherapie sowie die Einführung von „Safewards“ oder dem „Weddinger Modell“.⁷¹⁷ Das „Weddinger Modell“ wird im Verlauf näher beschrieben. „Safewards“ beschreibt ein in Großbritannien entwickeltes Konzept zur Reduktion und Eindämmung von Konflikten auf psychiatrischen Stationen.⁷¹⁸ Zehn komplexe Interventionen bieten dabei die Grundlage, möglichen Konflikten zu begegnen und Partizipation zu ermöglichen. Darunter fallen beispielsweise die verständnisvolle und wertschätzende Kommunikation, das gegenseitige Kennenlernen; die Klärung beidseitiger Erwartungen, die deeskalierende Gesprächsführung, gemeinsame Unterstützungskonferenzen sowie Methoden zur Beruhigung. Genaueres kann auf der freizugänglichen Internetseite www.safewards.net nachgelesen werden. Der 12-Punkte-Plan wird seit 2020 in einer multizentrischen, kontrolliert randomisierten Studie über ganz Deutschland verteilt auf 52 psychiatrischen Stationen untersucht.⁷¹⁹

Zwangsmaßnahmen und das Stations-Setting

Im Jahr 2019 erschien eine große Leitthemen-Reihe rund um die Rahmenbedingungen auf psychiatrischen Stationen mit zehn relevanten Artikeln.

⁷¹⁵ Vgl. Steinert und Hirsch (2020) S. 612

⁷¹⁶ Vgl. S3-Leitlinie Verhinderung von Zwang: Prävention und Therapie aggressiven Verhaltens bei Erwachsenen (2019) S. 72 ff.

⁷¹⁷ Vgl. Steinert und Hirsch (2020) S. 615

⁷¹⁸ Vgl. Steinert und Hirsch (2020) S. 613

⁷¹⁹ Vgl. Steinert und Hirsch (2020) S. 615

Juckel und Gather führen in das Themenfeld mit der Frage, wie offen eine psychiatrische Station geführt werden kann und/oder sollte, ein.⁷²⁰ Sie plädieren für eine sachliche Diskussion des emotional und normativ aufgeladenen Themenkomplexes und weisen darauf hin, dass sich die rechtliche Situation für untergebrachte Patienten in den letzten Jahren durch Novellierungen der Landesunterbringungsgesetze verändert habe. Bundesländer wie Nordrhein-Westfalen oder Berlin hätten die Unterbringung in einem offenen stationären Setting in ihr Angebot aufgenommen.⁷²¹ Pollmächer führt im ersten Artikel der Reihe an, dass die alleinige Öffnung von Türen keinen Effekt auf Zwang oder Gewalt innerhalb von Psychiatrien habe.⁷²² Er plädiert hingegen für die Nutzung eines neuen Begriffes zur Beschreibung des Themenkomplexes und schlägt hierbei den Terminus „autonomefokussierte Psychiatrie“⁷²³ vor. Damit möchte Pollmächer verdeutlichen, dass es sich bei der Debatte um eine gesamte Neustrukturierung des Konzeptes des „stationären Settings“ handle und nicht um die Zusammenstellung von Einzelmaßnahmen.⁷²⁴ Erst nach der Einsicht, dass es Situationen akuter Eigen- oder Fremdgefährdung gebe, in denen Zwangsmaßnahmen notwendig und geboten seien, würde sich der Blick auf das eigentliche Dilemma dahinter offenbaren.⁷²⁵ Dieses bestünde darin, dass Rechte von Patienten oder Dritten in bestimmten Situationen nicht durchgesetzt werden könnten, ohne gleichzeitig ein anderes Recht einzuschränken. Diese Abwägung von Rechten und moralischen Prinzipien sei das eigentliche Dilemma.⁷²⁶ Pollmächer kommt zu dem folgenden Schluss:

„Zwangsmaßnahmen stellen also im Wesentlichen approximative Lösungen inter- und intrapersoneller Autonomiekonflikte dar, wenn diese nicht gewaltfrei zu lösen sind.“⁷²⁷

⁷²⁰ Vgl. Juckel und Gather (2019) S. 667-668

⁷²¹ Vgl. Juckel und Gather (2019) S. 667-668

⁷²² Vgl. Pollmächer (2019) S. 672

⁷²³ Pollmächer (2019) S. 670

⁷²⁴ Vgl. Pollmächer (2019) S. 670

⁷²⁵ Vgl. Pollmächer (2019) S. 669

⁷²⁶ Vgl. Pollmächer (2019) S. 669

⁷²⁷ Pollmächer (2019) S. 670

Im Weiteren stellt Pollmächer einzelne Maßnahmen der autonomiefokussierten Psychiatrie vor.⁷²⁸ In einem weiteren Beitrag plädiert Beine für eine Öffnung von Stationen.⁷²⁹ Aus der eigenen klinischen Erfahrung der letzten Jahrzehnte und wissenschaftlichen Erkenntnissen würden offene Stationen mit verminderter Aggression und geringerer Häufigkeit von Zwangsmaßnahmen und Zwangsbehandlungen einhergehen.⁷³⁰ Zudem sollten auch richterlich angeordnete Unterbringungen auf offenen Stationen geprüft werden, da das Entweichungsrisiko laut Studien nicht erhöht sei.⁷³¹

Im folgenden Artikel geben Steinert und Kollegen einen Überblick über die empirischen Befunde zu Türöffnungen.⁷³² Die Autoren sind der Meinung, dass offene Türen nicht gleichzusetzen seien mit einer guten und geschlossene Türen nicht mit einer schlechten Psychiatrie.⁷³³ Sie verweisen auf die S3-Leitlinie zur Verhinderung von Zwang, in der ebenfalls keine klare wissenschaftlich fundierte Aussage über die prinzipielle Öffnung oder Teilöffnung von Türen habe getroffen werden können.⁷³⁴ Problematisch seien zum einen die unterschiedliche Auffassung des Konzeptes einer „offenen Türe“ sowie fehlende, nach hohem wissenschaftlichem Standard durchgeführte, kontrolliert randomisierte Studien.⁷³⁵ Sie kommen nach der Auswertung von 26 Arbeiten zu dem Schluss, dass sie keine abschließende Empfehlung zu Risiko und Praktikabilität der Konzepte zu offenen Türen ziehen können.⁷³⁶

Gather, Scholten, Henking, Vollmann und Juckel stellen im Anschluss die Frage, wodurch die geschlossene Türe ersetzt werden solle.⁷³⁷ Im Falle eines geöffneten Stationkonzeptes diskutieren die Autoren, welche anderen Mittel zur Verfügung stünden, um ein Entweichen von Patienten zu verhindern. Dabei

⁷²⁸ Vgl. Pollmächer (2019) S. 670-673

⁷²⁹ Vgl. Beine (2019) S. 675-679

⁷³⁰ Vgl. Beine (2019) S. 676

⁷³¹ Vgl. Beine (2019) S. 678-679

⁷³² Vgl. Steinert, Schreiber, Metzger und Hirsch (2019) S. 680-689

⁷³³ Vgl. Steinert, Schreiber, Metzger und Hirsch (2019) S. 680

⁷³⁴ Vgl. Steinert, Schreiber, Metzger und Hirsch (2019) S. 680

⁷³⁵ Vgl. Steinert, Schreiber, Metzger und Hirsch (2019) S. 682

⁷³⁶ Vgl. Steinert, Schreiber, Metzger und Hirsch (2019) S. 688

⁷³⁷ Vgl. Gather, Scholten, Henking, Vollmann und Juckel (2019) S. 690-694

sollen zwei Möglichkeiten ethisch bewertet werden: Zum einen die Anwendung einer anderen Form des formalen Zwangs und zum anderen der Einsatz von intensiven Betreuungsverfahren sowie psychologischer Druckausübung.⁷³⁸ Die Anwendung einer anderen Form von formellen Zwang, wie eine Fixierung oder eine Isolierung, sehen die Autoren als ethisch problematisch an.⁷³⁹ Sie beschreiben nach Szmukler und Appelbaum vier Formen des psychologischen Drucks: Überzeugung, zwischenmenschliche Beeinflussung, Anreize und Drohungen.⁷⁴⁰ In der empirischen Literatur ist psychologischer Druck bisher am ehesten als informeller Zwang beschrieben.⁷⁴¹ Dies sei jedoch ethisch und konzeptionell bedenklich, da nicht jede Form psychologischen Drucks Zwang enthalte und im Allgemeinen am ehesten die Unterform „Drohung“ darunter verstanden werde.⁷⁴² Die Autoren geben an, dass Szmukler und Appelbaum formellen Zwang als begründungsbedürftiger ansehen, sodass psychologischer Druck als milderer Mittel angesehen würde.⁷⁴³ Gather und Kollegen sehen dies kritischer und kommen zu dem Schluss, dass bei offenen Türen situationsabhängig entschieden werden müsse und es weiterer Forschung bedürfe.⁷⁴⁴ Nyhuis und Zinkler berichten über die Psychiatrie Herne, die seit 20 Jahren komplett offen geführt werde.⁷⁴⁵ Unter dem Begriff „offene Türen“ verstehen die Autoren ein gesamtes „milieugestaltendes Konzept“⁷⁴⁶. Neben strikt offenen Stationen gebe es ehemalige Patienten als ehrenamtliche Mitarbeiter, ein ausgebautes ambulantes Angebot sowie Home-Treatment, um nur einige Punkte des Konzeptes zu nennen.⁷⁴⁷ Auch die diagnostisch heterogen belegten Stationen zeigten sich für die Milieu-Therapie als gut geeignet.⁷⁴⁸

⁷³⁸ Vgl. Gather, Scholten, Henking, Vollmann und Juckel (2019) S. 690

⁷³⁹ Vgl. Gather, Scholten, Henking, Vollmann und Juckel (2019) S. 691

⁷⁴⁰ Vgl. Gather, Scholten, Henking, Vollmann und Juckel (2019) S. 691

⁷⁴¹ Vgl. Gather, Scholten, Henking, Vollmann und Juckel (2019) S. 691

⁷⁴² Vgl. Gather, Scholten, Henking, Vollmann und Juckel (2019) S. 691

⁷⁴³ Vgl. Gather, Scholten, Henking, Vollmann und Juckel (2019) S. 692

⁷⁴⁴ Vgl. Gather, Scholten, Henking, Vollmann und Juckel (2019) S. 693-694

⁷⁴⁵ Vgl. Nyhuis und Zinkler (2019) S. 695-699

⁷⁴⁶ Nyhuis und Zinkler (2019) S. 695

⁷⁴⁷ Vgl. Nyhuis und Zinkler (2019) S. 696-698

⁷⁴⁸ Vgl. Nyhuis und Zinkler (2019) S. 699

Mahler und Kollegen veröffentlichten in der Leitthema-Reihe einen Artikel zum „Weddinger Modell“.⁷⁴⁹ Das „Weddinger Modell“ ist ein Recovery-orientiertes Konzept, entwickelt und umgesetzt in Berlin.⁷⁵⁰ Als „Recovery“ wird in diesem Zusammenhang ein „individueller Weg verstanden, auf dem Symptome nicht vordringlich als zu beseitigende Krankheitserscheinungen, sondern auch als zur individuellen Biographie gehörende Merkmale betrachtet werden“⁷⁵¹. Die Kernelemente des „Weddinger-Modells“ sind: offene Türen, Wechselwirkungen von Strukturen und Haltung, Therapieplanung und Gestaltung, ein multiprofessionelles Behandlungsteam, Peers, Vermeidung von Zwangsmaßnahmen sowie das Zulassen von individuellen Krankheits- und Genesungskonzepten.⁷⁵² Erste wissenschaftliche Evaluationen zeigen, dass durch das Modell Patienten eher in der Lage seien, eigene Therapieziele zu formulieren. Darüber hinaus lässt eine retrospektive Studie den Schluss zu, dass durch die Implementierung des Modells Fixierungen signifikant reduziert werden können und die durchschnittliche Isolierungsdauer sinke.⁷⁵³ Die Autoren stellen abschließend fest: das „Weddinger Modell“ sei praktikabel, in den Stationsalltag ohne Mehraufwand integrierbar, mit der aktuellen Rechtsprechung sowie mit der neuen S3-Leitlinie konform und dazu geeignet, die Häufigkeit von Zwangsmaßnahmen zu senken.⁷⁵⁴

Kowalinski und Kollegen berichteten über die „open door policy“ der Baseler Psychiatrie im Betrachtungsraum von sechs Jahren.⁷⁵⁵ Auch sie betonen, dass hinter der offenen Türe ein ganzheitliches Konzept stehe. Dieses Konzept umfasse die patientenorientierte Arbeit nach dem Recovery-Ansatz, die Optimierung diagnosespezifischer Behandlungen, den Ausbau ambulanter Angebote, die Integration von Peers und eine systematische Schulung des

⁷⁴⁹ Mahler et al. (2019) S. 700-705

⁷⁵⁰ Vgl. Mahler et al. (2019) S. 700

⁷⁵¹ Mahler et al. (2019) S. 700

⁷⁵² Vgl. Mahler et al. (2019) S. 701-703

⁷⁵³ Vgl. Mahler et al. (2019) S. 702-703

⁷⁵⁴ Vgl. Mahler et al. (2019) S. 703

⁷⁵⁵ Vgl. Kowalinski et al. (2019) S. 705-708

Personals.⁷⁵⁶ Auch sie konnten aufzeigen, dass die Häufigkeit von Isolierungen und Zwangsbehandlungen im Beobachtungszeitraum sanken.⁷⁵⁷

Innerhalb einer Pilotstudie haben Gouzoulis-Mayfrank und Kollegen die Öffnung einer davor geschlossenen psychiatrischen Akutstation betreut.⁷⁵⁸ Sie kommen zu dem Schluss, dass sich aggressive Vorfälle reduziert hätten, freiheitsentziehende Maßnahmen wie Isolierungen oder Fixierungen jedoch nicht.⁷⁵⁹ Das befragte Personal habe am Ende der Studie angegeben, nicht die Türöffnung an sich, sondern die ganzen zusätzlichen Maßnahmen wie Schulungen, bauliche Maßnahmen, neue Stationsregeln und die geänderte Haltung des Personals seien für den Erfolg wichtiger gewesen.⁷⁶⁰

Den Abschluss der Reihe machte Helmchen mit dem Artikel „Der Einfluss von Zeitgeist und Menschenrechte auf das psychiatrische Handeln“⁷⁶¹. Darin beschreibt dieser Menschenrechte als „regulative Ideen“⁷⁶², worunter auch das Selbstbestimmungsrecht falle.⁷⁶³ Dazu schreibt Helmchen:

„Die Realität dieser Welt, [...] ist nicht nur global weit davon entfernt, die Menschenrechte anzuerkennen und wirksam werden zu lassen, sondern sie bedürfen dieser Anerkennung auch in unserer eigenen aktuellen gesellschaftlichen Verfassung, wenn man nur an den Zeitmangel infolge ökonomisch erzwungener Arbeitsverdichtung in der Pflege oder an die Stigmatisierung psychisch Kranker denkt.“⁷⁶⁴

Helmchen ist der Auffassung, dass gerade psychiatrisches Fachpersonal für den Zeitgeist sensibilisiert werden sollte, „dessen Einfluss wir alle nicht nur unterliegen, sondern auch durch unser (bewusstes oder auch unbewusstes)

⁷⁵⁶ Vgl. Kowalinski et al. (2019) S. 705

⁷⁵⁷ Vgl. Kowalinski et al. (2019) S. 707

⁷⁵⁸ Vgl. Gouzoulis-Mayfrank, Gairing, Kramer, Forster und Schmitz-Buhl (2019) S. 709-714

⁷⁵⁹ Vgl. Gouzoulis-Mayfrank, Gairing, Kramer, Forster und Schmitz-Buhl (2019) S. 713

⁷⁶⁰ Vgl. Gouzoulis-Mayfrank, Gairing, Kramer, Forster und Schmitz-Buhl (2019) S. 713-714

⁷⁶¹ Helmchen (2019) S. 724-732

⁷⁶² Helmchen (2019) S. 729

⁷⁶³ Vgl. Helmchen (2019) S. 729

⁷⁶⁴ Helmchen (2019) S. 730

Denken und Verhalten als Individuen beeinflussen. Denn jeder wirkt auf seine unmittelbare Umgebung ein, webt am Zeitgeist mit, ob er will oder nicht.“⁷⁶⁵

Kronenberg und Hellweg schrieben einen Leserbrief zu Helmchens Artikel.⁷⁶⁶ Darin knüpfen sie an den Artikel von Helmchen an und fordern, dass die in der Psychiatrie Tätigen stärker progressiv den Zeitgeist mitbestimmen und Reformen vorantreiben müssten.⁷⁶⁷ Die Autoren plädieren für eine Reform der Psychisch-Kranken-Gesetze zu einem für alle Patienten im Gesundheitssystem geltenden „Gesetz zur Behandlung von nichteinwilligungsfähigen Patienten mit (akuter) Selbst- oder Fremdgefährdung“⁷⁶⁸, um damit die Entstigmatisierung psychisch Erkrankter voranzutreiben und die von beiden Seiten aufrechtgehaltene Trennung zwischen Psyche und Somatik aufzulösen.⁷⁶⁹

Jahr	Autor	Titel
2016	DGPPN	Eckpunkte für die Regelung der öffentlich-rechtlichen Unterbringung in psychiatrischen Krankenhäusern - mit Erläuterungen
2016	Keller, I. Floter, C. Ragoschke-Schumm, A. Fassbender, K.	Die Homburger Nervenlinik im Nationalsozialismus
2017	Adorjan, K. et al.	Zwangsmaßnahmen in deutschen Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie
2017	Besse, M. Methfessel, I. Wiltfang, J. Zilles, D.	Elektrokonvulsionstherapie gegen den natürlichen Willen
2017	Rohe, T. et al.	Bauliche Modernisierungen in psychiatrischen Kliniken beeinflussen Zwangsmaßnahmen
2017	Söhner, F. Fangerau, H. Becker, T.	Nach der "Aktion-T4": "Regionalisierte Euthanasie" in der Heil- und Pflegeanstalt Günzburg

⁷⁶⁵ Helmchen (2019) S. 730

⁷⁶⁶ Vgl. Kronenberg und Hellweg (2020) S. 455-456

⁷⁶⁷ Vgl. Kronenberg und Hellweg (2020) S. 456

⁷⁶⁸ Kronenberg und Hellweg (2020) S. 456

⁷⁶⁹ Vgl. Kronenberg und Hellweg (2020) S. 456

2018	Zilles, D. Koller, M. Methfessel, I. Trost, S. Simon, A.	Behandlung gegen den natürlichen Willen am Beispiel der Elektrokonvulsionstherapie. Klinische, juristische und ethische Aspekte.
2018	Zinkler, M. et al.	Zwangsbehandlung mit Elektrokrampftherapie - wissenschaftlich ungesichert und menschenrechtlich fragwürdige Therapie
2018	Zilles, D. Koller, M. Methfessel, I. Trost, S. Simon, A.	Ethik, Evidenz und Elektrokonvulsionstherapie
2018	Grözinger, M. Conca, A. Bruhl, A. Di Pauli, J.	Elektrokonvulsionstherapie ist ein etablierter therapeutischer Standard
2019	Gerlinger, G. et al.	Nach der Reform ist vor der Reform
2019	Steinert, T. Flammer, E.	Häufigkeit von Zwangsmaßnahmen als Qualitätsindikator für psychiatrische Kliniken?
2019	Pollmächer, T.	Autonomiefokussierung als Leitgedanke einer minimal-restriktiven Psychiatrie
2019	Kowalinski, E. et al.	Sechs Jahre offene Türen an den Universitären psychiatrischen Kliniken Basel
2019	Beine, K. H.	open doors, open mind: Plädoyer für eine offene Versorgungspsychiatrie
2019	Steinert, T. Schreiber, L. Metzger, F. G. Hirsch, S.	Offene Türen in psychiatrischen Kliniken eine Übersicht über empirische Befunde
2019	Gather, J. Scholten, M. Henking, T. Vollmann, J. Juckel, G.	Wodurch wird die geschlossene Tür ersetzt? Konzeptionelle und ethische Überlegungen zu offenen Unterbringungsformen, formellem Zwang und psychologischem Druck
2019	Mahler, L. et al.	Therapeutische Haltung und Strukturen in der (offenen) Akutpsychiatrie: das Weddinger Modell
2019	Nyhuis, P. W. Zinkler, M.	Offene Psychiatrie und gemeindepsychiatrische Arbeit
2019	Gouzoulis-Mayfrank, E. Gairing, S. K. Kramer, T.	Öffnung einer psychiatrischen Akutstation als komplexe Intervention

	Forster, M. Schmitz-Buhl, M.	
2019	Helmchen, H.	Zum Einfluss von Zeitgeist und Menschenrechten auf psychiatrisches Handeln
2019	Weinmann, S. Aderhold, V. Kleinschmidt, M. Zinkler, M. von Peter, S.	Zwangsmaßnahmen in psychiatrischen Kliniken - einer von vielen Indikatoren der Behandlungsqualität
2019	Steinert, T.	Erste Schlussfolgerungen aus dem Melderegister für Zwangsmaßnahmen in Baden-Württemberg
2019	Juckel, G. Gather, J.	Das Stationssetting in der Psychiatrie: Wie offen kann und sollte es sein?
2020	Steinert, T. Hirsch, S.	S3-Leitlinie Verhinderung von Zwang: Prävention und Therapie aggressiven Verhaltens bei Erwachsenen
2020	Kronenberg, G. Hellweg, R.	Weiterführende Gedanken zu Zeitgeist und Menschenrechten in Bezug auf psychiatrisches Handeln

Tabelle 17: Übersicht aller veröffentlichten Artikel zum Thema Zwangsmaßnahmen in der Fachzeitschrift „Der Nervenarzt“ von 2016-2020

5 Interpretation

Die Interpretation der Ergebnisse aus der vorangegangenen Analyse erfolgt anhand einzelner thematischer Unterpunkte. Die Schwerpunkte sind folgende: „Der Wandel des Selbstverständnisses der Psychiatrie“, „Der Nationalsozialismus als Gegenfolie“, „Zwang und Recht“, „Der Einzug der Medizinethik“, „Nach der Reform ist vor der Reform“, „Die Etablierung höherer klinischer Standards“ und die „Fehlanreize“, die im Umgang mit Zwangsmaßnahmen entstehen können. Um einen ersten Überblick zu geben, soll im nächsten Abschnitt zunächst „Der Wandel des Selbstverständnisses der Psychiatrie“ beleuchtet werden.

5.1 Der Wandel des Selbstverständnisses der Psychiatrie

Die Psychiatrie nahm unter den medizinischen Fachdisziplinen durch den Umstand, in bestimmten Situationen Patienten gegen deren erklärten Willen behandeln zu müssen, stets eine gesonderte Rolle ein. Psychiatrische Krankheiten sind weniger greifbar als der Großteil der somatischen Erkrankungen, sei es in Bezug auf den Pathomechanismus, die Ausprägungsform oder die Behandlungsmöglichkeiten, da es schwierig ist, zuverlässige und objektive Parameter zu erfassen. Psychische Erkrankungen können zudem im besonderen Maße die Selbstbestimmungsfähigkeit der Betroffenen einschränken und zu krankheitsbedingten Situationen führen, die für die Patienten selbst oder Andere eine akute Gefährdung darstellen. In diesen Situationen kann es zur Gefahrenabwendung nötig sein, Zwang anzuwenden. Dabei spielt die gesellschaftliche Einstellung zu psychisch Erkrankten für die Anwendung von Zwang eine wesentliche Rolle. So machen einige Untersuchungen deutlich, dass es in der Häufigkeit von Zwangsmaßnahmen sowohl epochal als auch nach wie vor regional große Unterschiede gibt. Helmchen formuliert dies in der Fachzeitschrift im Jahr 2021 treffend:

„Sie [Die epochalen und regionalen Unterschiede] weisen darauf hin, dass der Kontext, also Vorstellungen und Erfahrungen der Menschen in der Umgebung des psychisch Kranken und darüber hinaus in der gesellschaftlichen Atmosphäre, etwa im allgemeinen Sicherheitsbedürfnis, in der Häufigkeit und In-

tensität diskriminierender und stigmatisierender Einstellungen gegenüber psychisch Kranken, die Bereitschaft zur Anwendung von Zwang erheblich beeinflusst.⁷⁷⁰

Damit scheint der soziokulturelle Kontext eine entscheidende Einflussgröße zur Anwendung von Zwang zu sein. Es sei stets ein Zusammenspiel aus der Intensität der Verhaltensstörung auf der einen Seite und der entsprechenden Toleranz der Gesellschaft auf der anderen, sodass bei einer hohen Intensität und/oder einer geringen Toleranz die Schwelle zur Anwendung von Zwang niedriger sei.⁷⁷¹ Aus diesem Grund ist die Psychiatrie und ihre Wahrnehmung in der Öffentlichkeit viel stärker vom gesellschaftlichen Kontext abhängig als dies bei anderen medizinischen Fachbereichen der Fall ist. Es hängt davon ab, wie die Gesellschaft das "Normale" definiert und welche Abweichungen davon als "tolerabel" angesehen werden. Dadurch bekam die Psychiatrie in der Vergangenheit oft eine „Doppelrolle“ zugeschrieben, welche auch als „ordnungs- politische Funktion“⁷⁷² betitelt wurde und in den Publikationen der Fachzeitschrift „Der Nervenarzt“ Verwendung fand. Die inhaltliche Ausgestaltung und die Gewichtung der Argumente zu Eigen- und/oder Fremdgefährdung sind zwei grundlegende Abwägungspunkte zur Anwendung von Zwang, die im Laufe der Zeit stets miteinander in der Begründung von Zwang sowohl in der psychiatrischen Geschichte als auch in den Publikationen der Fachzeitschrift konkurrierten.

In der 90-jährigen Geschichte der Zeitschrift hat sich die Gewichtung der Argumente deutlich verändert. So schreibt Eberhardt im Jahr der Erstveröffentlichung 1928 beispielsweise, dass „der Staat im Interesse der Allgemeinheit dazu verpflichtet sei [...] die Fortpflanzung solcher Schädlinge durch erforderlichenfalls zwangsweise Unfruchtbarmachung zu verhindern“⁷⁷³. Die Allgemeinheit wurde als schützenswertere Entität betrachtet, ein einzelner psychisch Erkrankter „schädige“ diese. Um die Aufreinigung des

⁷⁷⁰ Helmchen (2021) S. 263

⁷⁷¹ Vgl. Helmchen (2021) S. 263

⁷⁷² Pollmächer (2015) S. 1154, DGPPN (2014) S. 1427 und Sollberger und Lang (2012) a S. 312

⁷⁷³ Ebermayer (1928) S. 418

„Volkskörpers“⁷⁷⁴ voranzutreiben, wurden psychisch Erkrankte historisch betrachtet zuerst weggesperrt, in den 1930er Jahren zwangssterilisiert und zu Beginn des 2. Weltkrieges zur Tötung freigegeben.

Nach dem Zweiten Weltkrieg blieb die ordnungspolitische Kontrollfunktion weiterhin der Tenor in der Argumentation zur Rechtfertigung von Zwangsmaßnahmen. In der Fachzeitschrift wurde vor allem über die Rahmenbedingungen von Zwangsmaßnahmen diskutiert. Insbesondere rechtliche Aspekte, die die Anwendung von Zwang sicherer machen sollten, waren Thema der Publikationen. Dies bezog sich auf die rechtliche Absicherung für den ausführenden Arzt durch fundierte Gesetze. Neun von zwölf in der Fachzeitschrift publizierten Artikeln in den 1950er Jahren thematisierten in Haupt- oder Nebenaspekten die rechtlichen Rahmenbedingungen von Zwang.⁷⁷⁵

Auf der anderen Seite forderte Degkwitz bereits im Jahr 1952 eine weniger restriktive Psychiatrie, auch wenn er das Patienten Klientel per definitionem als nicht zu freiem Willen befähigt ansah.⁷⁷⁶ Haisch hinterfragte im Jahr 1965 den höher bewerteten Schutz Dritter gegenüber dem Wohle des Patienten und forderte ein Umdenken bezüglich der freiheitlichen Beschränkungen der Patienten. Diese müssten in so geringem Umfang wie möglich angewandt und stetig reflektiert werden.⁷⁷⁷ Im Jahr 1971 forderte Bosch einen unautoritären Behandlungsstil, der von Würde und Respekt geprägt sei und eine Änderung der inneren Haltung des Personals beinhalten solle.⁷⁷⁸ Er plädierte dafür, sich von einem paternalistischen und bevormundenden Umgang zu distanzieren und stattdessen eine Begegnung auf Augenhöhe zu ermöglichen. In diesen Artikeln lassen sich Grundzüge des No-Restraint Ansatzes erkennen, wie sie in der Antipsychiatrie-Bewegung der 1960er Jahre im Rahmen des Zeitgeistes des Jahrzehnts zunehmend Zuspruch

⁷⁷⁴ Helmchen (2019) S. 727

⁷⁷⁵ Vgl. Gruhle (1951) S. 271-273, Gruhle (1952) S. 193, Schönke (1951) S. 161-162, Janz (1952) S. 191-193, Leferenz (1952) S. 252-256, Langelüddeke (1952) S. 303-306, Overhamm (1952) S. 219-220, Eberhardt und Villingner (1954) S. 37-42 und Sundermeyer (1954) S. 283-291

⁷⁷⁶ Vgl. Degkwitz (1952) S. 421

⁷⁷⁷ Vgl. Haisch (1965) S. 347

⁷⁷⁸ Vgl. Bosch (1971) S. 66-68

erhielten und den Beginn einer kritischen Reflexion des Umgangs mit Patienten einläuteten.⁷⁷⁹

Die Argumentationslinie innerhalb der Publikationen wurde zunehmend ethisch pointierter und die Perspektiven auf Zwangsmaßnahmen änderten sich. Ausgehend von einer paternalistischen Medizin rückten die Patienten verstärkt in den Mittelpunkt der Entscheidungsfindung und die "Doppelrolle" der Psychiatrie wurde hinterfragt, was zu einem langsamen Wandel des Selbstverständnisses der Psychiatrie führte. Die allgemeine Hoffnung, durch neue Behandlungsmöglichkeiten mit Psychopharmaka, biologische Behandlungsmethoden und psychotherapeutische Konzepte eine differenziertere Versorgung psychisch Erkrankter zu erreichen, welche die Psychiatrie sukzessive auf eine Ebene mit den anderen medizinischen Fachdisziplinen stellen sollte, spiegelte sich in der Fachzeitschrift beispielsweise in der Umbenennung der Pflege- und Heilanstalten in psychiatrische Krankenhäuser während dieser Zeit wider.⁷⁸⁰

In den 1970er Jahren stand die erste große bundesweite inhaltliche Neuerung an, die Psychiatrie-Enquête. Allerdings sprach sie zum Umgang mit Zwangsmaßnahmen keine klare Empfehlung aus. Lediglich drei Artikel in der Fachzeitschrift befassten sich mit dem Prozess der Psychiatrie-Enquête und ihren Konsequenzen. Hierbei sind die beiden Artikel von Reimer zur Umsetzung der Bestimmungen im damaligen psychiatrischen Landeskrankenhaus Weinsberg sowie der Artikel von Gebhardt und Steinert im Jahr 1998 zu nennen.⁷⁸¹ Retrospektiv betrachtet lässt sich konstatieren, dass dieser Aspekt in der Berichterstattung mehr Aufmerksamkeit hätte erfahren sollen.

Ein großer Impuls für den Wandel des Selbstverständnisses zu Beginn des neuen Jahrtausends bestand in der UN-Behindertenkonvention von 2006. Mit der Ratifizierung erkannte Deutschland die Selbstbestimmung und Diskriminierungsfreiheit sowie die Gleichberechtigung in der gesellschaftlichen Teilhabe von Menschen mit körperlicher, geistiger, psychischer und psychosozialer Beein-

⁷⁷⁹ Vgl. Steinert et al. (2001) S. 705

⁷⁸⁰ Vgl. Haisch (1965) S. 346-349 und Haisch (1966) S. 155-160

⁷⁸¹ Vgl. Reimer (1977) S. 306-309, Reimer (1985) S. 161-165 und Gebhardt und Steinert (1998) S. 791-798

trächtigung oder Behinderung an. Dadurch wurden die Patientenrechte psychisch Erkrankter grundlegend gestärkt und die Schwere des Grundrechtseingriffs, den eine Zwangsmaßnahme in die individuellen Rechte eines jeden darstellt, sowie die damit verbundenen hohen Anforderungen an die juristische Rechtfertigung einer Zwanganwendung deutlich gemacht. Die aus der UN-Behindertenkonvention abgeleiteten Grundsätze verstärkten erneut die Frage nach der „Doppelrolle“ der Psychiatrie, die von der DGPPN im Jahr 2014 in den Diskurs der Fachzeitschrift „Der Nervenarzt“ folgendermaßen eingebracht wurde: „Vor dem Hintergrund, dass es sich bei Zwangsmaßnahmen und -behandlungen um gravierende Grundrechtseingriffe handelt, ist eine fachliche und gesellschaftliche Diskussion über die zukünftige Ausgestaltung der ordnungspolitischen Funktion der Psychiatrie dringend notwendig, die auch die Frage miteinbezieht, welchen Grad von Belästigung die Gesellschaft zu akzeptieren bereit ist und wie die unterschiedlichen gesellschaftlichen Akteure ihre Haltung ethisch begründen.“⁷⁸²

Pollmächer sah, in einem Artikel aus dem Jahr 2015 ausgedrückt, das medizinethische Selbstverständnis der Psychiatrie durch die Akzeptanz und Fortführung der „Doppelrolle“ gefährdet.⁷⁸³ Zwangsmaßnahmen, die allein dem Schutze Dritter dienten, sollten dem Bereich der Verbrechensprävention zugeordnet werden und somit außerhalb des Zuständigkeitsbereichs der Psychiatrie liegen, so Pollmächer.⁷⁸⁴ In der Diskussion mit Steinert wurde deutlich, dass die Trennung nicht einfach vorzunehmen sei. Dies liege daran, dass es aus medizinethischer Sicht erforderlich sein kann, Zwangsmaßnahmen aufgrund einer Fremdgefährdung vorzunehmen, um die langfristige soziale Teilhabe psychisch Erkrankter zu gewährleisten und sie vor möglichen, strafrechtlichen Konsequenzen von Taten zu schützen, die während eines Zustands einer exazerbierten psychischen Erkrankung begangen werden könnten.⁷⁸⁵ Daraufhin konkretisierte Pollmächer seine Aussage, dass Zwangsmaßnahmen allein zum

⁷⁸² DGPPN (2014) S. 1427

⁷⁸³ Vgl. Pollmächer (2015) S. 1148-1156

⁷⁸⁴ Vgl. Pollmächer (2015) S. 1153

⁷⁸⁵ Vgl. Steinert (2016) S. 93-94

Schutze Dritter bei Patienten mit psychiatrischen Diagnosen, aber im Vorhandensein ihrer Selbstbestimmungsfähigkeit und bei Ablehnung einer Behandlung, als medizinethisch und berufsethisch nicht geboten seien.⁷⁸⁶ Die Prüfung der Selbstbestimmungsfähigkeit als Ausgangspunkt zur Erwägung der Anwendung von Zwang scheint damit für die Praxis das Zünglein an der Waage zu sein. Eine ausführliche Prüfung scheint jedoch in der Kürze der Zeit zwischen Vorankündigung eines fremdaggressiven Patienten bei einer Klinik, dessen Eintreffen und der Entscheidung zur Anwendung von Zwang in einem akuten Erregungszustand des Patienten nur schwer im gesamten Umfang erfolgen zu können. Das eigentliche Dilemma der Psychiatrie liegt darin, dass bei der Entscheidungsfindung zur Zwangsanwendung nicht alle Rechte aller Beteiligten gleichermaßen durchgesetzt werden können, ohne das andere individuelle Rechte gefährdet oder eingeschränkt werden. Diese konkrete, kritische Selbstreflexion im Diskurs zur Anwendung von Zwang ist wichtig und mündet in Entscheidungshilfen wie beispielsweise dem Leitfaden von Helmchen (Kapitel 1.3.1). Dieser, in der Fachzeitschrift publizierte Leitfaden, würdigt die erstarkten Patientenrechte und die Fokussierung auf die Patientenautonomie durch genaue Prüfung der Selbstbestimmungsfähigkeit, der Gefahrenlage, der Zwangsart und der Anwendung von mildereren Mitteln und zeigt damit ein weiteres Ergebnis des im Diskurs abgebildeten Wandels des Selbstverständnisses auf.

Eine weitere Facette des Wandels des Selbstverständnisses der Psychiatrie wird in der Diskussion über weniger restriktive Stationskonzepte in den Jahren 2014 und 2019 versinnbildlicht.⁷⁸⁷ Dabei wird das Idealbild einer innovativen Psychiatrie in der Gewährung größtmöglicher Autonomie und Partizipation des Patienten gesehen. Zusätzlich zum Abbau von Restriktionen müsse sich allerdings auch die innere Haltung des Personals ändern. Diesbezügliche, konkrete Konzepte sind hierzu aktuell noch sehr divers. Grundlegende, wissenschaftliche

⁷⁸⁶ Vgl. Pollmächer (2016) S. 95-96

⁷⁸⁷ Vgl. Sollberger und Lang (2014) a S. 312-318, Sollberger und Lang (2014) b S. 319-325, Nienaber, Hemkendreis, Lohr und Schulz (2014) S. 1438-1439 und Pollmächer (2019) S. 669-674, Kowalinski et al. (2019) S. 705-708, Beine (2019) S. 675-679, Gather, Scholten, Henking, Vollmann und Juckel (2019) S. 690-694, Gouzoulis-Mayfrank, Gairing, Kramer, Forster und Schmitz-Buhl (2019) S. 709-714, Juckel und Gather (2019) S. 667-668, Mahler et al. (2019) S. 700-704, Nyhuis und Zinkler (2019) S. 695-699, Steinert, Schreiber, Metzger und Hirsch (2019) S. 680-689

Erkenntnisse zu diesen Fragestellungen werden in den kommenden Jahren, allen voran durch die multizentrische Studie von Steinert und Kollegen, erwartet. Der aktuelle Diskurs und der dafür bereitgestellte Raum zur Berichterstattung in der Fachzeitschrift ist als positiv zu bewerten.

5.2 Der Nationalsozialismus als Gegenfolie

Mit 36 von 116 Artikeln nimmt das Thema Zwang im Nationalsozialismus quantitativ den größten Raum in der Diskussion um die Berichterstattung zu Zwangsmaßnahmen ein. Die Artikel lassen sich in die Publikationen innerhalb des Dritten Reiches und der retrospektiven Betrachtung des Nationalsozialismus unterteilen. Innerhalb der NS-Zeit wurden fünf Artikel zu Zwangsmaßnahmen veröffentlicht. Die retrospektive Berichterstattung lässt sich ebenfalls untergliedern. Wurden in den 20 Jahren des 21. Jahrhundert 23 Artikel zu diesem Thema publiziert, waren es in den 55 Jahren dazwischen lediglich acht.⁷⁸⁸ Im Folgenden soll aufgezeigt werden, wie sich der Nationalsozialismus im Laufe der Zeit im Diskurs innerhalb der Fachzeitschrift zur Gegenfolie, d.h. als Beispiel für eine Zeit menschenunwürdigen Verhaltens, zu welchem sich eine klare Gegenposition und Abgrenzung etabliert hat, entwickelte.

Der allgemeine Zeitgeist am Ende der Weimarer Republik und am Übergang zum Nationalsozialismus spiegelte sich in der Grundhaltung der Verpflichtung des Staates zum Schutze des „Volkskörpers“ und der Geringschätzung der Rechte des Individuums wider. Die Forschungsfelder des Sozialdarwinismus, der Rassenhygiene und der Eugenik waren bereits etabliert, die wenige Jahre später in der nationalsozialistischen Ideologie umgesetzt und radikalisiert wurden. Die Berichterstattung zu Zwang und Zwangsmaßnahmen drehte sich in dieser Zeit vor allem um Sterilisationen und deren rechtliche Legitimation sowie um die Ausweitung der Indikationsstellung von einer rein medizinisch begründeten Rechtfertigung zu eugenischen und sozialen Indikationen.⁷⁸⁹ Ein möglicher

⁷⁸⁸ Vgl. Bonhoeffer (1949) S. 1-5, Schönke (1951) S. 161-162, Lefrenz (1952) S. 252-256, Petersen und Liedtke (1971) S. 197-205), Meyer (1988) S. 85-91, Koch (1988) S. 750-751, Hohendorf, Roelcke und Rotzoll (1996) S. 935-946 und Ody (1998) S. 815-817

⁷⁸⁹ Vgl. Beringer (1932) S. 592-593

Zwangscharakter eines Sterilisationsgesetzes war dabei kein fokussierter Gegenstand. Mit dem „Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ (GzVeN) wurde im Allgemeinen durch die Verursachung eines irreversiblen, generationsübergreifenden Schadens eine neue Dimension von Zwang im Leben der betroffenen Individuen erreicht. Luxenburger und Creutz publizierten in den 1930er Jahren beide Artikel, die sich für das Sterilisationsgesetz aussprachen und die aktive Mitarbeit aller Ärzte forderten, um den Bevölkerungsteil, „der unter den Begriff der negativen Auslese fällt“⁷⁹⁰, zu identifizieren. Bemerkenswert, aber durch den damaligen Zeitgeist der paternalistischen Medizin nicht überraschend ist die Fokussierung der Berichterstattung auf die alleinige Darstellung der Perspektive des Arztes, während die der Betroffenen nicht beleuchtet wurde.

Mit der massenhaften und strukturiert durchgeführten Tötung psychisch Erkrankter ab 1939 erreichte Zwang eine weitere, noch nie dagewesene, zutiefst beschämende Ausprägung. Allein das Vorhandensein einer psychischen Erkrankung rechtfertigte im Verständnis des damaligen Zeitgeistes die weitreichendste Form von Zwang, die Tötung des Individuums. Darüber wurde das erste Mal kurz nach dem Dritten Reich im Jahr 1949 von Bonhoeffer als verbreitetes „Gerücht“⁷⁹¹ berichtet. Als Faktum wurden diese Gräueltaten erst 2002 von Hohendorf und Kollegen in der Fachzeitschrift näher beleuchtet.⁷⁹²

Auf die Zeit des Nationalsozialismus folgte in den Nachkriegsjahren der Wunsch nach einem klaren Schlussstrich. In der Berichterstattung umging man die inhaltliche Auseinandersetzung auf zwei Weisen: Zum einen lag der Schwerpunkt auf der umfassenden Überarbeitung des gesetzlichen Rahmens. Zum anderen wurde, beispielsweise von Bonhoeffer und Leferenz, der Versuch unternommen, die Thematik der Eugenik an sich von den Machenschaften des Nationalsozialismus zu entkoppeln.⁷⁹³ Vor allem Bonhoeffer betonte, dass es ähnliche Sterilisationsgesetze in vielen weiteren Ländern gegeben hätte und im GzVeN auch nicht von rassenpolitisch motivierten Sterilisationen die Rede

⁷⁹⁰ Creutz (1937) S. 282

⁷⁹¹ Bonhoeffer (1949) S. 3

⁷⁹² Vgl. Hohendorf, Rotzoll, Richter, Eckart, Mundt (2002) S. 1065

⁷⁹³ Vgl. Leferenz (1952) S. 252-256, Bonhoeffer (1949) S. 1-5

gewesen sei, sondern lediglich von eugenischen Maßnahmen.⁷⁹⁴ Somit sei das Gesetz von den Nationalsozialisten für deren Überzeugungen ausgenutzt geworden, die Eugenik an sich stelle nicht das Problem dar, so Bonhoeffer.⁷⁹⁵ Dabei ließen beide Autoren jegliche Wahrnehmung des Leids der Betroffenen vermissen.

Der Umgang mit dem „Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ in den Jahrzehnten nach dem 2. Weltkrieg stellt ein Beispiel für die allgemeine Aufarbeitung des Nationalsozialismus dar. Ähnliche Etappen der Aufarbeitung des Nationalsozialismus zeigen sich auch innerhalb der Fachzeitschrift. Steger und Kollegen berichteten über den Umgang mit dem GzVeN in einem Artikel von 2012.⁷⁹⁶ Darin schreiben sie, dass in den Nachkriegsjahren die Erbgesundheitsgerichte zwar aufgelöst wurden, dennoch der Bundesausschuss für Wiedergutmachung auch im Jahr 1961 noch der Meinung war, bei dem „Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ habe es sich nicht um nationalsozialistisches Unrecht gehandelt. Erst im Jahr 1974 ist es formal außer Kraft getreten. Im Jahr 1988 wurde es schließlich als nationalsozialistisches Unrecht anerkannt, wodurch es Betroffenen ermöglicht wurde, Entschädigungen zu beantragen.⁷⁹⁷

Dies zeigt beispielhaft die lange Latenz zwischen dem Ende des Dritten Reiches und der inhaltlichen Aufarbeitung. Diese Verzögerung zeigt sich auch in der Berichterstattung über Zwang im Nationalsozialismus in der Fachzeitschrift. Auch wenn dieser Umstand vermutlich multifaktoriell bedingt ist, deckt sich der Zeitraum mit der Etablierung einer neuen Generation von Ärzten und Forschern, die sich dem Thema unvoreingenommen nähern konnten, ohne eigene Schuldeingeständnisse machen zu müssen.

Während Meyer im Jahr 1988 noch vorsichtig die Frage untersuchte, wie „Psychiater die Gefahr der Durchsetzung dieser Forderungen [innerhalb des Buches „Die Freigabe der Vernichtung lebensunwerten Lebens“], die dann im

⁷⁹⁴ Vgl. Bonhoeffer (1949) S. 2

⁷⁹⁵ Vgl. Bonhoeffer (1949) S. 2

⁷⁹⁶ Vgl. Steger, Schmer, Strube und Becker (2012) S. 372

⁷⁹⁷ Vgl. Steg199er, Schmer, Strube und Becker (2012) S. 372

Nationalsozialismus verwirklicht wurden, nicht erkannt haben“⁷⁹⁸, drückt Ody zehn Jahre später Mitgefühl gegenüber den von nationalsozialistischem Unrecht Betroffenen aus und deutet ein Schuldeingeständnis an.⁷⁹⁹ Seiner Zeit voraus, deutete Haisch im Jahr 1966 im Zuge der Umbenennung der Anstalten in psychiatrische Krankenhäuser an, dass diese Umbenennung „einen Beitrag zur substantiellen und moralischen Bewältigung der Vergangenheit, die uns eine Schuld gegenüber den Geisteskranken hinterlassen hat“⁸⁰⁰ sei. Auch wenn es in dem gesamten Text bei der vagen Formulierung der „Bewältigung der Vergangenheit“ geblieben ist, scheint es für den Stand der allgemeinen Aufarbeitung des Nationalsozialismus in den 1960er Jahren bemerkenswert.

Mit dem Beginn des neuen Jahrtausends kommt es zu einer signifikant ansteigenden Berichtserstattung zu diesem Thema. Dabei tritt ein weiterer wichtiger Baustein in der Aufarbeitung der NS-Zeit in den Vordergrund: In 14 Artikeln wurden die Biografien von Ärzten vor, während und nach dem Dritten Reich untersucht und der Versuch unternommen, sie den Kategorien „Täterprofile“ und „Biografien der Zivilcourage“ zuzuordnen. Dadurch hat sich der Fokus der Berichterstattung verschoben, die sich nun verstärkt auf die Opfer der Verbrechen sowie auf die Ärzteschaft als ausführendes Organ konzentrierte. Die DGPPN bezog erst im Jahr 2009 offiziell Stellung und übernahm Verantwortung für die Beteiligung an Verbrechen während der NS-Zeit sowie für eine transparente Aufarbeitung durch die Änderung des ersten Abschnittes der Satzung.⁸⁰¹

Des Weiteren gewinnt ein neues Narrativ an Bedeutung in der Debatte: Nicht die Nationalsozialisten schufen die eugenischen und rassenhygienischen Theorien, sondern sie griffen lediglich auf bereits bestehendes Gedankengut zurück. Fangerau und Müller schlossen aus der Untersuchung des Standardwerks zur Rassenhygiene von Erwin Baur, Eugen Fischer und Fritz Lenz mit dem Titel „Menschliche Erblchkeitslehre und Rassenhygiene“, dass eugenisches

⁷⁹⁸ Meyer (1988) S. 85

⁷⁹⁹ Vgl. Ody (1998) S. 817

⁸⁰⁰ Haisch (1966) S. 156

⁸⁰¹ Vgl. Roelcke und Schneider (2012) S. 291 und Schneider und Roelcke (2013) S. 1041

Gedankengut eben nicht erst durch NS-Gesetze Teil des psychiatrischen Alltags wurde, sondern dass es davor bereits in anerkannten wissenschaftlichen Kreisen Zuspruch, Lob und Anerkennung für diese Theorien gab.⁸⁰² Mitbegründer dieser These ist auch Prof. Dr. Roelcke.⁸⁰³ Durch diesen Paradigmenwechsel wurde eine differenziertere Debatte in der Fachzeitschrift eingeläutet. Die Diskussion drehte sich nun nicht mehr um Gut und Böse oder um die schlechte Vergangenheit und die gute Zukunft. Roelcke entkräftete die Mythen, dass die medizinischen Verbrechen von der Politik in die Medizin getragen worden wären und dass die Verbrechen sowie die Forschungsaktivitäten nichts mit dem damaligen Status quo der biomedizinischen Forschung zu tun gehabt hätten.⁸⁰⁴ Wie bereits in der qualitativen Analyse erwähnt, kam er zu dem Schluss, dass die nationalsozialistischen Verbrechen „lediglich eine extreme Manifestation von Potenzialen“⁸⁰⁵ gewesen seien, die in der modernen Medizin generell vorhanden seien. Das Besondere am Nationalsozialismus sei die Konstellation aus der Demontage des politischen Pluralismus, der Einengung der Wissenschaft auf die Eugenik als den „einen“ vermeintlich guten Weg sowie „der Bereitschaft von Politikern, Ärzten und [der] breiten Öffentlichkeit, der Rationalität und den Effizienzversprechungen der Wissenschaften uneingeschränkt zu folgen“⁸⁰⁶. Dies führte dazu, dass der Gemeinschaft ein höherer Stellenwert beigemessen wurde, während das Wohl des Einzelnen in den Hintergrund rückte.

Es ist nochmals zu betonen, dass es sich bei der damaligen Diskussion um die Begründung der Anwendung von Zwang, um dieselben Argumente handelt, die auch in aktuellen medizinethischen Debatten berücksichtigt werden, jedoch mit unterschiedlicher inhaltlicher Bewertung. Betrachtet man dies genauer, ergibt sich heute die exakte Gegenfolie. Nach dem aktuell gültigen medizinethischen Verständnis steht das Individuum im Fokus und alle medizinischen Handlungen müssen sich am Wohl des Patienten orientieren. Dies gilt auch für die in der Psychiatrie getroffenen Maßnahmen. Hierbei verliert die Rechtfertigung von

⁸⁰² Vgl. Fangerau und Müller (2002) S. 1039-1046

⁸⁰³ Vgl. Roelcke (2002) S. 1019-1030

⁸⁰⁴ Vgl. Roelcke (2010) S. 1318

⁸⁰⁵ Roelcke (2010) S. 1321

⁸⁰⁶ Roelcke (2010) S. 1324

Zwangsmaßnahmen aufgrund einer akuten Gefährdung Dritter zunehmend an Bedeutung. Gleichzeitig werden rechtlich immer strengere Anforderungen gestellt, um sicherzustellen, dass das Individuum vor einem Missbrauch der Institution geschützt wird. Diese Debatte gipfelte in dem Beitrag von Helmchen aus dem Jahr 2019 über den Zeitgeist und die Menschenrechte. Darin beschreibt er, dass Menschenrechte per definitionem regulative Ideen seien, die unser Handeln lediglich leiten, aber nicht fest definieren, weswegen man sich des eigenen multifaktoriellen Zeitgeistes stets und vor allem in der Psychiatrie bewusst sein muss, um Geschehnisse wie die Verbrechen in der NS-Zeit zu verhindern.⁸⁰⁷

Ein weiterer bedeutender Aspekt bei der Aufarbeitung nationalsozialistischer Verbrechen wird bei der Betrachtung der publizierenden Institutionsformen deutlich. Es besteht bei der Anzahl der veröffentlichten Artikel zu diesem Thema eine erhebliche Diskrepanz zwischen psychiatrischen Kliniken und universitären Instituten. Lediglich einer der 36 Artikel zu Zwang im Nationalsozialismus wurde von einer psychiatrischen Klinik publiziert, der Bericht von Ody im Jahr 1998 zur Entschädigung zwangssterilisierter Opfer.⁸⁰⁸ Die psychiatrischen Kliniken leisteten darüber hinaus in diesem Jahrtausend keine Beiträge zu den großen Leitthemen-Reihen zu Zwang im Nationalsozialismus in der Fachzeitschrift. Des Weiteren stammt mit 19 von insgesamt 36 Publikationen die Mehrheit der Artikel aus universitären Instituten. Diese Beobachtung legt nahe, dass sich medizinethische und medizingeschichtliche Institute an Universitäten intensiv mit dem Thema auseinandersetzten, während sich die praktizierende Ärzteschaft im geringeren Ausmaß damit beschäftigte.

⁸⁰⁷ Vgl. Helmchen (2019) S. 725

⁸⁰⁸ Vgl. Ody (1998) S. 815-817

5.3 Zwang und Recht – Der Diskurs um rechtliche Rahmenbedingungen

Zwangsmaßnahmen und das Rechtssystem sind eng miteinander verknüpft, so auch innerhalb des Diskurses über Zwang in der Fachzeitschrift „Der Nervenarzt“. Zu Beginn des 20. Jahrhunderts bestand die Hauptform des formellen Zwangs in der Unterbringung in einer Anstalt, das heißt in einer potenziell reversiblen, zwangsweisen Bestimmung des Aufenthaltsortes der Betroffenen. Es lag allein in der Entscheidung und Verantwortung des Arztes, eine Vielzahl damaliger Behandlungsversuche auch gegen den erklärten Willen des Patienten einzusetzen.

Wie bereits erwähnt, führten die Fortschritte in der biomedizinischen Forschung bis zum Ende der 1920er Jahre zu einer immer stärkeren Forderung nach einer gesetzlichen Regelung zur Integration eugenischer Indikationen in ein neues Sterilisationsgesetz. Wurde dabei in keinem nennenswerten Umfang der Zwangscharakter des späteren „Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ gefordert, so bedingte die Möglichkeit zur Zwangssterilisation die Sonderstellung in den erlassenen Sterilisationsgesetzen in anderen europäischen Ländern und den USA.⁸⁰⁹ Dies stellte eine Neuerung des legalen Zwangs innerhalb der psychiatrischen Institution dar. Die Ausdehnung der Eindringtiefe in das individuelle Leben im Sinne einer Unumkehrbarkeit der Zwangsmaßnahme sowie einer generationsübergreifenden Ausdehnung waren nun rechtlich legitimiert. Die fehlende Anprangerung dieses Umstandes in der Fachzeitschrift „Der Nervenarzt“ steht im Zeitgeist der paternalistischen, in die Extreme getriebenen Verfehlungen medizinischen Fortschritts.

Diese Ausweitung der rechtlichen Handhabe des Arztes wurde zu dieser Zeit in der Fachzeitschrift positiv bewertet.⁸¹⁰ Luxenburger gibt beispielsweise an, in der „Sorge um eine erfolgsversprechende Pflege des Erbguts unseres Volkes [...] eins mit dem Gesetzgeber“⁸¹¹ zu sein. Das Sterilisationsgesetz wurde der

⁸⁰⁹ Vgl. Roelcke (2002) S. 1025

⁸¹⁰ Vgl. Luxenburger (1934) S. 437-456 und Creutz (1937) S. 281-286

⁸¹¹ Luxenburger (1934) S. 455

Psychiatrie zwar von außen dargeboten, jedoch bestand die Forderung von Ärzten aus psychiatrischen Forschungsfeldern nach einer rechtlichen Legitimierung der Sterilisation aus einer eugenischen Indikation heraus bereits davor. Zudem wurde der Zwangscharakter durch konsequente Umsetzung im großen Stil angenommen. Creutz berichtet von dem „hervorragenden Anteil“⁸¹², den die Psychiater bei der Durchsetzung des Gesetzes bisher schon innegehabt hätten, „im Kampfe um die Erbpflege und die Gesundheit unseres Volkes“⁸¹³.

Nach dem 2. Weltkrieg entflammte eine Diskussion über die durch die Einführung des Grundgesetzes entstandenen Rechtsunsicherheiten in der Fachzeitschrift. Im Grundgesetz wurden die Rechte der Bürger gestärkt, insbesondere das Recht auf körperliche Unversehrtheit sowie das Recht auf eine richterliche Prüfung bei Freiheitsentziehung wurden festgeschrieben. Unklar war zunächst, wie mit der Unterbringung psychisch Erkrankter umgegangen werden sollte, beziehungsweise ob sie unter die neuen Regelungen zur Freiheitsentziehung falle. Diese entstandene Rechtsunsicherheit war Grundlage für den Diskurs um bundeseinheitliche Krankenschutzgesetze.⁸¹⁴ Einige Ärzte kritisierten diese Veränderung in der bisherigen Unterbringungspraxis, da sie darin eine Einschränkung der medizinischen Behandlung sahen und die Gleichstellung von psychisch Erkrankten mit Straftätern befürchteten.⁸¹⁵ Zudem wurde die Ärzteschaft dadurch einer Kontrollinstanz unterstellt, was ebenfalls für Kritik in der Fachzeitschrift sorgte.⁸¹⁶

Während die gesetzliche Regelung der Unterbringung für intensive Diskussionen sorgte, erhielt die explizite rechtliche Regelung von medikamentösen Zwangsbehandlungen lange Zeit kaum Beachtung. Historisch wurden Zwangsbehandlungen oft durch die Genehmigung einer Unterbringung gerechtfertigt. Winkler äußerte sich hierzu im Jahr 1970 in der Fachzeitschrift.⁸¹⁷

⁸¹² Creutz (1937) S. 286

⁸¹³ Creutz (1937) S. 286

⁸¹⁴ Vgl. Gruhle (1951) S. 271-273, Gruhle (1952) S. 193, Janz (1952) S. 191-193, Langelüddeke (1952) S. 303-306, Eberhardt und Villingner (1954) S. 37-42 und Sundermeyer (1954) S. 283-291

⁸¹⁵ Vgl. Jan (1952) S. 191-193

⁸¹⁶ Vgl. Gruhle (1951) S. 272 und Overhamm (1952) S. 219-220

⁸¹⁷ Vgl. Winkler (1970) S. 548-554

Er begründete die Genehmigung von Zwangsbehandlungen durch eine Unterbringung folgendermaßen: Eine „Unterbringung [sei] ein so schwerwiegender Eingriff in die persönliche Freiheit [...], daß die für die Einweisung maßgeblichen Krankheitssymptome möglichst bald behoben werden sollten, um die Freiheitsentziehung beenden zu können“⁸¹⁸ und deshalb die Verwendung von Psychopharmaka, in dem Versuch, die Symptome zu bessern, gerechtfertigt sei.⁸¹⁹ Es bestand die allgemeine Hoffnung, durch die Anwendung von Psychopharmaka die damals als „echte“ Zwangsmaßnahmen wahrgenommenen freiheitsentziehenden Maßnahmen überwinden zu können. Diesen Standpunkt vertrat auch Winkler in einem weiteren Artikel von 1966.⁸²⁰

Die Überwindung von Zwang durch den Einsatz von Psychopharmaka bewahrheitete sich jedoch nicht und die juristische Bewertung von Zwangsbehandlungen änderte sich in der Bundesrepublik. Die Berichterstattung zu Zwangsmaßnahmen veränderten sich dahingehend, dass der Patient als Betroffener in den Mittelpunkt der Betrachtung rückte und Zwang in jeglicher Form hohen formellen Anforderungen gerecht werden musste. Die Zwangsmaßnahmen wurden nach der Schwere des Eingriffs in die Grundrechte der Betroffenen unterteilt. Der Gesetzgeber stufte durch einige Urteile des Bundesverfassungsgerichtes und des Bundesgerichtshofes nach der Jahrtausendwende die medikamentöse Zwangsbehandlung durch ihren Eingriff in die körperliche Unversehrtheit als einen besonders schweren Grundrechtseingriff ein. Sie muss eigens richterlich beantragt werden und sei zudem erst dann gerechtfertigt, wenn alle anderen mildereren Mitteln, wozu auch die Fixierung zähle, erschöpft seien. Dies stellt eine spannende Trendwende dar: Die anfangs als Erlösung gefeierte Möglichkeit der medikamentösen Behandlung unterliegt nun den höchsten formellen Anforderungen unter den Zwangsmaßnahmen. Die unterschiedlichen rechtlichen Anforderungen von Zwangsbehandlungen und

⁸¹⁸ Winkler (1970) S. 552

⁸¹⁹ Vgl. Winkler (1970) S. 552

⁸²⁰ Vgl. Winkler (1966) S. 304

Fixierungen und deren normative Bewertung stellten über die Jahre immer wieder die Grundlage für Diskussionen in der Fachzeitschrift dar.⁸²¹

Vollmann äußerte sich hierzu im Jahr 2014: Es sei nach medizinethischen Standards nicht zu verantworten, einen im akuten Erregungszustand befindlichen Patienten ohne gleichzeitige Verabreichung beruhigender Medikamente mechanisch zu fixieren.⁸²² Er vergleicht die Extremlast einer Fixierung mit der eines operativen Eingriffs, bei welchem die Patienten auch eine angemessene Sedierung erhielten. Zudem sei es „mit den Standards der psychiatrischen Wissenschaft kaum zu vereinbaren, psychotische Patienten ohne ursächliche antipsychotische Medikation länger einer mechanischen Zwangsmaßnahme auszusetzen, als diese mit einer angemessenen Behandlung erforderlich wäre“⁸²³. Dieser Meinung schließen sich auch Pollmächer und Steinert an.⁸²⁴

Ein weiterer wichtiger Punkt in der Debatte ist die rechtliche Ungleichbehandlung zwischen zwangsweise durchgeführten Maßnahmen innerhalb der somatischen und der psychiatrischen Medizin. Zum einen könnte argumentiert werden, es lege im Wesen der Psychiatrie, sich mit Krankheitsbildern zu beschäftigen, welche den Betroffenen zum einen nicht unbedingt anzusehen sind und sich auch nicht mit aus anderen Teilen der Medizin bekannten, objektiven Parametern messen lassen. Zum anderen können diese Erkrankungen zu einer direkten Beeinträchtigung des Selbstbestimmungsrechtes und damit zu einer Situation führen, in welcher es nötig sein kann, Maßnahmen gegen den erklärten Willen des Patienten durchzuführen, um das Selbstbestimmungsrecht im Verlauf wieder herstellen zu können und damit nach dem eigentlichen Sinne des Patienten zu handeln. Diese Gründe unterscheiden den psychiatrischen Fachbereich offensichtlich von den somatischen Disziplinen. Dennoch stellt sich die Frage, inwieweit das Erbe und die Last der Vergangenheit Einfluss auf die Rechtsgrundlage haben. Denn nur die Psychiatrien unterliegen

⁸²¹ Vgl. Vollmann (2014) b S. 614-620, Pollmächer (2015) S. 1148-1156, Steinert (2016) S. 93-94, Pollmächer (2016) S. 95-96 und DGPPN (2016) S. 311-314

⁸²² Vgl. Vollmann (2014) b S. 617

⁸²³ Vollmann (2014) b S. 617

⁸²⁴ Vgl. Pollmächer (2016) S. 95-96 und Steinert (2016) S. 93-94

länderspezifischen Gesetzgebungen bezüglich Zwangsmaßnahmen, wie beispielsweise das Psychisch-Kranken-Schutz-Gesetz in Baden-Württemberg, in welchem Zwangsmaßnahmen explizit geregelt sind. Kronenberg und Hellweg unterbreiten in der Diskussion als Lösungsvorschlag, die länderspezifischen Gesetze für die Psychiatrie auf das gesamte medizinische Fachgebiet zu erweitern. Dieses „Gesetz zur Behandlung von nichteinwilligungsfähigen Patienten mit (akuter) Selbst- oder Eigengefährdung“⁸²⁵ solle das Ziel haben, die Rechtsgrundlage aller nichteinwilligungsfähigen Patienten, ungeachtet der Fachbereichszugehörigkeit der diagnostizierten Erkrankung, zu vereinheitlichen und gleichzustellen.

5.4 Der Einzug der Medizinethik

Der Einzug der zeitgenössischen Medizinethik stellt in der Berichterstattung über Zwangsmaßnahmen einen spannenden Punkt dar. Die Abwägung für oder gegen Zwangsmaßnahmen ist eine moralische Gratwanderung. Denn medizinisches und rechtliches Wissen um Zwangsmaßnahmen, wann sie wie, bei wem, für wie lange angewandt werden könnten, sagt noch nichts über die ethische Komponente, ob sie angewandt werden sollten, aus. Entscheidungsstützen bieten hier medizinethische Theorien. Einen der populärsten Ansätze in der Medizinethik bieten im deutschsprachigen Raum nach heutigem Verständnis die vier medizinethischen Prinzipien von Beauchamp und Childress. Nach „heutigem Verständnis“ ist dabei ein wichtiger Zusatz. Denn es gab früher schon medizinethische Überlegungen und Ableitungen, jedoch entsprach das damalige Wertesystem nicht unseren heutigen Vorstellungen von Menschenrechten und würdevoller Behandlung.

Kernelemente dieser früheren „NS-Medizinethik“⁸²⁶, wie sie in Publikationen der Fachzeitschrift im Dritten Reich auch vertreten wurde, waren auf die Generierung von neuem Wissen, vor allem in Bezug auf die Optimierung von Leistung und Gesundheit des „Volkskörpers“, sowie auf die Gesundheit kommender

⁸²⁵ Kronenberg und Hellweg (2020) S. 456

⁸²⁶ Roelcke (2010) S. 1322

Generationen ausgerichtet.⁸²⁷ Die damaligen medizinethischen Überlegungen basierten auf dem Vorrecht der Allgemeinheit, während unser heutiger medizinethischer Kontext das Individuum mit seinen Rechten in den Vordergrund stellt. Der Einzug der Medizinethik im Sinne des heutigen Zeitgeistes, die Debatte um Freiheit und Patientenautonomie sowie die damit einhergehende Veränderung der Arzt-Patienten-Beziehung sollen im Folgenden in Bezug auf die Fachzeitschrift „Der Nervenarzt“ erörtert werden. Dass sich die Gewichtung der Argumente zur Rechtfertigung der Zwangsanwendung im Laufe der Zeit geändert hat, wurde bereits in den vorangegangenen Unterkapiteln festgehalten. Im Folgenden soll diese Wende aus einer medizinethischen Perspektive betrachtet werden.

Die Folgen des ersten Weltkrieges, das Scheitern der Weimarer Republik sowie die biomedizinischen Forschungen bezüglich der Eugenik, des Sozialdarwinismus und der Rassenhygiene schufen im Deutschen Reich eine multifaktorielle Situation, in welcher sich die medizinethischen Überlegungen auf den Schutz der Allgemeinheit fokussierten. Dieses Konstrukt, in aller Konsequenz gedacht, um die Gesellschaft, den „Volkskörper“ zu gesunden, brachte verheerende Folgen für Randgruppen, die nicht in das System einer leistungsorientierten, schneller werdenden Gesellschaft passten. In der Zusammenschau mit den nationalsozialistisch-ideologischen Theorien führte die stringente Umsetzung zu Gräueltaten an hunderttausenden, unter anderem psychisch erkrankten Menschen. In dieser Situation fanden Individualrechte kaum Beachtung, was sich in der Berichterstattung der Fachzeitschrift, wie bereits in Unterkapitel 5.2 beschrieben, widerspiegelte.⁸²⁸

In der Nachkriegszeit postulierte Degkwitz seiner Zeit voraus im Jahr 1952 das „Wohl des Patienten als oberstes Ziel“⁸²⁹ der Behandlung und Merguet betonte im Jahr 1955, dass „die Aufgaben der Anstalten [...] jetzt vorwiegend therapeutischer Art“⁸³⁰ seien und „die Asylisierung [...] nur noch eine

⁸²⁷ Vgl. Roelcke (2010) S. 1322

⁸²⁸ Vgl. Ebermayer (1928) S. 417-419, Beringer (1932) S. 587-593, Luxenburger (1932) S. 505-518, Luxenburger (1934) S. 437-456 und Creutz (1937) S. 281-286

⁸²⁹ Degkwitz (1952) S. 420

⁸³⁰ Merguet (1955) S. 390

untergeordnete und unerwünschte Rolle⁸³¹ spiele. Im Jahr 1965 forderte Haisch die Verlagerung des Argumentationsschwerpunktes hin zum Schutz des Individuums:

„Vielmehr muß das übliche Prinzip, nur einzelnen Kranken gewisse Freiheiten und Lockerungen zu gewähren, durch das umgekehrte ersetzt werden, wonach jeder Kranke nur insoweit beschränkt werden darf, als sein Zustand dies notwendig macht. Die Allgemeinheit hat kein moralisches Recht, das damit verbundene Risiko zu verweigern.“⁸³²

Mit dem Vermerk „das übliche Prinzip“ machte er deutlich, dass diese theoretischen Überlegungen bisher einen zu geringen Stellenwert in der praktisch tätigen psychiatrischen Institution hätten. Der psychiatrische Patient galt aufgrund der Erkrankung grundsätzlich als nicht zur Freiheit und nicht zur freien Willensbildung befähigt, wie von Degkwitz, Eberhardt und Villinger sowie Sundermeyer in den 1950er Jahren beschrieben.⁸³³ Des Weiteren spiegelte die Forderung, dass der Patient „nur insoweit beschränkt werden darf, als sein Zustand dies notwendig macht“ wider, dass auch psychisch Erkrankte per se Freiheiten besitzen können, was in den 1960er Jahren ein eher unüblicher Gedanke war. Was aus heutiger Sicht selbstverständlich klingt, ist das Ergebnis eines Jahrzehnte langen Kampfes um die Stärkung von Patientenrechten sowie die immer noch im Prozess befindliche Entstigmatisierung und Gleichstellung von psychisch und somatisch erkrankten Patienten. Eine Entwicklung die im Allgemeinen sowie innerhalb der Fachzeitschrift gleichermaßen stattfand und weiterhin stattfindet.

Ähnlich wie Haisch postulierte Winkler im Jahr 1966 in einem daseinsanalytischen Diskurs, dass der Mensch im Dasein an sich Freiheit besäße und somit auch einem psychisch Erkrankten diese zukommen müsse. Diese könne krankheitsbedingt jedoch eingeschränkt sein, so dass Zwangsmaßnahmen in dem Fall moralisch gerechtfertigt seien, wenn sie die Rückgewinnung

⁸³¹ Merguet (1955) S. 390

⁸³² Haisch (1965) S. 347

⁸³³ Vgl. Degkwitz (1952) S. 418-421, Eberhardt und Villinger (1954) S. 37-42 und Sundermeyer (1954) S. 283-291

der Freiheit zum Zweck hätten.⁸³⁴ Die Diskussion um die Freiheit der psychiatrischen Patienten rückte diese selbst zunehmend in den Mittelpunkt des Diskurses um Zwangsmaßnahmen in der Fachzeitschrift, sodass das Argument des Schutzes der Allgemeinheit allmählich in den Hintergrund trat. Die explizite Debatte um die Freiheit des Patienten verlor sich zum Ende der 1960er Jahre in „Der Nervenarzt“ für einige Jahrzehnte, bis sie in der Debatte um die verfassungsrechtlichen Urteile Anfang der 2010er Jahre in Bezug auf die Prüfung des Selbstbestimmungsrechts und des natürlichen und erklärten Willens der Patienten erneut diskutiert wurde.⁸³⁵

Im gesamtgesellschaftlichen Kontext wurde die Debatte um eine moralische Rechtfertigung unter stärkerer Beachtung von Individualrechten weitergeführt. Dies geschah jedoch verstärkt unter dem Begriff der „Patientenautonomie“, welcher unter anderem mit den medizinethischen Prinzipien von Beauchamps und Childress Ende der 1970er Jahren aufkam. Zusammen mit den weiteren Prinzipien des Nicht-Schadens, der Fürsorge und der Gerechtigkeit sollen diese Prinzipien als Instrumente zur Bearbeitung moralischer Dilemmata innerhalb der Medizin dienen. Der Begriff „Patientenautonomie“ beinhaltet nicht nur, die Freiheit des Patienten zu achten, sondern impliziert auch, eine Arzt-Patienten-Beziehung auf einer Vertrauensebene zu etablieren sowie eine nach dem Patienten ausgerichtete Entscheidungsfindung in medizinischen Angelegenheiten zu implementieren.

Innerhalb der Fachzeitschrift erhielt die Patientenwahrnehmung von Zwangsmaßnahmen zum ersten Mal im Jahr 1997 durch Smolka, Klinitz, Scheuring und Fähndrich im Rahmen einer prospektiven Studie umfangreiche Aufmerksamkeit innerhalb eines Artikels.⁸³⁶ Die Tatsache, dass das Fachjournal zu diesem Zeitpunkt bereits seit 70 Jahre bestand und bis dahin kein Artikel zur Patientenwahrnehmung von Zwangsmaßnahmen veröffentlicht wurde, ist bemerkenswert. Im Jahr 2001 verwendete Steinert als Erster den Begriff „Patientenautonomie“ in

⁸³⁴ Vgl. Winkler (1966) S. 304-310

⁸³⁵ Vgl. Müller, Walter, Kunze, Konrad und Heinz (2012) a S. 1142-1149, Müller, Walter, Kunze, Konrad und Heinz (2012) b S. 1150-1155, DGPPN (2012) a S. 1209-1216, Pollmächer (2015) S. 1148-1156

⁸³⁶ Vgl. Smolka, Klinitz, Scheuring und Fähndrich (1997) S. 888-895

einem Artikel, in welchem es um ethische Konflikte bei Zwangsbehandlungen ging.⁸³⁷ Damit fand der von unter anderem Beauchamp und Childress definierte Begriff über 20 Jahre keine Verwendung in der Berichterstattung von Zwangsmaßnahmen in der Fachzeitschrift. Gleichzeitig war dieser Artikel auch generell der erste Artikel, der den Begriff Ethik oder Moral im Zusammenhang mit Zwangsmaßnahmen in einer Titelbezeichnung verwendete. Insgesamt folgten hier nur noch fünf weitere Artikel im gesamten Betrachtungszeitraum.⁸³⁸ Neben der expliziten Berichterstattung von medizinethischen Überlegungen bei Zwangsmaßnahmen wurden diese auch bei anderen Debatten in der Fachzeitschrift mitbedacht. In der Diskussion um rechtliche Rahmenbedingungen und deren Neuerungen in den 1950er Jahren wurden stets auch ethische Überlegungen wie das Argument der Verbesserung der Situation der Patienten und die Stärkung der Patientenrechte als wichtiges Element der Forderung nach bundeseinheitlichen Schutzgesetzen miteinbezogen.⁸³⁹ Um ethische Überlegungen auszudrücken, wurden Begrifflichkeiten wie „das Vertrauensverhältnis zwischen Patient [...] und Arzt“⁸⁴⁰ oder die grundsätzliche „ärztliche Haltung“⁸⁴¹ verwendet.

Dass der Schutz der Allgemeinheit aber auch noch im 21. Jahrhundert eine Rolle in der Argumentation spielt, zeigt eine Mitteilung der DGPPN von 2006: „Limitierungen finden diese von humanitären Erwägungen und mehr oder minder radikaler Betonung der Patientenautonomie getragenen Bestrebungen [in der Reduktion von Zwangsmaßnahmen] in fürsorglichen Überlegungen“⁸⁴². Das Argument wird lediglich unter einem neuen Namen diskutiert, der im Begriff des Fürsorgeprinzips integriert ist. Pollmächer versucht im Jahr 2019, die einseitigen Argumentationsstrategien in Einklang zu bringen. Er argumentiert, dass es Situationen geben könne, in denen zur Abwehr von akuter Eigen- oder

⁸³⁷ Vgl. Steinert et al. (2001) S. 700

⁸³⁸ Vgl. Vollmann (2014) a S. 614-620, Pollmächer (2015) S. 1148-1156, Zilles, Koller, Methfessel, Trost und Simon (2018) b S. 839-840, Zilles, Koller, Methfessel, Trost und Simon (2018) a S. 311-318, Gather, Scholten, Henking, Vollmann und Juckel (2019) S. 690-694

⁸³⁹ Vgl. Schneider (1951) S. 109, Degkwitz (1952) S. 418-421, Gruhle (1951) S. 271-273

⁸⁴⁰ Eberhardt und Villinger (1954) S. 39

⁸⁴¹ Janz (1952) S. 192

⁸⁴² DGPPN (2006) S. 1539

Fremdgefährdung Zwangsmaßnahmen als letztes Mittel geboten seien, es immer ein situatives Abwägen der Rechte des Patienten und der Rechte Dritter geben müsse, da ein Recht nicht durchgesetzt werden könne, ohne ein Anderes zu beschneiden.⁸⁴³

Dies scheint die zentrale Problemstellung der medizinethischen Debatte in der Fachzeitschrift zu sein. Eine komplette Abschaffung von Zwangsmaßnahmen werde aufgrund der inhärenten Merkmale psychiatrischer Erkrankungen vermutlich niemals möglich sein. Dennoch können verschiedene Maßnahmen ergriffen werden, um ihre Häufigkeit erheblich zu verringern. Wenn der Einsatz von Zwangsmaßnahmen unvermeidlich ist, sollten Entscheidungen in einem medizinethisch fundierten Rahmen getroffen werden. Dies erfordert eine umfassende Betrachtung aller beteiligten Perspektiven sowie eine kritische Selbstreflexion. Dabei finden sich in vielen Artikeln im 21. Jahrhundert ethische Überlegungen, jedoch werden sie als Kernaussage eines Berichtes bisher nur selten publiziert.⁸⁴⁴

Ebenfalls im medizinethischen Kontext spannend zu betrachten sind die Entwicklungen zur Arzt-Patienten bzw. Therapeuten-Patienten-Beziehung. Die Arzt-Patienten-Beziehung war in der Psychiatrie lange vom paternalistischen Konzept geprägt. Schon früh wurden Forderungen nach einer Veränderung dessen in der Fachzeitschrift laut. So forderte Haisch „mitmenschliche Wärme und ein[en] Geist echter Führung anstelle der dirigistischen Hierarchie“⁸⁴⁵ und Merguet und Eberhardt/Villinger verwiesen in den 1950er Jahren auf das Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient als wichtigstes Kernelement der Behandlung.⁸⁴⁶ Die Umsetzung dieses Prinzips scheint sich in der Psychiatrie und vor allem in der Akut-Psychiatrie jedoch weiterhin im Prozess der Implementierung zu befinden. So schreibt die DGPPN in einer Mitteilung von 2014, dass „das Arzt-Patienten-Verhältnis heutzutage vom Ideal der

⁸⁴³ Pollmächer (2019) S. 669

⁸⁴⁴ Vgl. Steinert et al. (2001) S. 700-708, DGPPN (2012) b S. 1490-1493, DGPPN (2014) S. 1419-1931, Vollmann (2014) a S. 614-620, Pollmächer (2015) S. 1148-1156, Helmchen (2019), Pollmächer (2019) S. 669-674

⁸⁴⁵ Haisch (1965) S. 349

⁸⁴⁶ Vgl. Merguet (1955) S. 384-390 und Eberhardt und Villinger (1954) S. 37-42

partizipativen Entscheidungsfindung⁸⁴⁷ geprägt sei. Ideal scheint hier ein wichtiger Hinweis zu sein, denn Sollberger und Lang merkten 2014 an: „Der Verdacht aber besteht, dass das Risiko für psychiatrische Patienten, auch niederschwellig entmündigt zu werden, höher ist, als bei somatischen Patienten“⁸⁴⁸. Es erscheint logisch, dass bei der Implementierung der partizipativen Entscheidungsfindung innerhalb der Psychiatrie feinfühlicher und mit größerer Sensibilität vorangegangen werden muss, da stets eine genaue Prüfung der Einwilligungsfähigkeit und der Selbstbestimmungsfähigkeit der Patienten mitbedacht werden muss, wodurch sich vermutlich auch Limitierungen der Umsetzung zeigen werden. Denkt man an akutpsychiatrische Notsituationen, in denen aufgrund akuter Eigen- oder Fremdgefährdung und zur Abwendung weiteren Schadens eine partizipative Entscheidungsfindung situations- und/oder krankheitsbedingt nicht möglich ist, muss auf ein paternalistisches Konzept zurückgegriffen werden. Explizit thematisieren nur drei Artikel in der Fachzeitschrift „Der Nervenarzt“ diese Problematik: die Mitteilung der DGPPN von 2014 und die Beiträge von Sollberger und Lang 2014.⁸⁴⁹ Und dennoch wird der Patient mehr und mehr als Nutzer des Systems wahrgenommen, anstatt als eine zu bevormundende Person, an deren Stelle entschieden werden müsse. Dies wird vor allem in der Debatte um Konzepte zum Restriktionsabbau für psychiatrische Stationen in den Jahren 2014 und 2019 deutlich.⁸⁵⁰

5.5 Nach der Reform ist vor der Reform

In der Fachzeitschrift „Der Nervenarzt“ finden sich immer wieder Artikel, welche die Reformierung unterschiedlicher Bereiche der Psychiatrie forderten. Zum einen ging es um die Verbesserung der Versorgungssituation der Patienten innerhalb der Einrichtungen, zum anderen ging es und geht es bis heute um die

⁸⁴⁷ DGPPN (2014) S. 1420

⁸⁴⁸ Sollberger und Lang (2014) a S. 313

⁸⁴⁹ Vgl. DGPPN (2014) S. 1419-1431, Sollberger und Lang (2014) a S. 312-318, Sollberger und Lang (2014) b S. 319-325

⁸⁵⁰ Vgl. Pollmächer (2019) S. 669-674, Kowalinski et al. (2019) S. 705-708, Beine (2019) S. 675-679, Steinert, Schreiber, Metzger und Hirsch (2019) S. 680-689, Gather, Scholten, Henking, Vollmann und Juckel (2019) S. 690-694, Mahler et al. (2019) S. 700-704, Nyhuis und Zinkler (2019) S. 695-699 und Gouzoulis-Mayfrank, Gairing, Kramer, Forster und Schmitz-Buhl (2019) S. 709-714

Verbesserung der Reputation der Psychiatrie als Institution, welche multifaktoriell belastet ist, sei es durch die Geschehnisse der Vergangenheit, die uneinheitlichen rechtlichen Regelungen, die Stigmatisierung psychischer Erkrankungen oder den möglichen Zwangscharakter von Behandlungen, um einige Faktoren zu nennen. Hierbei zeigen sich in der Fachzeitschrift „Der Nervenarzt“ drei Peaks in der Berichterstattung.

Wie bereits in den anderen Unterkapiteln berichtet, nimmt Degkwitz eine Vorreiterrolle unter den Autoren der Fachzeitschrift ein: Er rief in den 1950er Jahren zu mehr Verhältnismäßigkeit in der Anwendung von den damals noch als „Zwangsmittel“ bezeichneten Zwangsmaßnahmen auf und auch Merguet forderte, sich nun stärker auf die therapeutische Arbeit zu konzentrieren und die Verwahrung von Patienten aufzugeben.⁸⁵¹ Dennoch war dies zu jenem Zeitpunkt nicht mehr als eine Idealvorstellung, die unzulängliche Situation innerhalb der Anstalten die Realität. Meist waren die Stationen überbelegt, die Patienten blieben unabsehbar lange, das Personal war knapp und gute therapeutische Möglichkeiten zur Besserung der Erkrankungen begrenzt. Der Ruf nach Reformierung war in den 20 Jahren nach Ende des 2. Weltkrieges in der Fachzeitschrift trotzdem meist passiver Natur. Anstelle von konkreten Forderungen und Lösungsideen kamen lediglich die Darstellungen der unzulänglichen Situationen innerhalb der Anstalten zum Ausdruck.⁸⁵²

Darüber hinaus wurde die Psychiatrie immer wieder von Skandalen erschüttert, wie es sich auch in der Berichterstattung in der Fachzeitschrift „Der Nervenarzt“ widerspiegelte, sei es über den Film „Die Schlangengrube“ oder das Buch „Irrenhäuser, Kranke klagen an“ von Frank Fischer.⁸⁵³ Damit wuchs parallel zum inneren Druck durch die Unzufriedenheit der Patienten und des Personals innerhalb der Psychiatrien auch der äußerliche, gesellschaftliche Druck, verbunden mit der Forderung nach einer Reformierung der Psychiatrien.

⁸⁵¹ Vgl. Degkwitz (1952) S. 420 und Merguet (1955) S. 390

⁸⁵² Vgl. Schneider (1951) S. 109, Merguet (1955) S. 384-390,

⁸⁵³ Vgl. Schneider (1951) und Fischer (1969) in Kulenkampff (1970) S. 150-152

Parallel dazu erstarkte in Europa die Bewegung der Antipsychiatrie, die die konsequente Abkehr von Zwangsmaßnahmen nach dem Prinzip des „No-*Restraint*“-Ansatzes forderte. Obwohl diese Bewegung in der Literatur über die Geschichte der Psychiatrie häufig Aufmerksamkeit findet, erschien zu dieser Zeit in der Fachzeitschrift kein Artikel dazu, der sich aktiv dafür aussprach. Eine subtile, inhaltliche Auseinandersetzung mit dem Ansatz hat es dennoch in den Artikeln von Degkwitz, Haisch und Bosch gegeben, auch wenn der Wortschatz der Antipsychiatrie-Bewegung darin keine Verwendung fand.⁸⁵⁴ Über die Gründe dessen lässt sich lediglich spekulieren.

Die Reformbestrebungen gipfelten in der Psychiatrie-Enquête von 1975, eine von der Bundesregierung in Auftrag gegebene Leitlinie zur Reformierung der Psychiatrien, basierend auf den Ergebnissen einer Expertenkommission. Die Kommission formulierte Ziele wie die Verbesserung der stationären Behandlung, eine gemeindenahere Versorgung, den Auf- und Ausbau ambulanter Dienste und die Gleichstellung von psychisch und somatisch Erkrankten. Zum Umgang mit Zwangsmaßnahmen gab es keine Empfehlung.⁸⁵⁵ Zum Prozess der Enquête und deren Ergebnisse gab es ebenfalls wenig Resonanz in der Fachzeitschrift. Lediglich Reimer berichtete im Jahr 1977 und acht Jahre später über die Entwicklungen im Landeskrankenhaus Weinsberg und Gebhardt und Steinert 1998 über eine bundesweite Befragung zur Erreichung der Enquête-Ziele.⁸⁵⁶ Die Tatsache, dass der Umgang mit Zwangsmaßnahmen keine Beachtung fand, wurde nur im Artikel von Gebhardt und Steinert angesprochen.⁸⁵⁷ In der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts scheinen Reformbestrebungen, vor allem von außen durch rechtliche Neuregelungen oder die Enquête, an die Psychiatrie im Allgemeinen herangetragen worden zu sein. Dieser Umstand spiegelte sich auch in der Berichterstattung der Fachzeitschrift wider.

Anders sieht es in der Debatte um die Öffnung psychiatrischer Stationen und die Einführung generell weniger restriktiver stationärer Settings von psychiatrischen

⁸⁵⁴ Vgl. Degkwitz (1952) S. 418-421, Haisch (1965) S. 346-349, Bosch (1971) S. 65-74

⁸⁵⁵ Vgl. Gebhardt und Steinert (1998) S. 792

⁸⁵⁶ Vgl. Reimer (1977) S. 306-309, Reimer (1985) S. 161-165 und Gebhardt und Steinert (1998) S. 791-798

⁸⁵⁷ Vgl. Gebhardt und Steinert (1998) S. 792

Stationen als Leitthema in den Jahren 2014 und 2019 in der Fachzeitschrift „Der Nervenarzt“ aus.⁸⁵⁸ Hierbei standen die kritische Selbstreflexion und die inhaltliche Neustrukturierung innerhalb der Psychiatrien zur Debatte, die in der Fachzeitschrift viel Raum zur Berichterstattung bekommen haben. Die Frage war nicht mehr, wie die Rahmenbedingungen verbessert werden könnten, sondern wie sich im vorgegebenen rechtlichen sowie gesellschaftlichen Rahmen die Situation inhaltlich substanziell verbessern ließe. Dies ist als großer Fortschritt zu werten und in Zusammenschau mit der aktuellen S3-Leitlinie zur Verhinderung von Zwang sicherlich als Höhepunkt der Anstrengungen um Reformbestrebungen und der Gewinnung wissenschaftlicher Erkenntnisse zu Zwangsmaßnahmen und deren Anwendung zu verstehen.

5.6 Die Etablierung höherer klinischer Standards

Wie in anderen medizinischen Teilbereichen auch, erlangte das Thema Zwangsmaßnahmen im Laufe der Zeit stetig an wissenschaftlicher Evidenz. In den 1980er und 1990er Jahren prangerten einige Autoren der Fachzeitschrift die fehlende wissenschaftliche Auseinandersetzung mit Zwangsmaßnahmen sowie die geringe Reflexion über deren Anwendung im psychiatrischen Alltag an.⁸⁵⁹ Mit der Durchführung von Studien, der Aufbereitung von Daten und dem Vergleich einzelner Kliniken ist man weiterhin im Prozess der Suche nach objektivierbaren Kennzahlen zur „Best Practice“ im Umgang mit Zwangsmaßnahmen.

Während sich die evidenzbasierte Medizin bereits in weiten Teilen der somatischen Medizin etabliert hat, befindet sich die Psychiatrie in der Umsetzung wissenschaftlicher Ergebnisse zu Zwangsmaßnahmen aufgrund der mangelnden Datengrundlage noch eher am Anfang. Die Forschung zu Zwang stellt sich durch die Sache an sich als wesentlich komplizierter dar als in anderen

⁸⁵⁸ Vgl. Sollberger und Lang (2014) a S. 312-318, Sollberger und Lang (2014) b S. 319-325, Nienaber, Hemkendreis, Lohr und Schulz (2014) S. 1438-1439, Pollmächer (2019) S. 669-674, Kowalinski et al. (2019) S. 705-708, Beine (2019) S. 675-679, Steinert, Schreiber, Metzger und Hirsch (2019) S. 680-689, Gather, Scholten, Henking, Vollmann und Juckel (2019) S. 690-694, Mahler et al. (2019) S. 700-704, Nyhuis und Zinkler (2019) S. 695-699 und Gouzoulis-Mayfrank, Gairing, Kramer, Forster und Schmitz-Buhl (2019) S. 709-714 und Juckel und Gather (2019) S. 667-668

⁸⁵⁹ Vgl. Bruns (1986) S. 119-122, Lorenzen (1987) S. 261-262, Smolka, Klimitz, Scheuring und Fähndrich (1997) S. 888-895, Gebhardt und Steinert (1998) S. 791-798

medizinischen Fachbereichen. Sollberger und Lang machten 2014 darauf aufmerksam, dass ein randomisiert kontrolliertes Studiendesign zur Wirkung einer Zwangsmaßnahme an ethische Grenzen stoße, da es sich bei der Anwendung von Zwang stets um eine vitale Indikation handle, was wiederum den Einsatz von Kontrollgruppen ausschließen würde.⁸⁶⁰ Steinert äußerte sich zur evidenzbasierten Medizin im Zusammenhang mit Zwangsmaßnahmen im Jahr 2019 folgendermaßen:

„Das medizinische Konzept von Evidenz und die dafür entwickelte Methodik beziehen sich auf die Wirksamkeit von Therapiemaßnahmen, nicht auf Maßnahmen, die aus Gründen der Sicherheit getroffen werden. Geschlossene Türen und andere Formen der zwangsweisen Einschränkung der Patientenautonomie sind keine Form der Behandlung.“⁸⁶¹

Mittlerweile wurden einige Studien zum Thema Zwangsmaßnahmen in der Fachzeitschrift publiziert. Die erste Studie wurde von Bosch im Jahr 1971 veröffentlicht. Er untersuchte die Auswirkungen eines veränderten Behandler-Patienten Umgangs im Sinne eines „neuen, dynamischen, offenen, unautoritären [...] [und] respektierenden Behandlungsstil[s]“⁸⁶² auf die Häufigkeit von Zwangseinweisungen. Bruns identifizierte im Jahr 1991 demographische, soziale und medizinische Parameter, die gehäuft bei zwangseingewiesenen Patientengruppe vorkämen und Smolka, Klimitz, Scheuring und Fähndrich veröffentlichten die bereits oft genannte Studie zur Patientenwahrnehmung von Zwangsmaßnahmen.⁸⁶³ Mit diesen drei publizierten Studien lässt sich festhalten, dass die wissenschaftliche Aufarbeitung des Themenkomplexes Zwangsmaßnahmen im 20. Jahrhundert in der Fachzeitschrift „Der Nervenarzt“ wenig Beachtung fand. Im 21. Jahrhundert wurden vermehrt Studien zu Zwangsmaßnahmen in der Fachzeitschrift veröffentlicht, wobei sich vier größere thematische Schwerpunkte festlegen lassen. Nach der Jahrtausendwende folgte zunächst eine Reihe an Publikationen zu Erregungszuständen von akut

⁸⁶⁰ Vgl. Sollberger und Lang (2014) a S. 314

⁸⁶¹ Steinert, Schreiber, Metzger und Hirsch (2019) S. 686

⁸⁶² Bosch (1971) S. 68

⁸⁶³ Vgl. Bruns (1991) S. 308-312 und Smolka, Klimitz, Scheuring und Fähndrich (1998) S. 888-895

psychiatrischen Patienten und Übergriffen auf das Krankenhauspersonal sowie zu einer Grundsatz-Diskussion über den Einsatz der EKT als Zwangsbehandlung.⁸⁶⁴ Im Anschluss folgten zwei weitere Debatten zur Etablierung höherer klinischer Standards: die Auseinandersetzung zu Zwangsmaßnahmen als Qualitätsindikator und die Debatte um Öffnungskonzepte für psychiatrische Stationen, die bereits im vorherigen Unterpunkt erläutert wurde.⁸⁶⁵ Des Weiteren wurde in der Fachzeitschrift darauf hingewiesen, dass neben den auf den ersten Blick offensichtlichen Maßnahmen zur Reduktion von Zwang, wie der Verbesserung des Personalschlüssels oder Deeskalationstrainings, auch indirekte Faktoren, wie die architektonische Neugestaltung psychiatrischer Kliniken, das strukturelle Milieu auf den Stationen verändern können und somit einen erheblichen Einfluss auf die Reduktion von Zwangsmaßnahmen haben.⁸⁶⁶

Die allgemeinen Bestrebungen zu einer fundierten, evidenzbasierten Psychiatrie gipfelten in der S3-Leitlinie „Verhinderung von Zwang, Prävention und Therapie aggressiven Verhaltens bei Erwachsenen“, welche von Steinert und Hirsch im Jahr 2020 in der Fachzeitschrift vorgestellt wurde.⁸⁶⁷ Darin leiteten die Experten einen Maßnahmenkatalog zur Reduzierung von Zwang im stationären Alltag ab, welcher in einer multizentrischen Studie seit 2020 evaluiert werden soll. Dies stellt einen Meilenstein in der psychiatrischen Forschung zu Zwangsmaßnahmen dar, ist als wissenschaftlicher Höhepunkt der letzten Jahrzehnte anzusehen und wird vermutlich maßgebend für die Etablierung weiterer klinischer Standards sein.

⁸⁶⁴ Vgl. Grube (2001) S. 867-871, Richter und Berger (2001) S. 693-699, Zala et al. (2008) S. 827-831, Mavrogiorgou und Juckel (2015) S. 1111-1119 und Pajonk (2015) S. 1081-1090 sowie zur EKT: Besse, Methfessel, Wiltfang und Zilles (2017) S. 46-52, Grözinger, Conca, Bruhl und Di Pauli (2018) S. 841-842, Zilles, Koller, Methfessel, Trost und Simon (2018) a S. 311-318, Zilles, Koller, Methfessel, Trost und Simon (2018) b S. 839-840, Zinkler et al. (2018) S. 837-838

⁸⁶⁵ Vgl. Steinert und Flammer (2019) S. 35-39, Weinmann, Aderhold, Kleinschmidt, Zinkler, von Peter (2019) S. 954-955 zu Öffnungskonzepten: Sollberger und Lang (2014) a S. 312-318, Sollberger und Lang (2014) b S. 319-325, Nienaber, Hemkendreis, Lohr und Schulz (2014) S. 1438-1439, Pollmächer (2019) S. 669-674, Kowalinski et al. (2019) S. 705-708, Beine (2019) S. 675-679, Steinert, Schreiber, Metzger und Hirsch (2019) S. 680-689, Gather, Scholten, Henking, Vollmann und Juckel (2019) S. 690-694, Mahler et al. (2019) S. 700-704, Nyhuis und Zinkler (2019) S. 695-699 und Gouzoulis-Mayfrank, Gairing, Kramer, Forster und Schmitz-Buhl (2019) S. 709-714 und Juckel und Gather (2019) S. 667-668

⁸⁶⁶ Vgl. Rohe et al. (2017) S. 70-77

⁸⁶⁷ Vgl. Steinert und Hirsch (2020) S. 611-616

5.7 Fehlanreize und Zwangsmaßnahmen - eine kritische Selbstreflexion

Die Reflexion des ärztlichen Handelns und des Umgangs und der Vermeidung von Fehlanreizen im Zusammenhang mit Zwangsmaßnahmen erstreckt sich über die gesamte Breite der Berichterstattung. Mit der rechtlich nicht eindeutigen Situation befürchteten die Autoren Fehlanreize bei der Anwendung von Zwangsmaßnahmen durch drohende juristische Konsequenzen im Spannungsfeld zwischen unterlassener Hilfeleistung und der Durchführung einer strafrechtlich relevanten Körperverletzung.⁸⁶⁸ Reimer nennt dies beispielsweise als Grund für steigende Unterbringungszahlen in den 1980er Jahren sowie den restriktiven Umgang mit Beurlaubungen und Belastungserprobungen.⁸⁶⁹ Dem pflichtete die DGPPN im Jahr 2005 bei.⁸⁷⁰ Zudem machte sie im Jahr 2012 darauf aufmerksam, dass die Entscheidung des Bundesgerichtshofes im Juni 2012, die die Möglichkeit der Zwangsbehandlung nach dem Betreuungsrecht untersagte, dafür Verantwortung trage, dass mehr Patienten eine „längere Zeit freiheitsentziehende Maßnahmen erdulden“⁸⁷¹ müssten, da für einige keine rechtliche Möglichkeit der medikamentösen Behandlung bestünde, um den krankheitsbedingten Zustand zu verbessern. Neben juristischen Fehlanreizen spielt die ökonomische und personelle Aufstellung der Kliniken für unerwünschte Handlungsweisen in der Berichterstattung ebenfalls eine Rolle. Ökonomische Fehlanreize bestünden vor allem durch das Entgeltsystem PEPP, so Vollmann.⁸⁷² Die stufenweise Abrechnung nach zeitlichem Aufwand schein rational folgerichtig, jedoch sei damit der Fehlanreiz verbunden, durch die Ausdehnung bestehender Zwangsmaßnahmen eine neue Entgeltstufe zu erreichen.⁸⁷³ Zudem fehle es an finanzieller Wertschätzung, zwangsvermeidende Maßnahmen zu etablieren, beziehungsweise die Verkürzung bestehender Zwangsmaßnahmen zu

⁸⁶⁸ Vgl. Müller, Walter, Kunze, Konrad und Heinz (2012) S. 1150

⁸⁶⁹ Vgl. Reimer (1985) S. 164

⁸⁷⁰ Vgl. DGPPN (2005) S. 368

⁸⁷¹ DGPPN (2012) a S. 1209

⁸⁷² Vgl. Vollmann (2014) S. 619

⁸⁷³ Vgl. Vollmann (2014) S. 1415

honorieren, so Vollmann.⁸⁷⁴ Valdes-Staudes und Helmchen bringen zudem den Faktor des Zeitmangels durch personelle Knappheit als Fehlanreiz zur Anwendung von Zwang auf.⁸⁷⁵ Aufgrund dessen könnten sich Routinen einstellen, die die Erwägung von Alternativen zu Zwangsmaßnahmen vernachlässigten.⁸⁷⁶ Helmchen sieht darin auch eine fehlende Wertschätzung und Anerkennung der Menschenrechte und sagt hierzu:

„Die Realität der Welt, [...], ist nicht nur global weit davon entfernt, die Menschenrechte anzuerkennen und wirksam werden zu lassen, sondern sie bedürfen dieser Anerkennung auch in unserer eigenen aktuellen gesellschaftlichen Verfassung, wenn man nur an den Zeitmangel infolge ökonomisch erzwungener Arbeitsverdichtung in der Pflege oder an die Stigmatisierung psychisch Kranker denkt.“⁸⁷⁷

Weiterhin wird über den Missbrauch von Zwangsmaßnahmen als Disziplinierungsmaßnahme immer wieder diskutiert. So stellten Smolka, Klimitz, Scheuring und Fähndrich bereits im Jahr 1997 fest, dass die Patienten eine Zwangsmaßnahme meist als Bestrafung ansahen, während Ärzte die Anwendung mit der Krankheitssymptomatik rechtfertigen.⁸⁷⁸ Sollberger und Lang sehen die Verhinderung dieses Missbrauchs als wichtigsten Punkt bei der Anwendung von Zwang.⁸⁷⁹ Es müsse stets sichergestellt werden, dass die Zwangsmaßnahme nur als letztes Mittel und nur nach Anwendung weniger restriktiver Mittel eingesetzt werden dürfe und auch nur in klarer Kommunikation mit dem Patienten, dass es sich dabei um keine Strafe, sondern um eine Verhinderung der weiteren Eskalation handle.⁸⁸⁰ Dazu bedürfe es weiterhin sowohl beim ärztlichen als auch beim pflegerischen Klinikpersonal verstärkter Schulungsangebote zur Sensibilisierung für dieses Thema.⁸⁸¹

⁸⁷⁴ Vgl. Vollmann (2014) S. 619

⁸⁷⁵ Vgl. Valdes-Stauber, Deinert und Kilian (2012) S. 651 und Helmchen (2019) S. 730

⁸⁷⁶ Vgl. Valdes-Stauber, Deinert und Kilian (2012) S. 651

⁸⁷⁷ Helmchen (2019) S. 730

⁸⁷⁸ Vgl. Smolka, Klimitz, Scheuring und Fähndrich (1997) S. 893-894

⁸⁷⁹ Vgl. Sollberger und Lang (2014) b S. 319

⁸⁸⁰ Vgl. Sollberger und Lang (2014) b S. 319

⁸⁸¹ Vgl. Sollberger und Lang (2014) b S. 320-321

Wird im neuen Jahrtausend die Möglichkeit des Missbrauchs von Zwangsmaßnahmen als Bestrafung immer nur vage thematisiert, findet Bruns Anfang der 1990er Jahre als Einziger in der Geschichte der Berichterstattung der Fachzeitschrift deutlichere Worte. In diesem Artikel thematisiert er die erhöhte Zwangseinweisungsrate in Köln, die auf vermehrte Einweisungen aufgrund von alkohol-induzierten psychiatrischen Auffälligkeiten zurückzuführen sei. Er sagt: „[...] es kann vermutet werden, daß unter diesen Bedingungen in einer erheblichen Anzahl von Fällen die psychiatrische Unterbringung als Disziplinierungsmittel mißbraucht wird“⁸⁸². Smolka und Kollegen nennen es den „Geruch von Strafmaßnahme“⁸⁸³ und machen deutlich, dass es nicht nur ein ethisches Dilemma zwischen der ordnungspolitischen und der autonomie-fokussierten Funktion der Psychiatrie gäbe, sondern auch zwischen dem „Heilungsideal des Arztes und [dem] Selbstbestimmungsrecht des Patienten“⁸⁸⁴. Auf diesen innerpersonellen Konflikt des Arztes, seine Erwartung nicht von vornherein als die des Patienten gleichzusetzen, spielt auch die DGPPN 2014 an. Sie weist darauf hin, dass psychisch Erkrankte genauso ein Anrecht auf für Dritte als unvernünftig geltende Entscheidungen haben, wie jeder andere und dies respektiert werden müsse, solange sie selbstbestimmt getroffen wurden.⁸⁸⁵ Mit Blick auf die Zukunft besteht die Möglichkeit weiterer Fehlanreize beziehungsweise der Verschärfung bereits bestehender. Hierbei könnten sich durch die Kapitalisierung des Gesundheitssektors und den anhaltenden Mangel an medizinischem Fachpersonal erhebliche Auswirkungen auf die Anwendung von Zwangsmaßnahmen ergeben. Die Fokussierung auf finanzielle Gewinne könnte dazu führen, dass Alternativen zu Zwangsmaßnahmen weniger Beachtung finden, auch wenn dies möglicherweise die Rechte und die Würde der Patienten beeinträchtigt. Gleichzeitig verschärft der Fachkräftemangel die ohnehin schon bestehenden Herausforderungen bei der Bereitstellung qualitativ hochwertiger medizinischer Versorgung und es mangelt derzeit an effektiven und nachhaltigen Lösungsstrategien hierzu.

⁸⁸² Bruns (1991) S. 311

⁸⁸³ Smolka, Klinitz, Scheuring und Fähndrich (1997) S. 888

⁸⁸⁴ Smolka, Klinitz, Scheuring und Fähndrich (1997) S. 888

⁸⁸⁵ Vgl. DGPPN (2014) S. 1422

6 Zusammenfassung

Die vorliegende Arbeit analysierte die Berichterstattung über Zwang und Zwangsmaßnahmen in der Fachzeitschrift „Der Nervenarzt“ von 1928 bis 2020. Ziel war es, den Diskurs und seine Einbettung in den soziokulturellen Kontext über die Zeit hinweg darzustellen und die Aufmerksamkeit für Zwangsmaßnahmen in der wissenschaftlichen Literatur und in der Reflexion des stationären Alltags zu untersuchen.

In Kapitel 1.3.1 wurden als theoretische Grundlage wichtige Begriffe zu Zwangsmaßnahmen definiert. Dazu gehörten die Unterbringung der Patienten, freiheitsbe- und einschränkende Maßnahmen sowie die medikamentöse Zwangsbehandlung. Anschließend wurde ein Leitfaden vorgestellt, der die relevanten Aspekte bei der Entscheidungsfindung zur Anwendung von Zwangsmaßnahmen berücksichtigt. Weiterhin wurden die rechtlichen Bestimmungen zu Zwangsmaßnahmen gemäß den Gesetzen der Bundesländer und dem Bürgerlichen Gesetzbuch unter Anwendung des Betreuungsrechts näher beschrieben. Dieses Unterkapitel sollte einen Überblick über die Begrifflichkeiten in Bezug auf Zwangsmaßnahmen geben sowie ein Grundverständnis für Zwang und die für die Anwendung zu berücksichtigenden Aspekte im stationären Alltag vermitteln. In Kapitel 1.3.2 wurde die Geschichte der Psychiatrie als Institution beleuchtet, um ein besseres Verständnis des Diskurses in der Fachzeitschrift zu ermöglichen. In Kapitel 1.3.3 wurde die Fachzeitschrift selbst sowie die Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde näher erläutert. In *Kapitel 2* wurde die Vorgehensweise der Auswahl der Artikel sowie die Einschlusskriterien präsentiert und die Herangehensweise kritisch reflektiert.

In *Kapitel 3* wurde die quantitative Analyse der Artikel unter Berücksichtigung formaler und inhaltlicher Gesichtspunkte dargestellt. In einer quantitativen formalen Analyse fand die Betrachtung der Artikelanzahl der einzelnen Jahrzehnte, der Rubriken, der Literaturangaben und der publizierenden Institutsformen statt. In der inhaltlichen Analyse wurden die Artikel quantitativ in den Kategorien „Zwang im Nationalsozialismus“, „wissenschaftliche Evidenz“,

„Reformansätze“, „rechtliche Rahmenbedingungen“ und „Medizinethik“ betrachtet.

In *Kapitel 4* wurden die Berichte chronologisch nach Jahrzehnten sortiert und qualitativ analysiert. Falls Diskussionen über die Grenzen eines Jahrzehnts hinweg stattfanden, wurden die entsprechenden Artikel außerhalb ihres ursprünglichen Jahrzehnts analysiert. Um die Übersichtlichkeit zu gewährleisten, wurden die Unterkapitel für die Jahre 2011-2020 aufgrund der hohen Anzahl an Artikeln weiter unterteilt. In den Jahren von 1928-1950 bestimmte die Berichterstattung zur Sterilisation von psychisch Erkrankten und deren praktischen Umsetzung den Diskurs über Zwangsmaßnahmen in der Fachzeitschrift „Der Nervenarzt“. In den 1950er Jahren wurde vor allem über die rechtlich ungewisse Lage hinsichtlich der Legitimation von Zwangsmaßnahmen durch die Einführung des Grundgesetzes berichtet sowie Vorschläge zu bundeseinheitlichen Krankenschutzgesetzen unterbreitet. Im darauffolgenden Jahrzehnt wurde insbesondere auf den schlechten Zustand der Heil- und Pflegeanstalten hingewiesen und die Forderung nach Reformen in der psychiatrischen Institution laut. In den 1970er und 1980er Jahren standen der Abbau von Zwangseinweisungen, die Umsetzung der Psychiatrie-Enquête und die zögerliche Auseinandersetzung mit dem Thema Zwang im Nationalsozialismus im Vordergrund. In den 1990er Jahren ähnelten die Themen denen des vorherigen Jahrzehnts. Zusätzlich wurde erstmals eine Studie zur Befragung von Patienten zum subjektiven Empfinden bezüglich Zwangsmaßnahmen veröffentlicht. Von 2001 bis 2020 stand die Aufarbeitung des Nationalsozialismus im Mittelpunkt, was sich in der Anzahl der entsprechenden Artikel widerspiegelte. Zusätzlich spielten die Themen der Deeskalationsmöglichkeiten in der Akutpsychiatrie und die inhaltliche Auseinandersetzung mit Ideen zur Umsetzung einer generell weniger restriktiven Psychiatrie eine bedeutende Rolle. Auch die DGPPN veröffentlichte in diesem Zeitraum wesentlich mehr Mitteilungen zu Zwangsmaßnahmen.

In *Kapitel 5* erfolgte die Interpretation der Ergebnisse anhand folgender inhaltlicher Schwerpunkte: „Der Wandel des Selbstverständnisses der Psychiatrie“, „Der Nationalsozialismus als Gegenfolie“, „Zwang und Recht“, „Der Einzug der Medizinethik“, „Nach der Reform ist vor der Reform“, „Die Etablierung

höherer klinischer Standards“ und „Fehlanreize“, die im Umgang mit Zwangsmaßnahmen entstehen können.

In Kapitel 5.1 wurde das Selbstverständnis der Psychiatrie im Laufe der Zeit untersucht. Dabei wurde festgestellt, dass zu Beginn der Veröffentlichung der Fachzeitschrift das Hauptargument für die Anwendung von Zwang der Schutz der Allgemeinheit war. In der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts gewann das Argument des Wohles und Schutzes des Patienten an Bedeutung und bildet mittlerweile das Maß für die aktuelle Gesetzgebung. Heutzutage wird das Konzept der „Doppelrolle“ der Psychiatrie zunehmend kritisch hinterfragt.

Das Kapitel 5.2 thematisierte die Berichterstattung über die Aufarbeitung von Zwang im Nationalsozialismus. Hierbei ist seit der Jahrtausendwende ein stark gewachsenes Interesse zu verzeichnen, sodass die Berichterstattung zu Zwang im Nationalsozialismus den bestimmenden Diskurs dieser Zeit darstellte. So entkräftete etwa Prof. Roelcke den Mythos, dass nationalsozialistische Verbrechen allein von der Politik in die Medizin hineingetragen worden wären. Er betrachtete die Verfehlungen als extreme Manifestation allgemeiner Potenziale in der modernen Medizin.

Kapitel 5.3 setzte sich mit der Berichterstattung über rechtliche Rahmenbedingungen auseinander. Dabei wurde festgestellt, dass die Fachzeitschrift einerseits eine starke Präsenz von Artikeln über rechtliche Grundlagen aufweist. Andererseits wurde sowohl reaktiv als auch proaktiv über dieses Thema berichtet. In der reaktiven Berichterstattung wurden Diskussionen über gesetzliche Änderungen durch das Grundgesetz sowie über Urteile des Bundesverfassungsgerichts in der Fachzeitschrift veröffentlicht. Gleichzeitig wurden jedoch auch proaktive Vorschläge eingebracht. Diese umfassten beispielsweise die Forderung nach bundeseinheitlichen Krankenschutzgesetzen oder den Vorschlag eines Gesetzes zur Behandlung aller nichteinwilligungsfähigen Patienten von Kronenberg und Hellweg, um die Entstigmatisierung psychischer Erkrankungen voranzutreiben.

In Kapitel 5.4 wurden medizinethische Aspekte in Bezug auf die Berichterstattung über Zwangsmaßnahmen in der Fachzeitschrift untersucht. Dabei wurde festge-

stellt, dass medizinethische Überlegungen immer im Kontext der jeweiligen Zeit betrachtet werden müssen. Dies gilt auch für die Zeit des Nationalsozialismus, obwohl sie nicht mit unserem heutigen Verständnis guter medizinethischer Praxis übereinstimmt. Die Kernaspekte der damaligen "NS-Medizinethik" waren die Generierung neuen Wissens, vor allem in Bezug auf die Optimierung von Leistung und Gesundheit des „Volkskörpers“ sowie die Gesundheit zukünftiger Generationen. Insgesamt wurden medizinethische Überlegungen in vielen Berichten berücksichtigt. Vereinzelt erschienen Artikel, die die Medizinethik als Hauptthematik behandelten.

In Kapitel 5.5 wurde die Berichterstattung über verschiedene Reformansätze in der Fachzeitschrift analysiert. Es fielen zwei Aspekte besonders auf: Erstens die geringe Resonanz auf die Psychiatrie-Enquête und zweitens die große Aufmerksamkeit, die der Diskurs über ein weniger restriktives stationäres Setting in den 2010er Jahren erhielt. Dabei wurde der Eindruck gewonnen, dass sich der Fokus der Fragestellung geändert hat: Statt die Rahmenbedingungen zu kritisieren, lag das Augenmerk darauf, innerhalb dieser Rahmenbedingungen inhaltliche Verbesserungen zu erzielen.

Kapitel 5.6 setzte sich mit der Etablierung höherer klinischer Standards und mit der Etablierung evidenzbasierter Medizin in der Berichterstattung über Zwangsmaßnahmen auseinander. Dabei fiel auf, dass in den letzten 20 Jahren des 20. Jahrhunderts in diesem Bereich vor allem die mangelnde Wissenschaftlichkeit angeprangert wurde. In dieser Zeit wurden lediglich vereinzelte Studien zu Zwangseinweisungen veröffentlicht. Darauf folgend kam es zu einer Debatte über Patientenübergriffe und Studien zum Umgang sowie zur Prävention von Zwangsmaßnahmen. Zudem entstand eine Grundsatzdiskussion über den Einsatz der EKT als Zwangsbehandlung sowie eine Auseinandersetzung über Zwangsmaßnahmen als Qualitätsindikator. Schließlich fand eine weitreichende Diskussion über Konzepte zur Öffnung von psychiatrischen Stationen, welche durch Studien und Erfahrungsberichte gestützt wurde, statt.

Die S3-Leitlinie zur „Verhinderung von Zwang, Prävention und Therapie aggressiven Verhaltens bei Erwachsenen“ stellt sicherlich einen Meilenstein in

der psychiatrischen Forschung zu Zwangsmaßnahmen dar, ist als wissenschaftlicher Höhepunkt der letzten Jahrzehnte anzusehen und wird vermutlich maßgebend für die Etablierung weiterer klinischer Standards sein.

Im letzten Kapitel 5.7 wurden mögliche Fehlanreize thematisiert, über die in den Artikeln der Fachzeitschrift berichtet wurde. Dabei spielten neben juristischen Fehlanreizen auch unerwünschte Handlungsweisen, hervorgerufen durch ökonomische Fehlanreize des Entgeltsystems PEPP und den Fachkräftemangel, eine Rolle. Diese Faktoren könnten dazu führen, dass Routinen entstehen, bei denen die Berücksichtigung von Alternativen zur Anwendung von Zwangsmaßnahmen vernachlässigt werden. In Zukunft könnten sich diese Probleme durch die Kapitalisierung des Gesundheitssektors und den Mangel an nachhaltigen Ansätzen zur Bewältigung des Fachkräftemangels im Gesundheitswesen noch weiter verschärfen. Auch die Anwendung von Zwang als „Disziplinierungsmaßnahme“ ist als Fehlanreiz zu sehen. In diesem Zusammenhang macht die DGPPN deutlich, dass Menschen mit psychischen Erkrankungen wie jeder andere das Recht haben, Entscheidungen zu treffen, die für Außenstehende als unvernünftig erscheinen, solange diese selbstbestimmungsfähig getroffen wurden.

Insgesamt zeigte die Literaturlauswertung der Artikel zur Anwendung von Zwangsmaßnahmen in der Fachzeitschrift "Der Nervenarzt" mehrere signifikante Paradigmenwechsel auf. Einer dieser Wechsel beinhaltete die kritische Aufarbeitung des Nationalsozialismus. Ein anderer Wechsel war die verzögerte Entwicklung hin zur evidenzbasierten Medizin, die in der aktuellen S3-Leitlinie und der begleitenden multiprofessionellen Studie ihren vorläufigen Höhepunkt fand. In Zukunft könnten die Kapitalisierungstendenzen des Gesundheitssektors, die zunehmende Verschärfung des medizinischen Fachkräftemangels sowie der deutliche Investitionsstau in die bauliche Infrastruktur psychiatrischer Fachkrankenhäuser die Art und Weise und die Häufigkeit von Zwangsmaßnahmen erheblich beeinflussen. Dies könnte die Wahrung des Ideals der uneingeschränkten Durchsetzung von Menschenrechten in diesem Kontext erneut in Frage stellen.

Literaturverzeichnis

- Adorjan, K., Steinert, T., Flammer, E., Deister A., Koller, M., Zinkler, M., Herpertz, S., Häfner, S., Hohl-Radke, F., Beine, K., Falkai, P., Gerlinger, G., Pogarell, O. und Pollmächer, T. (2017) Zwangsmaßnahmen in deutschen Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie: Eine Pilotstudie der DGPPN zur Erprobung eines einheitlichen Erfassungsinstrumentes. *Nervenarzt* 88: 802-810.
- Amboss: Betreuung und Zwangsmaßnahmen in der Psychiatrie (28.10.2021)
<https://next.aboss.com/de/article/uP0pgT#Y9a0b4a56ff0494ada93937deb2f78ac2>
- Bär, R. (1998) Themen der Psychiatriegeschichte, Stuttgart: Enke.
- Beine, K. (2019) Open doors, open mind: Plädoyer für eine offene Versorgungspsychiatrie. *Nervenarzt* 90: 675-679.
- Beringer, K. (1932) Bericht über die Verhandlung der I.K.V zur Frage der sozialen und eugenischen Indikation bei Schwangerschaftsunterbrechung und Sterilisation. *Nervenarzt* 5: 587-593.
- Besse, M., Methfessel, I., Wiltfang, J. und Zilles, D. (2017) Elektrokonvulsionstherapie gegen den natürlichen Patientenwillen. *Nervenarzt* 88: 46-52.
- Beauchamp, T. L., und Childress, J.F (1994) Principles of Biomedical Ethics. 4. Aufl. New York [u.a.]: Oxford Univ. Press.
- Beyer, C. (2013) Gottfried Ewald und die "Aktion T4" in Göttingen. *Nervenarzt* 84: 1045-1052.
- Binding, K. und Hoche, A. (1920) Die Freigabe der Vernichtung lebensunwerten Lebens. Ihr Maß und ihre Form. Leipzig, 1920.
- Böhm, B. (2012) Paul Nitsche - Reformpsychiater und Hauptakteur der NS-"Euthanasie". *Nervenarzt* 83: 293-302.
- Bonhoeffer, K. (1949) Ein Rückblick auf die Auswirkung und die Handhabung des nationalsozialistischen Sterilisationsgesetzes. *Nervenarzt* 20: 1-5.
- Bormuth, M (2004) Ethik in der Psychiatrie und Psychotherapie in Wiesing, U. Ethik in der Medizin: ein Studienbuch, 2. Auflage, Stuttgart: Reclam.
- Bosch, G. (1971) Zur Frage des Abbaus von Zwangseinweisungen. *Nervenarzt* 42: 65.
- Brieger, P., Kling Lourenco, P., Steinert, T., Längle, G., Lemke, U., Herpertz, S., Croissant, D., Becker, T. und Kilian, R. (2014) Psychiatrische Unterbringungspraxis: Ein Vergleich von fünf Kliniken in drei Bundesländern. *Nervenarzt* 85: 606-613.
- Brink, C. (2010) Grenzen der Anstalt: Psychiatrie und Gesellschaft in Deutschland; 1860 - 1980 Göttingen: Wallstein Verl.

- Bruns, G. (1986) Zwangseinweisung und ambulante Dienste. *Nervenarzt* 57: 119-122.
- Bruns, G. (1991) Zwangseinweisungspatienten - eine psychiatrische Risikogruppe. *Nervenarzt* 62: 308-312.
- Bunse, J. (1989) Indikation und Dauer geschlossener psychiatrischer Behandlung im Verhältnis zur richterlich festgesetzten Frist. *Nervenarzt* 60: 233-235.
- Carius D., Steinberg H., Bauer M. und Angermeyer M. (2007) Psychiatrisches Krankenhaus, Klinik, Zentrum für Psychiatrie, Psychatrium -Trends und Wandlungen in den Bezeichnungen psychiatrischer Kliniken in Deutschland im 20. Jahrhundert. *Psychiatr Prax* 34: 87-92.
- Creutz, W. (1937) Aufgaben und Organisation der erbbiologischen Bestandsaufnahme und die Mitwirkung des Psychiaters und Neurologen. *Nervenarzt* 10: 281-286.
- Dammann, G. (2014) Chancen und Probleme des Recovery-Ansatzes aus psychiatrischer Sicht. *Der Nervenarzt* 85: 1156-1165.
- Degkwitz, R. (1952) Über den Wandel der Zwangsmittel und die Vermeidbarkeit ihrer Anwendung bei der Pflege psychisch Kranker. *Nervenarzt* 23: 418-421.
- DGPN (1972) Schwangerschaftsabbruch und Sterilisation. Mitteilungen der deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Nervenheilkunde. *Nervenarzt* 43: 338-340.
- DGPPN (2004) Mitteilungen der DGPPN (Stellungnahme zu dem Entwurf eines Gesetzes zur Änderung des Betreuungsgesetzes). *Nervenarzt* 75: 526-528.
- DGPPN (2005) Mitteilungen der DGPPN (Zwangseinweisungen - bundesweite Basisdaten und Trends. *Nervenarzt* 76: 363-370.
- DGPPN (2006) Mitteilungen der DGPPN (Freiheitseinschränkende Zwangsmaßnahmen bei Patienten in psychiatrischen Krankenhäusern). *Nervenarzt* 77: 1537-1404.
- DGPPN (2010) Mitteilungen der DGPPN kurz notiert: Unterbringung und Zwangsbehandlung psychisch Kranker ist rechtskonform. *Nervenarzt* 81: 243-250.
- DGPPN (2010) Therapeutische Maßnahmen bei aggressivem Verhalten in der Psychiatrie und Psychotherapie SpringerLink: Bücher. Heidelberg: Steinkopff-Verlag Darmstadt. doi:10.1007/978-3-7985-1919-01
- DGPPN (2012) a Mitteilung der DGPPN (Zum Beschluss des Bundesgerichtshofs vom 20.06.2012, veröffentlicht am 17.07.2012). *Nervenarzt* 83: 1209-1216 a.
- DGPPN (2012) b Mitteilungen der DGPPN (Memorandum der DGPPN zur Autonomie und Selbstbestimmung von Menschen mit psychischen Störungen). *Nervenarzt* 83: 1490-1493 b.

- DGPPN (2013) Mitteilungen der DGPPN (Gesetz zur Regelung der betreuungsrechtlichen Einweilligung in die ärztliche Zwangsmaßnahme bringt Klarheit). *Nervenarzt* 84: 245-253.
- DGPPN (2014) Achtung der Selbstbestimmung und Anwendung von Zwang bei der Behandlung psychisch erkrankter Menschen: Eine ethische Stellungnahme der DGPPN. *Nervenarzt* 85: 1419-1431.
- DGPPN (2016) Eckpunkte für die Regelung der öffentlich-rechtlichen Unterbringung in psychiatrischen Krankenhäusern - mit Erläuterungen. *Nervenarzt* 87: 311-314.
- DGPPN und Sass (2003) Patientenrechte, Patientenverfügung, Vorsorgevollmacht. *Nervenarzt* 74: 629-631.
- Djordjevic, N. (2002) "Todesursache: Euthanasie" Ausstellung der Sammlung Prinzhorn des Universitätsklinikums Heidelberg, 3.10.2002-2.3.2003. *Nervenarzt* 73: 1116-1117.
- Dörner, K. (1969) Bürger und Irre: zur Sozialgeschichte und Wissenschaftssoziologie der Psychiatrie, Frankfurt a. M.: Europ. Verl.-Anst., 1969.
- Eberhardt, H. und Villinger, W. (1954) Rechtssicherheit und Gesundheitsschutz bei Geisteskranken. *Nervenarzt* 25: 37-42.
- Ebermayer, D. (1928) Sterilisation und Gesetz. *Nervenarzt* 1: 417-419.
- Ehrhardt, H. (1966) Die Unterbringung psychisch Kranker als ärztlich-rechtliches Problem. Zur Kritik der Unterbringungsgesetze der Bundesländer. *Nervenarzt* 37: 107-110.
- Fangerau, H., Martin, M. und Karenberg, A. (2020) Neurologen und Neurowissenschaftler: Wer war ein Nazi? Zum Umgang mit der NS-Belastung in der Geschichte der deutschen Medizin. *Nervenarzt* 91: 3-12.
- Fangerau, H. und Müller, I. (2002) Das Standardwerk der Rassenhygiene von Erwin Baur, Eugen Fischer und Fritz Lenz im Urteil der Psychiatrie und Neurologie 1921-1940. *Nervenarzt* 73: 1039-1046.
- Fischer, F. (1969) Irrenhäuser: Kranke Klagen an (München, Wien, Basel): Psychiatrie Verlag, 1969. Book
- Forsbach, R. (2012) Friedrich Panse - etabliert in allen Systemen. Psychiater in der Weimarer Republik, im "Dritten Reich" und in der Bundesrepublik. *Nervenarzt* 83: 329-336.
- Gather, J., Scholten, M., Henking, T. Vollmann, J. und Juckel, G. (2019) Wodurch wird die geschlossene Tür ersetzt? : Konzeptionelle und ethische Überlegungen zu offenen Unterbringungsformen, formellem Zwang und psychologischem Druck. *Nervenarzt* 90: 690-694.
- Gebhardt, R. und Steinert, T. (1998) Innere Struktur der stationären psychiatrischen Krankenhausversorgung 22 Jahre nach der Psychiatrie-Enquete. *Nervenarzt* 69: 791-798.

- Gerlinger, G., Deister, A., Heinz, A., Koller M., Müller, S. und Steinert, T. (2019) Nach der Reform ist vor der Reform: Ergebnisse der Novellierungsprozesse der Psychisch-Kranken-Hilfe-Gesetze der Bundesländer. *Nervenarzt* 90: 45-57.
- Gouzoulis-Mayfrank, E., Gairing, S., Kramer, T., Forster, M. und Schmitz-Buhl, M. (2019) Öffnung einer psychiatrischen Akutstation als komplexe Intervention. *Nervenarzt* 90: 709-714.
- Grözinger, M., Conca, A., Bruhl, A. und Di Pauli, J. (2018) Elektrokonvulsionstherapie ist ein etablierter therapeutischer Standard. *Nervenarzt* 89: 841-842.
- Grube, M. (2001) Aggressivität bei psychiatrischen Patienten. *Der Nervenarzt* 72: 867-871.
- Gruhle, H. (1951) Unterbringung eines Kranken gegen seinen Willen in die geschlossene Abteilung einer Heilanstalt I. *Nervenarzt* 22: 271-273.
- Gruhle, H. (1952) Unterbringung eines Kranken gegen seinen Willen in die geschlossene Abteilung einer Heilanstalt II. *Nervenarzt* 23: 193.
- Haisch, E. (1965) Reform der Anstaltspsychiatrie, eine Aufgabe. *Nervenarzt* 36: 346-349.
- Haisch, E. (1966) Von der Anstalt zum psychiatrischen Krankenhaus. *Nervenarzt* 37: 155-160.
- Helmchen, H. (2015) Bonhoeffers Position zur Sterilisation psychisch Kranker. *Nervenarzt* 86: 77-82.
- Helmchen, H. (2019) Zum Einfluss von Zeitgeist und Menschenrechten auf psychiatrisches Handeln. *Nervenarzt* 90: 724-732.
- Helmchen (2021) Zwangsmaßnahmen in der Psychiatrie: praktische Konsequenzen ethischer Aspekte. *Nervenarzt* 92: 259-266.
- Fehlemann, S., Fangerau, H., Dörre, S., Schneider, F. (2017) Jubiläumsfeier der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN) – 175 Jahre Psychiatrische Fachgesellschaften in Deutschland. DGPPN, Berlin ISBN 978-3-00-057014-8
- Hohendorf, G., Roelcke, V. und Rotzoll, M. (1996) Innovation und Vernichtung - Psychiatrische Forschung und "Euthanasie" an der Heidelberger Psychiatrischen Klinik 1939-1945. *Nervenarzt* 67: 935-946.
- Hohendorf, G., Rotzoll, M., Richter, P., Eckart, W. und Mundt, C. (2002) Die Opfer der nationalsozialistischen "Euthanasie-Aktion T4". Erste Ergebnisse eines Projektes zur Erschließung von Krankenakten getöteter Patienten im Bundesarchiv Berlin. *Nervenarzt* 73: 1065-1074.
- Janz, H. (1952) Stellungnahme zu dem Entwurf eines Bundesgesetzes über das gerichtliche Verfahren bei Freiheitsentziehungen und Freiheitsbeschränkungen. *Nervenarzt* 23: 191-193.

- Juckel, G. und Gather, J. (2019) Das Stationssetting in der Psychiatrie: Wie "offen" kann und sollte es sein? *Nervenarzt* 90: 667-668.
- Keller, I., Floter, C., Ragoschke-Schumm, A. und Fassbender, K. (2016) Die Homburger Nervenlinik im Nationalsozialismus. Besonderheiten in der saarlandischen Grenzregion. *Nervenarzt* 87: 195-202.
- Koch, G. (1988) Leserschrift zum Beitrag von J.E. Meyer "Die Freigabe der Vernichtung lebensunwerten Lebens" von Binding und Hoche im Spiegel der deutschen Psychiatrie vor 1933. *Nervenarzt* 59: 750-751.
- Kowalinski, E., Hochstrasser, L., Schneeberger, A., Borgwardt, S., Lang, U. und Huber, C. (2019) Sechs Jahre "offene Türen" an den Universitären Psychiatrischen Kliniken Basel. *Nervenarzt* 90: 705-708.
- Kronenberg, G. und Hellweg, R. (2020) Weiterführende Gedanken zu Zeitgeist und Menschenrechten in Bezug auf psychiatrisches Handeln. *Nervenarzt* 91: 455-456.
- Kulenkampff, C. (1970) Wie schlecht ist die Krankenhauspsychiatrie in diesem Lande - Bemerkungen zu dem Buch von Frank Fischer "Irrenhäuser, Kranke klagen an". *Nervenarzt* 40: 150-152.
- Langelüddeke, A. (1952) Entwurf für ein Bundesgesetz zum Schutze psychisch kranker Personen *Nervenarzt* 23: 303-306.
- Leferez, H. (1952) Die psychiatrische Indikation der Schwangerschaftsunterbrechung und Unfruchtbarmachung nach geltendem Recht. *Nervenarzt* 23: 252-256.
- Löhr, M. Schulz, M. und Nienaber, A. (2019) Safewards: Sicherheit durch Beziehung und Milieu 187 Seiten 1. Auflage ed. Köln: Psychiatrie Verlag, 2019.
- Lorenzen, D. (1987) Bemerkungen zur Arbeit von G. Bruns Zwangseinweisung und ambulante Dienste. *Nervenarzt* 57: 261-262.
- Luxenburger, H. (1932) Erbprognose und praktische Eugenik im cyclothymenten Kreise. *Nervenarzt* 5: 505-518.
- Luxenburger, H. (1934) Einige für den Psychiater besonders wichtige Bestimmungen des Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses. *Nervenarzt* 7: 437-456.
- Mahler, L., Heinz, A., Jarchow-Jadi, I., Bempohl, F., Montag, C. und Wullschleger, A. (2019) Therapeutische Haltung und Strukturen in der (offenen) Akutpsychiatrie: das Weddinger Modell. *Nervenarzt* 90: 700-704.
- Mahler, L., Jarchow-Jádi, I., Montag C. und Gallinat, J. (2014) Das Weddinger Modell: Resilienz- und Ressourcenorientierung im klinischen Kontext 1. Auflage ed. Köln: Psychiatrie Verlag, 2014.
- Mavrogiorgou, P. und Juckel, G. (2015) Erregungszustände. *Nervenarzt* 86: 1111-1119.
- Merguet, H. (1955) Die Anstaltspsychiatrie in unserer Zeit. *Nervenarzt* 26: 384-390.

- Meyer, J. (1988) "Die Freigabe der Vernichtung lebensunwertten Lebens" von Binding und Hoche im Spiegel der deutschen Psychiatrie vor 1933. *Nervenarzt* 59: 85-91.
- Mir, J., Priebe, S. und Mundt, A. (2013) Psychisch Kranke in Ost- und Westdeutschland: Indikatoren der Institutionalisierung seit der politischen Wende. *Nervenarzt* 84: 844-850.
- Müller, S., Walter, H., Kunze, H., Konrad, N. und Heinz, A. (2012) a Zwangsbehandlungen unter Rechtsunsicherheit : Teil 1: Die aktuelle Rechtslage zu Zwangsbehandlungen einwilligungsunfähiger Patienten mit psychischen Erkrankungen. *Nervenarzt* 83: 1142-1149.
- Müller, S., Walter, H., Kunze, H., Konrad, N. und Heinz, A. (2012) b Zwangsbehandlungen unter Rechtsunsicherheit: Teil 2: Folgen der Rechtsunsicherheit in der klinischen Praxis - Vorschläge zur Verbesserung. *Nervenarzt* 83: 1150-1155.
- Nienaber, A., Hemkendreis, B., Lohr, M. und Schulz, M. (2014) Psychiatrie mit offenen Türen. *Nervenarzt* 85: 1438-1439.
- Nyhuis, P. und Zinkler, M. (2019) Offene Psychiatrie und gemeindepsychiatrische Arbeit. *Nervenarzt* 90: 695-699.
- Obiols, J. (1978) Antipsychiatrie: das neue Verständnis psychischer Krankheit Edited by Basaglia Franco. Reinbek b.Hamburg: Rowohlt, 1978.
- Ody, R. (1998) Zur Entschädigung der zwangssterilisierten Opfer des Nationalsozialismus. Ein noch immer nicht abgeschlossenes Kapitel. *Nervenarzt* 69: 815-817.
- Overhamm, G. (1952) Artikel 104,2 GG und die badische Lösung seiner Anwendung auf die Aufnahmepraxis der psychiatrischen Krankenhäuser *Nervenarzt* 23: 219-220.
- Pajonk, F. (2015) Zur Situation der Notfall- und Akutpsychiatrie in Deutschland. *Nervenarzt* 86: 1081-1090.
- Panse, F. (1964) Das psychiatrische Krankenhauswesen: Entwicklung, Stand, Reichweite und Zukunft, Stuttgart: Thieme, 1964.
- Petersen, P. und Liedtke, U. (1971) Zur Entschädigung zwangssterilisierter Zigeuner. *Nervenarzt* 42: 197-205.
- Pollmächer, T. (2015) Moral oder Doppelmoral? Das Berufsethos des Psychiaters im Spannungsfeld zwischen Selbstbestimmung, Rechten Dritter und Zwangsbehandlung. *Nervenarzt* 86: 1148-1156.
- Pollmächer, T. (2016) Der Behandlungsbegriff ist vom Kontext abhängig. *Nervenarzt* 87: 95-96.
- Pollmächer, T. (2019) Autonomiefokussierung als Leitgedanke einer minimal-restriktiven Psychiatrie. *Nervenarzt* 90: 669-674.
- Priebe, S. (2018) Wo kann es hingehen mit der Psychiatrie? *Nervenarzt* 89: 1217-1226.

- Reimer, F. (1977) Die Psychiatrie Reform am psychiatrischen Krankenhaus. *Nervenarzt* 48: 306-309.
- Reimer, F. (1985) Die Psychiatrie Reform am psychiatrischen Landeskrankenhaus. Erfolge und Hindernisse in den letzten 7 Jahren. *Nervenarzt* 56: 161-165.
- Richter, D. und Berger, K. (2001) Patientenübergriffe auf Mitarbeiter. *Der Nervenarzt* 72: 693-699.
- Roelcke, V. (2002) Zeitgeist und Erbgesundheitsgesetzgebung im Europa der 1930er Jahre: Eugenik, Genetik und Politik im historischen Kontext. *Nervenarzt* 73: 1019-1030.
- Roelcke, V. (2010) Psychiatrie im Nationalsozialismus: Historische Kenntnisse, Implikationen für aktuelle ethische Debatten. *Nervenarzt* 81: 1317-1318, 1320-1312, 1324-1315.
- Roelcke, V. (2012) Ernst Rüdin - renommierter Wissenschaftler, radikaler Rassenhygieniker. *Nervenarzt* 83: 303-310.
- Roelcke, V. (2013) Hans Roemer (1878-1947): Überzeugter Eugeniker, Kritiker der Krankentötungen. *Nervenarzt* 84: 1064-1068.
- Roelcke, V. und Schneider, F. (2012) Psychiater im Nationalsozialismus. Täterbiographien. *Nervenarzt* 83: 291-292.
- Rohe, T., Dresler, T., Stuhlinger, M., Weber, M., Strittmacher, T. und Fallgatter A. J. (2017) Bauliche Modernisierungen in psychiatrischen Kliniken beeinflussen Zwangsmaßnahmen. *Nervenarzt* 88: 70-77.
- Rotzoll, M., Fuchs, P., Richter, P. und Hohendorf, G. (2010) Die nationalsozialistische „Euthanasieaktion T4“. *Der Nervenarzt* 81: 1326-1332.
- Rotzoll, M. und Hohendorf, G. (2012) Krankenkommunismus im Dienst des Fortschritts? Der Heidelberger Psychiater Carl Schneider als Gehirnforscher und "therapeutischer Idealist". *Nervenarzt* 83: 311-320.
- Rößner, F., und Stöckle, Th. (2011) „Wohin bringt Ihr uns?“. Grafeneck 1940; NS-„Euthanasie“ im deutschen Südwesten; Geschichte, Quellen, Arbeitsblätter. Materialien. Stuttgart: Landeszentrale für politische Bildung.
- S3-Leitlinie Verhinderung von Zwang: Prävention und Therapie aggressiven Verhaltens bei Erwachsenen. 2019. 1. Aufl. Springer eBook Collection. Berlin ; Heidelberg: Springer. doi:10.1007/978-3-662-58684-6
- Safewards
<https://safewards.net/> (31.05.2021)
- Schmuhl, H. (2002) Zwischen vorseilendem Gehorsam und halbherziger Verweigerung: Werner Villingen und die nationalsozialistischen Medizinverbrechen. *Nervenarzt* 73: 1058-1063.
- Schmuhl, H. (2013) Walter Creutz und die "Euthanasie" in der Rheinprovinz: Zwischen Resistenz und Kollaboration. *Nervenarzt* 84: 1069-1074.

- Schmuhl, H. (2016) Die Gesellschaft Deutscher Neurologen und Psychiater im Nationalsozialismus Berlin, Heidelberg: Springer, 2016.
- Schneider, W. (1951) "Die Schlangengrube" und die deutsche Psychiatrie *Nervenarzt* 22: 109.
- Schneider, F. und Roelcke, V. (2013) Psychiater im Nationalsozialismus: Beispiele für Zivilcourage. *Nervenarzt* 84: 1041-1042.
- Schönke, A. (1951) Juristische Fragen der psychiatrischen Praxis. *Nervenarzt* 22: 161-162.
- Schott, H. und Tölle, R. (2006) Geschichte der Psychiatrie: Krankheitslehren, Irrwege, Behandlungsformen München: C.H. Beck, 2006.
- Seidel, R. (2013) Werner Leibbrand als psychiatrischer Gegner des Nationalsozialismus. *Nervenarzt* 84: 1043, 1046-1048.
- Silberzahn-Jandt, G. und Schmuhl, H. (2012) Friedrich Mauz - T4-Gutachter und Militärpsychiater. *Nervenarzt* 83: 321-328.
- Smolka, M., Klinitz, H., Scheuring, B. und Fähndrich, E. (1997) Zwangsmaßnahmen in der Psychiatrie aus Sicht der Patienten. Eine prospektive Untersuchung. *Nervenarzt* 68: 888-895.
- Söhner, F., v. Cranach, M., Fangerau, H. und Becker, T. (2017) Nach der "Aktion T4": "Regionalisierte Euthanasie" in der Heil- und Pflegeanstalt Günzburg. *Nervenarzt* 88: 1065-1073.
- Sollberger, D. und Lang, U. (2014) a Psychiatrie mit offenen Türen. Teil 1: Rational für Türöffnungen in der Akutpsychiatrie. *Nervenarzt* 85: 312-318.
- Sollberger, D. und Lang, U. (2014) b Psychiatrie mit offenen Türen. Teil 2: Therapeutische Herausforderungen. *Nervenarzt* 85: 319-325.
- Spengler, A. (1986) Bemerkungen zur Arbeit von G. Bruns Zwangseinweisung und ambulante Dienste. *Nervenarzt* 57: 615.
- Steger, F., Gorgl, A., Strube, W., Winckelmann, H. und Becker, T. (2011) Die "Aktion-T4". Erinnerung an Patientenopfer aus der Heil- und Pflegeanstalt Günzburg. *Nervenarzt* 82: 1476-1478, 1480-1472.
- Steger, F., Schmer, B., Strube, W. und Becker, T. (2012) Zwangssterilisationen nach dem Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses. Die Rolle der Heil- und Pflegeanstalt Günzburg. *Nervenarzt* 83: 366-373.
- Steinert, T. (1985) Die Geschichte des Psychiatrischen Landeskrankenhauses Weissenau: Darstellung der Anstalts-Geschichte von 1888 bis 1945 im ideengeschichtlichen u. sozio-ökonomischen Kontext, Weinsberg: Weissenhof-Verlag Kunow, 1985.
- Steinert, T., Hinüber, W., Arenz, D., Röttgers, H., Biller, N., Gebhardt, R.P. (2001) Ethische Konflikte bei der Zwangsbehandlung schizophrener Patienten. Entscheidungsverhalten und Einflussfaktoren an drei prototypischen Fallbeispielen. *Nervenarzt* 72: 700-708.
- Steinert, T. (2016) Fixierung ist keine Behandlung. *Nervenarzt* 87: 93-94.

- Steinert, T. (2019) Erste Schlussfolgerungen aus dem Melderegister für Zwangsmaßnahmen in Baden-Württemberg. *Nervenarzt* 90: 956-957.
- Steinert, T. und Flammer, E. (2019) Häufigkeit von Zwangsmaßnahmen als Qualitätsindikator für psychiatrische Kliniken? *Nervenarzt* 90: 35-39.
- Steinert, T. und Hirsch, S. (2020) S3-Leitlinie Verhinderung von Zwang: Prävention und Therapie aggressiven Verhaltens bei Erwachsenen. *Nervenarzt* 91: 611-616.
- Steinert, T. und Plewe, B. (2005) Psychiatrie in "Der Nervenarzt" von 1928-2000. *Nervenarzt* 76: 93-102.
- Steinert, T., Schmid, P. und Arbeitskreis zur Prävention von Gewalt und Zwang (2014) Zwangsmaßnahmen in psychiatrischen Kliniken in Deutschland: Gegenwärtige Praxis (2012). *Nervenarzt* 85: 621-629.
- Steinert, T., Schreiber, L., Metzger, F. und Hirsch, S. (2019) Offene Türen in psychiatrischen Kliniken: Eine Übersicht über empirische Befunde. *Nervenarzt* 90: 680-689.
- Sundermeyer, W. (1954) Der verfassungsmäßige Rahmen einer Gesetzgebung für psychisch Kranke *Nervenarzt* 25: 283-291.
- Teller, Ch. (2013) Hier brennt doch die Welt: 70. Todestag des Nervenarztes Dr. John Rittmeister. *Nervenarzt* 84: 1056-1057, 1060-1053.
- Valdes-Stauber, J., Deinert, H. und Kilian, R. (2012) Auswirkungen des Betreuungsgesetzes im wiedervereinigten Deutschland (1992-2009). *Nervenarzt* 83: 644-652.
- Vollmann, J. (2014) a Zwangsbehandlungen in der Psychiatrie: Eine ethische Analyse der neuen Rechtslage für die klinische Praxis. *Nervenarzt* 85: 614-620.
- Vollmann, J. (2014) b Das neue pauschalierende Entgeltsystem PEPP: Eine ethische Analyse. *Nervenarzt* 85: 1410-1418.
- Weinmann, S., Aderhold, V., Kleinschmidt, M., Zinkler, M. und von Peter, S. (2019) Zwangsmaßnahmen in psychiatrischen Kliniken - einer von vielen Indikatoren der Behandlungsqualität. *Nervenarzt* 90: 954-955.
- Winkler, W. (1966) Zwang und Freiheit in der Psychiatrie. *Nervenarzt* 37: 304-310.
- Winkler, W. (1970) Zum Gesetz über Hilfen und Schutzmaßnahmen bei psychischen Krankheiten. *Nervenarzt* 40: 548-554.
- Zala, Z., Kuckelsberg, R., Busch-Wübbena, U., Kick, C., Hinrichs, J., Heinz, A. und Strohle, A. (2008) Patientengerechte Aggressionsbewältigung in der Psychiatrie. Beschreibung eines Seminars und erste Ergebnisse. *Nervenarzt* 79: 827-831.
- Zilles, D., Koller, M., Methfessel, I., Trost, S. und Simon, A. (2018) a Behandlung gegen den natürlichen Willen am Beispiel der Elektrokonvulsionstherapie: Klinische, juristische und ethische Aspekte. *Nervenarzt* 89: 311-318.

- Zilles, D., Koller, M., Methfessel, S., Trost und Simon, A. (2018) b Ethik, Evidenz und Elektrokonvulsionstherapie. *Nervenarzt* 89: 839-840.
- Zinkler, M., Beine, K., von Cranach, M., Osterfeld, M. und Kaiser, M. (2018) Zwangsbehandlung mit Elektrokrampftherapie - wissenschaftlich ungesichert und menschenrechtlich fragwürdige Therapie. *Nervenarzt* 89: 837-838.

Eidesstattliche Versicherung

Name: Heyd Vorname: Veronika

Hiermit versichere ich, Veronika Heyd an Eides statt, dass ich die vorliegende Arbeit selbständig und ohne fremde Hilfe verfasst und keine anderen als die angegebenen Hilfsmittel benutzt habe. Die Stellen der Arbeit, die dem Wortlaut oder dem Sinne nach anderen Werken entnommen wurden, sind in jedem Fall unter Angabe der Quelle kenntlich gemacht. Die Arbeit ist noch nicht veröffentlicht oder in anderer Form als Prüfungsleistung vorgelegt worden.

Ich habe die Bedeutung der eidesstattlichen Versicherung und prüfungsrechtlichen Folgen sowie die strafrechtlichen Folgen (siehe unten) einer unrichtigen oder unvollständigen eidesstattlichen Versicherung zur Kenntnis genommen.

Auszug aus dem Strafgesetzbuch (StGB)

§ 156 StGB Falsche Versicherung an Eides Statt

Wer von einer zur Abnahme einer Versicherung an Eides Statt zuständigen Behörde eine solche Versicherung falsch abgibt oder unter Berufung auf eine solche Versicherung falsch aussagt, wird mit Freiheitsstrafe bis zu drei Jahren oder mit Geldstrafe bestraft.

Ort, Datum

Unterschrift