

2024



dr. margrit egnér-Stiftung

Festschrift

*Preisverleihung 2024
«Autonomie,
respektvoller Dialog –
und Zwang?»*

Inhaltsverzeichnis

| | |
|--|---|
| Stiftungszweck | 4 |
| Preisträger 2024 | 5 |
| Einführung in das Thema und Laudationes Prof. Dr. med. et Dr. phil. Paul Hoff | 7 |

Vorträge

| | |
|---|-----------|
| «Titel???» Momo Christen | 20 |
| «Mit zweierlei Mass? Patientenverfügungen in der Psychiatrie» Prof. Dr. med. Dr. phil. Nikola Biller-Andorno | 28 |
| «Eine Frage von Leben und Tod? Die Anwendung von Zwang als grösste ethische Herausforderung in der Psychiatrie» Prof. Dr. Tilman Steinert | 56 |
| Bisherige Themen der Preisverleihungen und Vorträge der Referenten | 70 |

Stiftungszweck

Die Dr. Margrit Egnér-Stiftung wurde 1983 gegründet. Sie fördert neue Ideen und besondere Leistungen auf dem Gebiet der anthropologischen und humanistischen Psychologie unter Einschluss der entsprechenden Richtungen der Philosophie und Medizin. Sie würdigt mit ihrem Preis Personen, die durch ihr Lebenswerk, das Verfassen einzelner hervorragender Arbeiten oder die praktische Tätigkeit auf wissenschaftlicher Grundlage zu einer humaneren Welt beitragen, in welcher der Mensch in seiner Ganzheitlichkeit im Mittelpunkt steht.

Die öffentliche Preisverleihung findet jeweils am zweiten Donnerstag im November statt. Nach einer Einführung ins jeweilige Thema des Jahres halten die Preisträger Referate zu ihrem Arbeitsgebiet.

Preisträger 2024



Momo Christen



Nikola Biller-Andorno



Tilman Steinert

Einführung in das Thema

Autonomie und Zwang: ein grösserer Gegensatz scheint kaum denkbar. Dies gilt immer im Zusammenleben von Menschen, also auch im Bereich der Medizin und damit der Psychiatrie. Vielleicht hat das Thema für die Psychiatrie sogar eine besondere Bedeutung, ist hier doch der Dialog, die tragfähige therapeutische Beziehung, nicht nur zentrales Instrument der Behandlung, sondern auch ein entscheidender Prädiktor für deren Erfolg. Es gibt noch einen weiteren Grund, warum sich die Psychiatrie mit dem schwierigen, ja belastenden Thema der Zwangsmassnahmen befassen muss, und der hat mit der Identität dieses Faches zu tun.

Es war nicht immer so, dass Menschen mit psychischen Erkrankungen als Leidende, als Patientinnen und Patienten, betrachtet wurden, die einen Anspruch auf Behandlung haben. Diesen entscheidenden Entwicklungsschritt verdanken wir dem aufklärerischen Denken des 18. Jahrhunderts, der Idee des sein Leben selbst gestaltenden, jedoch auch verantwortenden Bürgers. Ein solcher Verweis auf die aufklärerischen Wurzeln der Psychiatrie ist alles andere als unumstritten. Kritiker würden mit Blick auf die schrecklichen Verfehlungen, die es in der Geschichte der Psychiatrie eben auch gab, geradezu das Gegenteil behaupten. Ich teile deren Skepsis nicht und denke, dass sich unser Fach des Risikos eines Missbrauchs seiner Mittel ebenso wie seiner historischen Verantwortung bewusst werden und bleiben muss, gleichwohl aber anerkennen darf, dass seine Entstehung etwas mit dem Autonomiebegriff zu tun hat – mit der Notion der «denkenden Person», wenn ich das im Jahr von Immanuel Kants 300. Geburtstag, in dem wir uns gerade noch befinden, so sagen darf.

Um auf unsere Preisträgerinnen und unseren Preisträger zu sprechen zu kommen: Zwangsmassnahmen stellen für alle Beteiligten eine Belastung und Herausforderung dar, für die Betroffenen in erster Linie, aber auch für die Fachpersonen. Deren berufliches Selbstverständnis widerspricht in aller Regel der Ausübung von Zwang – und das ist auch gut so. Jedoch ist das Spektrum von Haltungen beträchtlich: Es gibt durchaus noch (wenn auch deutlich seltener als früher) die Auffassung, Zwang sei bei bestimmten psychiatrischen Zustandsbildern nun einmal nötig, sei gleichsam «naturgegeben» und müsse daher nicht weiter problematisiert werden. Die an Gewicht zunehmende Gegenposition lautet, die Ausübung von Zwang gegenüber Menschen mit Beeinträchtigungen, seien diese körperlicher oder psychischer Art, sei ethisch nie zu rechtfertigen, sei nie zulässig. Die vor genau 10 Jahren, 2014, von der Schweiz ratifizierte Behindertenrechtskonvention der Vereinten Nationen, die «UN-BRK», wird von manchen in diesem radikalen Sinn gelesen.

Nun gibt es viele Wege, sich dem Thema «Autonomie und Zwang in der Psychiatrie» anzunähern. Die Dr. Margrit Egnér-Stiftung zeichnet in diesem Jahr zwei Preisträgerinnen und einen Preisträger aus, die paradigmatisch und vorbildhaft unterschiedliche, wenn auch überlappende Zugangsweisen repräsentieren:

- Die Perspektive der ersten Person soll zuerst genannt werden. Wie fühlt es sich an, in einer psychischen Ausnahmesituation mit medizinischen Zwangsmassnahmen konfrontiert zu sein? Wie beeinflusst dies therapeutische Ansätze? Lässt es solche überhaupt noch zu? Welche kurz- und langfristigen Nachwirkungen treten auf? Momo Christen wird uns dazu berichten.*
- Es kann als Perspektive der zweiten Person gesehen werden, wenn wir versuchen, uns dem Erleben und*

Verhalten der Patientin und des Patienten anzunähern, es so nah wie möglich zu erfassen. Dies hat viel mit Respekt vor der anderen Person zu tun und bewegt sich damit deutlich jenseits eines blossen Abfragens der im Lehrbuch aufgezählten Symptome. Ein wichtiger Teil im Werk unserer Preisträgerin Professorin Nikola Biller-Andorno adressiert diesen Aspekt: In dem internationalen Projekt «DIPEx», auf das ich in der Laudatio noch zu sprechen kommen werde, geht es darum, wie Menschen ihre eigene – körperliche oder psychische – Erkrankung erleben und wie sie darüber sprechen.

- Unser Preisträger Professor Tilman Steinert hat sich über Jahrzehnte, um im grammatischen Bild zu bleiben, insofern mit der «Dritte Person-Perspektive» beschäftigt, als er in empirisch-wissenschaftlicher Weise untersuchte, wie psychiatrische Versorgung gerade bei schwer erkrankten Menschen stattfindet, welche Rolle Zwangsmassnahmen spielen und welche Hebel es geben könnte, diese zu vermindern. Natürlich wollen wir die Preisträgerinnen und den Preisträger nicht auf jeweils eine Perspektive reduzieren. Und doch dient die Betrachtung unseres Themas aus unterschiedlichen Blickwinkeln der Differenzierung und der Vertiefung. Eben deswegen zeichnet die Dr. Margrit Egnér-Stiftung die diesjährigen Persönlichkeiten aus.*

Es ist mir eine grosse Ehre, sie Ihnen im Folgenden kurz vorstellen zu dürfen und – gemeinsam mit meiner Stiftungsratskollegin, Frau Prof. Brandstätter-Morawietz – die Preise zu verleihen.

Im Anschluss werden wir die Vorträge von Momo Christen, von Professorin Nikola Biller-Andorno sowie von Professor Tilman Steinert hören.

Laudatio Momo Christen

Liebe Momo

In der Verlagsankündigung Deines 2017 erschienenen Buches «Sprung ins Leben», über das Du gleich selbst sprechen wirst, las ich einige markante Sätze – Sätze, an denen man hängen bleibt und die ich deswegen zitieren möchte:

«Momo Christen ist 1970 in Winterthur geboren und bis heute 40 Mal umgezogen. Sie lebte in den Kantonen ZH, SG, TG, LU, BE, SZ, ZG und GL. Heute lebt und arbeitet sie in Bern. ... Ihr Leben ist geprägt von Trennungen. Noch bevor sie Wurzeln schlagen kann, zieht sie das Leben jedes Mal weiter. Auf regelmässige Heimaufenthalte als Kind folgen Aufenthalte in der Psychiatrie als Erwachsene.»

Auf die biografischen Hintergründe, auf die sich dies alles bezieht, will ich nicht weiter eingehen. Das steht mir nicht zu, denn Du selbst hast den Mut, diese Themen anzusprechen. Was ich hingegen hervorheben möchte, ist der Respekt, den es mir – und ich denke, auch vielen Anderen und natürlich dem heutigen Auditorium – abnötigt, wenn wir sehen und hören, wie belastende, ja traumatisierende Erfahrungen, die Du gemacht hast, Dich nicht in eine vorwürflich-ablehnende, resignativ-depressive oder verbitterte Haltung hineintreiben konnten. Ich darf vor der Erfahrung einer mittlerweile 43-jährigen psychiatrischen Tätigkeit sagen, dass dies alles andere als selbstverständlich ist.

Für uns Fachleute ist es bedrückend, wenn bei einer Patientin oder einem Patienten aufgrund negativer Erfahrungen das Vertrauen in die Behandlung, das therapeutische Band, sehr schmal wird oder gar abreisst. So nämlich entsteht neuer Schaden, neues Leid für diese Person.

Im Gegensatz zu einem gängigen Psychiatrie-Klischee ist sich dieses Fach heute sehr wohl des Umstandes bewusst, dass es – wie ein Kollege es einmal ausdrückte – das «Risiko einer zweiten Erkrankung» gibt. Gemeint ist die Gefahr, dass zusätzlich zu den Belastungen durch die psychische Erkrankung selbst indirekte Folgen hinzutreten, etwa negative Reaktionen des sozialen Umfelds oder eben drängende und belastende Erinnerungen an eine stattgehabte Zwangsmassnahme. Ich habe von Patientinnen und Patienten nicht nur einmal gehört, dass dies letztlich sogar schlimmer sein könne als die Erkrankung selbst.

Dein Weg war und ist ein anderer. Du hast dich den schwierigen Themen gestellt, hast viel darüber nachgedacht – was schon anspruchsvoll genug ist. Darüber hinaus hast Du Dich nach aussen engagiert, hast Deine Erinnerungen und Gedanken weitergegeben, sei es schreibend oder in der öffentlichen Diskussion.

Gerne erwähne ich, wie sich dies in Deinem Lebenslauf widerspiegelt: Von 2010 bis 2012 hast Du eine Ausbildung zur Peer-Beraterin absolviert. Peers sind Menschen mit eigenen Erfahrungen mit einer psychischen Erkrankung, die sich in kritisch-konstruktiver Weise anderen Patientinnen und Patienten und psychiatrischen Institutionen beratend zur Verfügung stellen. Es gibt immer mehr psychiatrische Kliniken, die Peers nicht nur lobend erwähnen, sondern anstellen und in die Weiterentwicklung ihrer Konzepte einbeziehen. Von 2012 bis 2016 hattest Du die Funktion der Betroffenenvertreterin an den Universitären Psychiatrischen Diensten Bern (UPD Waldau) inne, auch das eine Brückenfunktion. 2006 bis 2023 hast Du psychotherapeutische Gruppen vorwiegend für Menschen mit Störungen der Emotionsregulation aus der Peer-Perspektive aufgebaut und geleitet. Seit 2006 und hoffentlich noch lange in die Zukunft unterrichtest Du, hältst Vorträge, bietest Beratungen an.

Und: Du hast dich getraut, über all das ein Buch zu schreiben, ein Buch über Dich, wenn ich so sagen darf. Ich weiss von Dir, dass dieser Entschluss am Anfang eine ambivalente Sache war: «Will ich wirklich so viel von mir preisgeben? Kann ich das überhaupt?» Aber auch: «Es wird mir helfen, mir guttun.»

Darüber wirst Du später selbst berichten in Deinem Vortrag mit dem Titel «Vertrauen und menschliche Wärme in der Psychiatrie versus professionelle Abgrenzung».

Zunächst aber hat der Stiftungsrat die grosse Ehre, Momo Christen den diesjährigen Dr. Margrit Egnér-Preis zu verleihen – wozu ich Dir, liebe Momo, sehr herzlich gratuliere.

Laudatio Prof. Nikola Biller-Andorno

Sehr geehrte Frau Professorin Biller-Andorno, liebe Nikola

Während sich die andere Preisträgerin und der andere Preisträger an das schöne, aber auch ein wenig akademisch-strenge Ambiente dieser Aula gewöhnen müssen, bist Du hier quasi zu Hause.

Unsere Preisträgerin ist, wie viele von Ihnen wissen werden, Direktorin des Instituts für Biomedizinische Ethik und Medizingeschichte der Universität Zürich. Nach Zürich kam sie vor fast 20 Jahren, im Jahr 2005. Nach ihrer Habilitation an der Universität Göttingen 2002 war Frau Professorin Biller-Andorno zunächst zwei Jahre bei der WHO in Genf als Ethikerin tätig, um dann einem Ruf auf die Professur für Ethik in der Medizin an der Berliner Universitätsklinik Charité zu folgen. Wie erwähnt, wechselte sie 2005 an die hiesige Universität.

Sie entfaltete in diesen nahezu 20 Jahren eine ausgesprochen breite Aktivität im Bereich der medizinischen Ethik. Der Stiftungsrat war beeindruckt von dem Umstand, dass Frau Professorin Biller-Andorno nachhaltig die theoretische Ebene der Medizinethik mit deren praktischer Seite, also mit der Perspektive der Patientinnen und Patienten sowie der Fachpersonen im Gesundheitswesen, verknüpfte. Selbstverständlich ist dies nicht, aber von enormer Bedeutung für die Medizin. Dies war schon immer so – und heute, im Zeitalter rasanter technologischer Entwicklungen, vor allem mit Blick auf die Digitalisierung, gilt es erst recht.

Herausgreifen möchte ich, dass unsere Preisträgerin 2012/2013 als Gastprofessorin an der Harvard University tätig war und von 2016 bis 2020 Fellow am Collegium Helveticum in Zürich, der von beiden Zürcher Hochschulen (Universität und ETH) gemeinsam betriebenen interdisziplinären Forschungsstätte. Sie ist Mit-

glied der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften und engagiert sich seit vielen Jahren beim Schweizerischen Nationalfonds (SNF), bei dem sie zunächst als Forschungsrätin tätig war, später, ab 2024, als Stiftungsrätin.

2022 wurde Frau Professorin Biller-Andorno in die «European Group on Ethics in Science and New Technologies» berufen, einer Arbeitsgruppe, die die Europäische Kommission berät. Nicht zuletzt bekleidet sie seit 2021 das Amt der Vizedekanin für Innovation und Digitalisierung an der hiesigen Medizinischen Fakultät (ein Amt, das Dich vermutlich gelegentlich an dieses Pult führt).

Ich greife von den vielfältigen wissenschaftlichen Aktivitäten zwei heraus.

- *Wie erwähnt, arbeitet Frau Professorin Biller-Andorno seit über 10 Jahren bei der internationalen Non-Profit-Organisation DIPEX mit, und zwar an zentraler Stelle. DIPEX steht für «Database of Individual Patients' Experiences», also «Datenbank zur Erfassung individueller Patientenerfahrungen». Das Projekt fusst auf langjährigen Vorarbeiten in Grossbritannien, wurde 2013 gegründet und ist mittlerweile in 13 Ländern vertreten, in der Schweiz unter Deiner Leitung. Patientinnen und Patienten berichten dort über ihren persönlichen Umgang mit einer Erkrankung. Während in den ersten Jahren körperliche Erkrankungen im Vordergrund standen, rücken nun zunehmend auch psychiatrische Störungen in das Blickfeld – und, umgekehrt, das Fach Psychiatrie beginnt, sich ernsthaft für diesen Ansatz zu interessieren.*
- *Der zweite Arbeitsbereich hat ebenfalls einen direkten Bezug zu Themen, für die sich die Dr. Margrit Egner-Stiftung einsetzt: Es sind ethische Aspekte psychiatrischen Handelns.*

Vorab aber noch eine kleine Anekdote (auch so etwas gibt es im Kontext von Preisverleihungen): Zwei unserer Preisträger haben bei der Vorbereitung zur heutigen Veranstaltung realisiert, dass sie vor vielen Jahren einmal gemeinsam zu einem hier gegenständlichen Thema publiziert haben. 2001 nämlich erschien in der wissenschaftlichen Zeitschrift «Der Nervenarzt» eine Publikation in der Erstautorschaft von Professor Tilman Steinert und in der Ko-Autorenschaft von Professorin Biller-Andorno über «Ethische Konflikte bei der Zwangsbehandlung schizophrener Patienten». Das ist 23 Jahre her. Der Stiftungsrat war sich dieser gemeinsamen Publikation bei seiner Entscheidung nicht bewusst. Aber, das darf ich sagen, der Entscheid des Stiftungsrates wurde durch das Entdecken dieser Publikation im Nachhinein bestätigt!

Nun aber zum Thema Ethik: Frau Professorin Biller-Andorno hat sich als Mitglied der Zentralen Ethikkommission der Schweizerischen Akademie der medizinischen Wissenschaften an der Erarbeitung von medizinethischen Richtlinien auch zu diesem Thema beteiligt. Es war und ist ihr stets ein Anliegen, solche Fragen konkret in die ärztliche Ausbildung – an unserer Universität und weit darüber hinaus – zu integrieren. Ihr umfassender Überblick über das Thema führte auch zu ihrer Rolle als Mitherausgeberin des «Oxford Handbook of Psychotherapy Ethics», das 2021 erschien.

In der jüngeren Vergangenheit hat sich die Preisträgerin intensiv mit der Frage von Patientenverfügungen im somatischen wie im psychiatrischen Bereich beschäftigt sowie mit dem dazugehörigen Oberthema der «Gesundheitlichen Vorausplanung» (GVP), die Du als wesentlichen Bestandteil einer patientenorientierten, also personalisierten medizinischen Versorgung siehst.

Aus dem letztgenannten Bereich wirst du später Deinen Vortrag halten zum Thema «Mit zweierlei Mass? Patientenverfügungen in der Psychiatrie».

Nun aber hat der Stiftungsrat die grosse Ehre, Frau Professorin Biller-Andorno den Dr. Margrit Egnér-Preis 2024 zu verleihen – wozu ich Dir, liebe Nikola, sehr herzlich gratuliere.

Laudatio Prof. Tilman Steinert

Sehr geehrter Herr Prof. Steinert, lieber Tilman

Was für die beiden Preisträgerinnen gilt, das gilt in gleicher Weise für Dich: Es liesse sich ganz viel sagen, ganz viel aufzählen, was Du in Deiner vierzigjährigen psychiatrischen Karriere für die Weiterentwicklung des Faches geleistet, welche Akzente Du gesetzt hast. Bei der – übrigens nicht einfachen – Frage, welche Aspekte ich an dieser Stelle herausgreifen soll, kam ich in vielleicht nicht wissenschaftlich nüchterner, aber ohne Frage zutreffender Weise zu folgender Aussage: Professor Steinert ist in erster Linie ein begeisterter Psychiater, der seinen Beruf auch nach Jahrzehnten schätzt, der versucht, psychiatrisches Handeln immer auch aus der Patientenperspektive zu bedenken.

Eben diese Grundhaltung führte Dich fast schon zwangsläufig zu Deinem zentralen Thema, der psychiatrischen Versorgungsforschung. Dabei geht es um die Frage, wie psychiatrische Leistungen im ambulanten, teilstationären und stationären Bereich an die Personen herangebracht werden, die sie benötigen. Wie wird die Qualität dieser Leistungen sichergestellt, wie deren faire Verteilung? Wie verhindert man eine Fehlversorgung?

Zugleich hast Du während Deiner gesamten Laufbahn – hier darf ich eine gewisse Geistesverwandtschaft zwischen uns beiden feststellen – die historische, besser: die ideengeschichtliche Dimension des Faches Psychiatrie bedacht und wissenschaftlich bearbeitet. Dein Einstieg in die wissenschaftliche Welt war 1984 eine Dissertation über die Geschichte des psychiatrischen Landeskrankenhauses Weissenau unter besonderer Berücksichtigung der Zeit des Nationalsozialismus und der damit verbundenen Verbrechen gegen die Menschlichkeit – an denen auch zahlreiche

psychiatrische Institutionen und Fachpersonen aktiv beteiligt waren.

Wer sich mit psychiatrischer Versorgung befasst, insbesondere wenn dabei die Akutpsychiatrie und die grossen Versorgungskliniken umfassend einbezogen werden, stösst schnell auf das Thema der medizinischen Zwangsmassnahmen. Dieses Thema hat Dich, wie Deine Publikationsliste nachdrücklich belegt, seit vielen Jahren nicht mehr losgelassen.

Bereits kurz nach der Habilitation 1997 gründete Professor Steinert den «Arbeitskreis zur Vermeidung von Gewalt und Zwang» im deutschen Bundesland Baden-Württemberg, wobei im Laufe der folgenden Jahre zahlreiche Kooperationen mit anderen Bundesländern, aber auch mit deutschschweizer Kantonen entstanden. Dazu gehörten gemeinsame Datenerhebungen, Veröffentlichungen und Tagungen (wenn ich Tagungen sage, dann meine ich nicht zwei oder drei, es waren deutlich über 50!). 2003 wurde Prof. Steinert zum ausserplanmässigen Professor der Universität Ulm ernannt, von 2017 bis 2024 leitete er als ärztlicher Direktor die Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie I der Universität Ulm oder, wie Insider sagen, «die Weissenau».

Viele psychiatrische Fachgesellschaften auf der ganzen Welt, aber auch Arbeitsgruppen zur Medizinethik befassen sich intensiv mit dem Thema Zwangsmassnahmen und deren Vermeidung, so auch die Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde, die DGPPN. Bei deren beiden Leitlinien «Therapeutische Massnahmen bei aggressivem Verhalten» (2010) und – viel zitiert und viel diskutiert – «Vermeidung von Zwang: Prävention und Therapie aggressiven Verhaltens bei Erwachsenen» (2018) warst Du federführender Autor.

Ausdrücklich erwähnen darf ich, dass das deutsche Verfassungsgericht Dich 2018 als Experte angehört hat,

als es sich mit der Frage der Fixierungen in der Psychiatrie beschäftigte. Über die nationale Perspektive hinaus engagierst Du Dich in einer ganzen Reihe von internationalen Gremien und Forschungsgruppen. So etwa warst Du in den Jahren 2020 bis 2024 an wesentlicher Stelle an einem von der EU finanzierten (und soeben beendeten) Projekt beteiligt mit dem schönen Akronym «FOSTREN» (Fostering and Strengthening Approaches to Reducing Coercion in Mental Health Services).

Was den Stiftungsrat besonders beeindruckte, war die Konsequenz, mit der Du über all die Jahre und Forschungsprojekte hinweg darauf abzieltest – und zwar sehr erfolgreich, wie ich denke –, die Reduktion und die Prävention von Zwang konsequent voranzutreiben sowie zugleich die Perspektive der klinischen Realität nie aus dem Auge zu verlieren. Es dürfe, so Dein Credo, wenn ich es so nennen darf, nicht bei der wohlfeilen Forderung nach Abschaffung von Zwang bleiben, sondern es bedürfe ebenso eines kritischen Diskurses, es bedürfe Leitlinien und Regeln für den konkreten Umgang mit Situationen, in denen aufgrund der Schwere des Krankheitsbildes Zwangsmassnahmen sich leider als unumgänglich erweisen. Der Stiftungsrat sieht darin einen überzeugenden Beleg dafür, dass es möglich ist, eine dezidierte Werthaltung und hohe medizin-ethische Standards glaubhaft zu verbinden mit profunder Kenntnis der klinischen Realität – und mit ausdrücklichem Respekt vor ihr.

Wir werden später Deinen Vortrag hören mit dem Titel «Eine Frage von Leben und Tod? Die Anwendung von Zwang als grösste ethische Herausforderung in der Psychiatrie».

Nun aber ist es dem Stiftungsrat eine grosse Ehre, Prof. Tilman Steinert den Dr. Margrit Egnér-Preis 2024 zu verleihen. Dazu, lieber Tilman, einen sehr herzlichen Glückwunsch.

Momo Christen

Titel???



Schreckliche Tage in der Psychiatrie

1999. Ich war nun schon seit sechs Wochen auf der offenen Station. Am Morgen arbeitete ich in der Buchbinderei und am Nachmittag hatte ich Gespräche mit der Ärztin,

einer Praktikantin und einem Psychologen. Ich hatte viele Freiheiten und ich genoss sie. Abstürze hatte ich nur selten und darauf war ich stolz. Der Tod von Bigi hatte mich wachgerüttelt. Ich wollte nicht so einsam in der Klinik sterben.

Eines Morgens in der Buchbinderei fühlte ich mich plötzlich schlecht. Ich ging aufs Klo und als ich aufstehen wollte, versagten meine Beine und ich fiel hin. Ich litt unter dissoziativen Störungen und war dann jeweils von den Hüften abwärts gelähmt. Das bedeutete für mich immer wieder auf den Rollstuhl angewiesen zu sein. Weil ich nicht an den Arbeitsplatz zurückkam, schaute die Atelierleiterin nach mir und als sie mich sah, rief sie sofort auf der Station an. Eine Betreuerin kam mit einem Rollstuhl und brachte mich ins Büro meiner Ärztin. Diese veranlasste eine Verlegung auf die geschlossene Station. Nein! Ich wusste nicht weshalb und warum. Ich hatte doch nichts getan. Ich hatte nicht konsumiert, hatte mich nicht verletzt und war doch auch keine Gefahr für andere. Also warum? Ich wollte auf keinen Fall freiwillig mit und weigerte mich. Drei Pfleger und die Praktikantin brachten mich im Rollstuhl ins Gebäude mit den geschlossenen Stationen. Ich weinte und bettelte. Alles half nichts. Wir fuhren mit dem Lift in den dritten Stock und als wir dort angekommen waren, ver-

suchte ich, mich mit dem Rollstuhl die Treppe hinunterzustürzen. Lieber wollte ich ins Krankenhaus als wieder auf die geschlossene Abteilung. Ein Betreuer hob sofort den Rollstuhl so an, dass ich ihn nicht mehr steuern konnte. Ein anderer schloss die Tür auf und noch einmal versuchte ich mich zu wehren. Ich hielt mich mit ganzer Kraft am Türrahmen fest. Auch das nützte nichts. Es kamen noch mehr Pfleger und sie zogen mich mit Gewalt weg und brachten mich ins Büro der zuständigen Ärztin. Ich verstand die ganze Situation nicht. Ich war gebrochen. Die Luft war draussen, ich hatte keine Kraft mehr.

Die Ärztin erklärte mir, dass sie mich nun in die Gurten legen würden. Zwangsfixierung nennt man das. Und schon wurde alles ganz hektisch. Das Bett mit den Gurten wurde vorbereitet. Sechs Menschen machten sich an mir zu schaffen. Sie zogen mir jedes Kleidungsstück aus und ich konnte mich nicht wehren. Ich wog damals nicht einmal 50 Kilogramm. Es war wie eine Vergewaltigung. Einer fesselte meinen linken Arm, ein anderer meinen rechten. Ebenso beide Füße. Über meinem Bauch wurde die fünfte und breiteste Gurte zugeschnallt. Mit einem Magnet kann man die Gurten öffnen und schliessen. Beim Einrasten gibt es ein spezielles Geräusch. Dieses Geräusch löst noch heute bei mir unguete Gefühle aus.

Da eine Hilfspflegerin nicht wusste, wie man meine Halskette öffnet, riss sie diese einfach von meinem Hals und zerstörte sie dabei. Ich hatte diese Kette von Bigi bekommen und war so wütend.

Gefesselt, nackt, eingesperrt und gedemütigt lag ich auf diesem Bett und war total ausgeliefert. Ab und zu kam eine Pflegerin und flösste mir Tee und Beruhigungsmittel ein. Ich musste dringend aufs Klo, aber selbst da wurde ich nicht aus den Gurten befreit. Ich musste im Bett auf einen Topf. Es war einfach nur Horror!

Einige Stunden später kam der Oberarzt und fragte mich, ob ich dankbar sei, wenn er mich aus den Gurten befreien würde. Verdammt, ich hätte alles gesagt, um aus diesen quälenden Gurten zu kommen. Die Gurte wurden gelöst, aber ich musste im Isolierzimmer bleiben. Im Isolierzimmer gibt es nur eine Matratze, sonst nichts. Die nächsten drei Tage verbrachte ich zusammengekauert und schweigend auf der Matratze. Ich ass nichts und wollte auch nichts mehr hören. Am vierten Tag wurde ich wieder auf die offene Station verlegt. Ich war froh, aber auch sehr misstrauisch, denn die Ärzte hatten mich sehr tief verletzt.

Vertrauen im Vorschuss kombiniert mit Dialog und menschlicher Wärme

Auf der Akut- Station. Schon am morgen früh war es hektisch und turbulent. Wenn so viele unterschiedliche Menschen mit verschiedensten Diagnosen aufeinandertreffen, ist das Zusammenleben ziemlich herausfordernd. Die Stimmung war aggressiv und extrem aufgeheizt, alle wollten irgendetwas von den Pflegenden und auch mir ging es sehr schlecht. Wie immer zu dieser Zeit schwankte ich zwischen Hochs und Tiefs. Ich konnte meine Gefühle weder wahrnehmen noch wirklich steuern. Die Diagnose Borderline half mir, mich einzuordnen und zu verstehen, warum ich anders war als die anderen. Ich litt schon sehr lange an Schlafstörungen und Reizüberflutung. Rückzug, welcher für mich immer sehr wichtig war (und auch heute noch ist) gab es weder im 4er-Zimmer, noch auf der restlichen Station. Ich hatte noch immer keinen Ausgang. Der Lärm und die Hektik führten dazu dass meine Anspannung ins unerträgliche wuchs und ich war kurz davor mir einmal mehr Schaden zuzufügen. Dies geschah in dieser Zeit durch Selbstverletzung (schneiden, verbrennen mit dem Kopf in Wände hauen) oder Konsum von harten Drogen, Alkohol Me-

dikamenten oder Cannabis. Gefühlsregulation kannte ich zu dieser Zeit noch nicht.

Dann sah ich meine Ärztin auf dem Gang. Gestresst flehte ich sie an, mir wenigstens eine kurze Weile Ausgang zu gewähren um der Station, dem Lärm und all den Mitpatienten entfliehen zu können. Ich versprach ihr, dass ich weder fliehen noch konsumieren würde. Sie wies mich darauf hin, dass ich nichts versprechen solle, was ich nicht halten könne. Sie erklärte mir, dass es für sie ok wäre, wenn ich verspreche, dass ich pünktlich zur abgemachten Zeit und freiwillig zurück auf die Station komme. Sie vertraue auf mein Wort. WOW, Vertrauen. Dieses mir entgegengebrachte Vertrauen war mir heilig! Niemals hätte ich dieses Vertrauen bewusst ausgenutzt und dieser Kurzurlaub in der Cafeteria war der Anfang einer tragenden Beziehung zu dieser meiner Ärztin. Ich war nun bereit mitzuarbeiten. Pünktlich und ohne abzustürzen kehrte ich auf die Station zurück. Es war übrigens dieselbe Ärztin, welche mich hatte fixieren lassen.

Meine eigene Emo-Reg-Gruppe

Ab Sommer 2007 konnte die PTK aus Kapazitätsgründen keine externe Emo-Reg-Gruppe mehr anbieten. Ich beschloss spontan, diese Lücke zu füllen und eine ambulante Selbsthilfegruppe zur emotionalen Regulation zu gründen. Einerseits für mich selbst, aber auch, um als verantwortliche Leiterin einer solchen Gruppe anderen etwas von meinen Erfahrungen und Kenntnissen weiterzugeben. Ich fühlte mich zu diesem Entscheid ermutigt durch meine eigenen Erfahrungen. Ich habe selbst als Betroffene viele positive Erfahrungen mit dieser Gruppe machen können und psychologische Fragen hatten mich schon immer interessiert. Ich hatte bemerkt, dass mir der Aufenthalt in der PTK zwar etwas brachte, dass die Stimmungsschwankun-

gen und auch der damit aufkommende Drang zu selbstverletzendem Verhalten jedoch weiterhin ein Thema blieben. Mit den vier Modulen der Emotionsregulations-Gruppe hatte ich jedoch für mich selbst etwas «Konkretes» erhalten, um auf Dauer mit meinen immer wiederkehrenden hohen Spannungen bewusster umgehen zu können. Die vier als besonders hilfreich erlebten Module sind:

1. Innere Achtsamkeit
2. Stresstoleranz
3. Umgang mit zwischenmenschlichen Fähigkeiten
4. Bewusster Umgang mit den eigenen Gefühlen

Ich besprach mein Vorhaben mit meiner ehemaligen Therapeutin und mit Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern aus dem Pflorgeteam der PTK, mit meinem Partner und weiteren Personen. Ich erhielt von allen Personen positive Feedbacks. Die breite Unterstützung war für mich sehr motivierend und stärkte mich in meinem Prozess des Rollenwechsels von der Patientin zur selbständigen Leiterin einer Selbsthilfegruppe.

Die erste Sitzung meiner Gruppe fand im August 2007 statt. Dank meiner ehrenamtlichen Tätigkeit als Köchin in der «Prärie», einem Begegnungsort der Kirche, wo arme, obdachlose und süchtige Menschen für fünf Franken essen können, konnte ich unentgeltlich einen Raum für unsere Sitzungen benutzen. Der Vertrag war auf ein Jahr befristet und die Treffen mussten unentgeltlich angeboten werden.

Die von mir geleitete «Selbsthilfegruppe zur emotionalen Regulation» richtet sich an Personen mit einer Borderline-Erkrankung oder einer posttraumatischen Belastungsstörung sowie an andere Interessierte. Die Sitzungen finden wöchentlich statt und sind unentgeltlich. In einem Vorgespräch mit mir werden die Interessierten über die Ziele und Teilnahmebedingungen in-

formiert. Zusätzlich habe ich einen Flyer kreiert, in welchem die Gruppe beschrieben ist.

Die Emo-Reg-Selbsthilfegruppe versteht sich in erster Linie als Übungsgruppe, in welcher die Teilnehmer und Teilnehmerinnen lernen, mit hohen Spannungen umzugehen.

Durch die Teilnahme an den Treffen sollen folgende Fähigkeiten gefördert werden:

1. Befriedigende Beziehungen aufrechterhalten
2. Stimmungsschwankungen regulieren
3. Spannungen und Frustrationen aushalten
4. Achtsam mit sich selbst und anderen umgehen

Verringert werden sollen:

1. Chaotische Beziehungen
2. Starke Gefühls- und Stimmungsschwankungen
3. Übermässige Impulsivität
4. Identitätsunsicherheit und Denkstörungen

Die Teilnehmer und Teilnehmerinnen sollen neue Fertigkeiten erlernen, mit deren Hilfe sie Verhaltens-, Gefühls- und Denkmuster verändern können. Dadurch sind sie in der Lage, besser mit seelischen Belastungen und Schwierigkeiten im Alltag umzugehen. Zu den Teilnahmebedingungen gehört unter anderem die Bereitschaft, weiterhin eine ambulante Therapie bei einer Psychiaterin oder einem Psychiater durchzuführen und den Vertrag der Emo-Reg-Gruppe einzuhalten. Dieser verbietet den Konsum von Drogen oder Alkohol während den Sitzungen. Diese Regelungen sollen sicherstellen, dass die Teilnehmenden neben der Selbsthilfegruppe auch eine professionelle therapeutische Betreuung haben. Damit soll verhindert werden, dass ich in die Rolle einer verantwortlichen Einzeltherapeutin gerate.

Teilnehmer und Teilnehmerinnen, welche der Gruppe drei Mal unentschuldig fernbleiben, verlieren ihren Anspruch auf einen Platz. Zudem müssen sich alle Teilnehmer und Teilnehmerinnen verpflichten, vertrauliche Informationen nicht an Dritte weiterzugeben. Betroffene, welche sich in einer akuten Krise befinden, dürfen nicht an den Sitzungen teilnehmen.

Zur Zeit kommen zwischen acht und neun Personen regelmässig zu den Sitzungen.

Prof. Dr. med. Dr. phil. Nikola Biller-Andorno

Mit zweierlei Mass?

Patientenverfügungen in der Psychiatrie



Einleitende Worte

Sehr geehrter Herr Dr. Lanter, lieber Herr Kollege Hoff, verehrtes Publikum, es ist mir eine grosse Freude und Ehre, zu diesem festlichen Anlass beitragen zu dürfen.

Es muss im Frühjahr gewesen sein, als ein Einschreiben der Stiftung bei uns am Institut eintraf. Ich musste den Brief dreimal lesen, bis ich begriff, dass ich einen Preis erhalten soll. Beim Überfliegen hatte ich zunächst gedacht, jemand anderes erhalte einen Preis und ich sei zu den Feierlichkeiten eingeladen und solle bei der Gelegenheit einen Vortrag halten.

Als ich die Nachricht dann verstanden hatte, war ich zugleich freudig überrascht, ein wenig beschämt – verdiene ich das? – und angespornt, mich dieser Auszeichnung auch mit meinen künftigen Arbeiten als würdig zu erweisen.

Ich möchte diese drei Reaktionen ein wenig erläutern, da sie helfen können, mich als Vortragende zu positionieren. Denn es scheint mir beim Diskurs über das komplexe und heikle Thema «Zwang in der Psychiatrie» wichtig, kurz darzulegen, vor welchem Hintergrund man sich äussert.

Zunächst zur ersten Reaktion, der Überraschung: Es ist mir bewusst, dass ich in vielerlei Hinsicht höchst privilegiert bin: Nicht nur lebe ich in einer wohlhabenden Demokratie, in der Freiheit und Fairness wichtige Grundwerte sind, sondern ich habe als Wissenschaftlerin an einer traditionsreichen, renommierten Universität auch noch einen Beruf, der mir grosse Gestaltungsspielräume

lässt. Und doch hat sich mein Alltag als berufstätige, alleinerziehende Mutter von drei (inzwischen erwachsenen) Kindern über weite Strecken wie ein Marathon angefühlt, dessen Ziel es war, den vielfältigen Verpflichtungen, die ich doch alle gerne eingegangen bin, gerecht zu werden. Auch bei einer ausgeprägten Bereitschaft, eigene Bedürfnisse hintanzustellen, bei hoher Effizienz und einer bewussten Priorisierung bleibt doch oft das Gefühl zurück, nicht alles so geschafft zu haben, wie man es gern getan hätte. Vielleicht schärft eine solche Lebenserfahrung den Blick für diejenigen, die in unserer scheinbar perfekt funktionierenden Leistungsgesellschaft unter die Räder zu kommen drohen.

Meine zweite Reaktion – verdiene ich das überhaupt? – erklärt sich, wenn man sich die Zielsetzung des Preises vor Augen führt: Die Dr. Margrit Egnér-Stiftung (ich zitiere) «würdigt mit ihrem Preis Personen, die (...) zu einer humaneren Welt beitragen, in welcher der Mensch in seiner Ganzheitlichkeit im Mittelpunkt steht.»¹ Das ist ein hoher Anspruch. Ich habe in den vielen Jahren, die ich in der Medizinethik tätig bin – in Deutschland, an der Weltgesundheitsorganisation und seit bald zwei Jahrzehnten hier in Zürich – versucht, zu einer verantwortlichen Nutzung neuer Technologien beizutragen sowie zu einer Gesundheitsversorgung, für die Patientorientierung mehr ist als ein Werbespruch. Letzteres ist angesichts systembedingter Fehlanreize eine Mammutaufgabe, die die Möglichkeiten einer einzelnen Wissenschaftlerin weit übersteigt. Ich habe mich jedenfalls oft genug wie Don Quichotte gefühlt. Was ich aus dieser Erfahrung mitnehme, ist die Einsicht, dass Veränderungen in komplexen Systemen oft erstaunlich viel Zeit brauchen und nur im Konzert der verschiedenen Akteure mit ihren jeweiligen Ansatzpunkten und Perspektiven bewältigt werden können.

Meine dritte Reaktion, der Ansporn, bringt mich dazu, meine Erfahrungen als Ressource zu begreifen und zu nutzen. Erschöpfung und Enttäuschung zu kennen hilft, vulnerable Gruppen – als Thema immer en vogue in der Medizinethik – nicht nur als Steilvorlage für das nächste, hoffentlich oft zitierte Paper zu begreifen, sondern mit Empathie und auf Basis empirisch fundierter ethischer Analysen auf Verbesserungen für die jeweiligen Gruppen hinzuwirken. Mit diesen Werkzeugen, Empathie und ethische Analyse, will ich mich nun auf den Weg machen.

Dabei muss ich jedoch deklarieren, dass ich für den Bereich der Psychiatrie weder eigene praktische Erfahrungen als Versorgende noch als Betroffene oder auch nur als Angehörige mitbringe. Es ist mir ein wichtiges Anliegen, «Besserwisserei» aus der bequemen Distanz zu vermeiden, die für unmittelbar Involvierte wohl schwer erträglich wäre. Daher bin ich jederzeit interessiert, im Austausch mit Menschen mit Psychiatrie-Erfahrung sowie mit Kolleginnen und Kollegen aus der Praxis weiter dazuzulernen. Zugleich hoffe ich, dass gerade auch ein externer Blick auf den Umgang mit Zwang in der Psychiatrie hilfreich sein kann. Mein Privileg ist es, Annahmen und Abläufe, die unmittelbar Beteiligten als selbstverständlich gegeben erscheinen, hinterfragen zu dürfen. Und so werde ich in der Tat immer wieder von Personen angesprochen, die im klinischen Umfeld das erleben, was wir in der Medizinethik als «moralischen Stress» bezeichnen. Den Auslösern für dieses Unbehagen weiter nachzugehen, hilft oft, ethische Probleme besser zu verstehen.

Zwang in der Psychiatrie – noch immer eine Herausforderung für alle Beteiligten

Das Thema meines heutigen Vortrags, Patientenverfügungen in der Psychiatrie, hat viel mit einem ethischen «Dauerbrenner» zu tun, der Androhung oder

Anwendung von Zwang, welche mein Nachredner, Professor Steinert, wohl zu Recht als grösste ethische Herausforderung in der Psychiatrie bezeichnet (Steinert et al. 2001).

Man könnte meinen, das Thema sei längst erledigt. Hat nicht der französische Psychiater Philippe Pinel vor über zweihundert Jahren im Zeitalter der Aufklärung die, wie es damals hiess, «Geisteskranken» im Bicêtre in Paris von ihren Ketten befreit? Doch wie wir wissen, war es mit der Geste nicht getan. Die Frage nach der Rolle von Zwang und seiner Berechtigung ist auch heute noch von grosser Aktualität.

Die Anwendung von Zwang, um Personen, deren Wahrnehmung oder Verhalten vom Üblichen abweicht, abzusondern oder von selbst- oder fremdgefährdendem Verhalten abzuhalten, kann aus gesellschaftlicher Perspektive als Versuch interpretiert werden, sowohl der Fürsorgepflicht genüge zu tun als auch Normalität und Funktionalität aufrecht zu erhalten. Ein vor sich hin murmelnder, verwahrloster Mensch stört vor dem Juwelier; jemand, der distanzlos Menschen anspricht und laut zu singen beginnt, nervt im vollbesetzten Tram. Und eine Person, die völlig verzweifelt auf einer Brücke auf und ab läuft, gibt den zufällig vorbeikommenden Passanten ein ungutes Gefühl. Wir fühlen uns dann rasch verunsichert und überfordert. Auf diese Bedrohung der Normalität wird in einem ersten Impuls mit Abwehr und Ausgrenzung reagiert.

Oft dient die Psychiatrie dann als Auffangstation für Personen, die in der «normalen» Gesellschaft, sei es vorübergehend oder dauerhaft, keinen Platz haben. Der Soziologe Erving Goffman hat in seinem Klassiker «Asyle» aus dem Jahr 1961 für diese Art von Einrichtung, die der Fürsorge für unselbständige Personen oder auch dem Schutz der Gesellschaft dient, den Begriff der «totalen Institution» geprägt. Er beschreibt die

gravierenden Auswirkungen, die der von einer Autorität ausgeübte Zwang und die dadurch erlebte Demütigung und Entrechtung auf das Rollenverständnis und Selbstbild der betroffenen Personen haben kann.

Nun ist die moderne Psychiatrie weit entfernt von einer «Verwahrpsychiatrie», deren «Insassen» oft über lange Zeit weggesperrt werden und dem Gutdünken des Personals ausgeliefert sind². Verdienstvolle Bemühungen von Persönlichkeiten wie Paul Hoff haben massgeblich zur Entwicklung der Psychiatrie als einer patienten-zentrierten, selbstreflexiven Disziplin der Medizin beigetragen. Meine Vorrednerin Momo Christen hat die Bedeutung von Vertrauen und menschlicher Wärme in der Psychiatrie eindrucksvoll dargestellt. Und doch kann Goffmans Werk als warnende Erinnerung an die Macht und damit die Verantwortung psychiatrischer Institutionen dienen, besonders wenn es den Betroffenen verwehrt ist, die Einrichtung zu verlassen oder angeordnete Massnahmen abzulehnen.

Denn: Auch in einem Land wie der Schweiz, in dem die Selbstbestimmung und Selbstverantwortung des Individuums eine wichtige Rolle spielen, sind Zwangsmassnahmen gegenüber Menschen mit psychiatrischen Erkrankungen sehr präsent.

So gab es in der Schweiz im Jahr 2022 mindestens 18 367 Fürsorgerische Unterbringungen³, also im Schnitt 50 Zwangseinweisungen pro Tag, Tendenz steigend. Das entspricht in etwa zwei Personen pro 1000 Einwohner – eine der höchsten Raten in Europa. Fürsorgerisch untergebracht werden vor allem Personen im mittleren Lebensalter mit Schizophrenie, affektiven Störungen und Suchterkrankungen; im höheren Lebensalter ist Demenz ein häufiges Merkmal.⁴ Der Anteil unfreiwilliger Hospitalisierungen an der Gesamtfallzahl in der Psychiatrie schwankt je nach Kanton zwischen 10 bis knapp 40 Prozent (Morandi et al. 2021), im

Kanton Zürich war im Jahr 2016 jeder dritte Patient betroffen (Hotzy et al. 2018).

Doch nicht nur hinsichtlich der Häufigkeit, auch bei der Umsetzung gibt es grosse kantonale Unterschiede, was z. B. die Berechtigung zur Veranlassung einer Fürsorgerischen Unterbringung (FU) betrifft. In den letzten Jahren wurden mit Unterstützung durch das Schweizerische Gesundheitsobservatorium und den Nationale Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken Anstrengungen unternommen, ein Monitoring aufzubauen, welches künftig einen nationalen Überblick über den Einsatz von Zwang bei Menschen mit psychiatrischen Erkrankungen erlauben soll (vgl. Morandi 2021).

Wie sieht nun die rechtliche Lage aus? Gemäss Schweizerischem Zivilgesetzbuch darf eine Person – egal ob urteilsfähig oder nicht – gegen ihren Willen in einer geeigneten Einrichtung eingewiesen und untergebracht werden, «wenn sie an einer psychischen Störung oder an geistiger Behinderung leidet oder schwer verwahrlost ist und die nötige Behandlung oder Betreuung nicht anders erfolgen kann» (ZGB, Art. 426). Die Belastung und der Schutz von Angehörigen und Dritten sind dabei zu berücksichtigen, können für sich genommen aber keine FU rechtfertigen.

Die Anordnung einer FU ist in formaler Hinsicht recht niederschwellig. Sie kann durch die Kindes- und Erwachsenenschutzbehörde, aber auch durch Ärzte erfolgen. Die Anforderungen an deren Qualifikation variieren von Kanton zu Kanton (Jäger et al. 2024b). Die Formulare sind auf den Webseiten der jeweiligen Gesundheitsdirektionen abrufbar.⁵

Im Gegensatz zur Fürsorgerischen Unterbringung ist für eine Zwangsbehandlung die Urteilsunfähigkeit des Patienten Voraussetzung. Auch darf es keine weniger einschneidende Massnahme geben und die Behandlung muss – vom Notfall abgesehen – von der

Chefärztin oder dem Chefarzt schriftlich angeordnet worden sein (ZGB, Art. 434). In knapp 10% aller psychiatrischen Behandlungsfälle kommt mindestens eine freiheitsbeschränkende Massnahme – in Form von Isolation, Fixierung oder Zwangsmedikation – zum Einsatz (ANQ 2024).

Schilderungen in den Medien⁶ machen darauf aufmerksam, wie einschneidend, erschütternd und traumatisierend Zwang oft erlebt wird, selbst wenn manche Betroffene im Nachhinein froh sind, behandelt worden zu sein. Solche Erfahrungsberichte gibt es natürlich nicht nur aus der Schweiz, sondern auch aus anderen Ländern. Sehr interessant sind im Fall der SRF-Dokumentation vom Mai des Jahres die Kommentare zur Sendung.

SRF News: Psychiatrische Kliniken – Fixiert und eingesperrt: Wie Zwangsmassnahmen junge Menschen in der Schweiz traumatisieren (01. Mai 2024)

Ausgewählte Kommentare

«Das soll also das beste Gesundheitsystem der Welt sein? Klingt eher nach Diktatur ohne den politischen Faktor. Durch meinen besten Freund miterlebt – von einem Moent zum anderen fremdbestimmt, und nur medikamentöse Ruhigstellung, keine Gesprächstherapie. Es gibt sicher Fälle, wo dies unumgänglich ist, aber der Missbrauch von Zwangsmassnahmen scheint in unserem System endemisch zu sein. Eine ganze Welt ausserhalb der Grundrechte die Bürger einer Demokratie eigentlich geniessen sollten.»

«Leider geht im Artikel ein ganz wesentlicher Punkt unter, den wir in den letzten 22 Jahren bei der Begleitung unserer Tochter immer wieder erlebt ha-

ben: Isolation und Fixierung wird sowohl von «Ärzten» und speziell auch von sog. Pflegepersonal als DRUCKMITTEL verwendet, damit die PatientInnen brav gehorchen. Oder als «den einfachsten Weg». Das hat nichts mit einer Notlage zu tun, sondern nicht selten mit Machtmissbrauch, Empathielosigkeit und /oder völliger Unkenntnis der Rechtslage.»

«Wurde auch nicht thematisiert: Bei einer Zwangseinweisung haben Patientinnen KEINE WIRKLICHEN Rechte! Jeder Verbrecher hat das Anrecht auf einen Anwalt und Vorführung beim Haftrichter in 24h. Psychi-PatientInnen haben das alles nicht! Jeder Arzt kann die Einweisung machen, und die Psychiatrie kann die Patientinnen je nach Kanton Tage bis wochenlang formlos wegsperren, ruhigstellen, was immer sie wollen. Eine erfolgreiche Beschwerde vor Gericht ist aus der Klinik in der Praxis erfolglos.»

«Die Arbeit mit psychisch kranken Menschen ist generell nicht einfach. Wenn dann aber noch Mitarbeitermangel, Überstunden und völlig überfüllte Stationen dazukommen, dann wird es irgendwann unmöglich allem gerecht zu werden. Überforderte Menschen machen Fehler und das ist nie toll für die Betroffenen. Leider möchte aber auch kein Kanton mehr als das absolute Minimum für die Unterbringung von Klient*Innen bezahlen, erwartet wird aber trotzdem immer mehr Qualität. Das geht irgendwann nicht mehr auf»

«Ich lebe in San Francisco, Kalifornien und wuenschte mir das viele Leute auf der Strasse zwangseingeliefert wuerden. Ihr Schweizer habt keine Ahnung wie das es sich lebt wenn man die Abnormalen hat die beginnin einem das Leben von den Normalen zu bestimmen und zu veraendern. Ich weiss genau von was ich rede. Ich finds sehr wich-

tig dass man die mental Kranken einweist. Darum bin ich dafür.»

<https://www.srf.ch/news/schweiz/missstaende-in-der-psychiatrie-sechs-tage-festgebunden-und-mit-medikamenten-ruhiggestellt>, zuletzt aufgerufen am 9. November 2024

Die Reaktionen auf die Medienberichte illustrieren die «Double bind-Situation» psychiatrischer Institutionen, die René Bridler bereits vor einem Jahrzehnt sehr treffend beschrieben hat (ich zitiere): «Einerseits werden sie von der Gesellschaft, die psychische Krankheit unter administrativer Kontrolle wissen will, zur Ausübung von Polizeifunktionen in einem Ausmass legitimiert und verpflichtet, das sie – von der Seuchenbekämpfung (...) einmal abgesehen – vom Rest der Medizin scharftrennt. Andererseits schlägt ihnen von derselben Gesellschaft tiefes Misstrauen entgegen, das sich in einer Unzahl von Vorschriften und Verboten manifestiert, mit denen ihr Tun diszipliniert werden soll.» (Bridler 2013).

Die Richtlinien der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften zum Thema Zwangsmassnahmen in der Medizin (wohlgemerkt, nicht nur in der Psychiatrie), die um die gleiche Zeit herum entstanden sind, versuchen dieser Herausforderung zu begegnen, indem sie den ethisch-rechtlichen Rahmen transparent darlegen und auf die Rechtfertigungsbedürftigkeit von Einschränkungen der Selbstbestimmung verweisen (SAMW 2015). Die Richtlinien haben ohne Zweifel einen wichtigen Schritt hin auf ein regelgeleitetes Verständnis von Zwang getan: Die Anwendung von Zwang darf nur subsidiär und nach dem Prinzip der Verhältnismässigkeit erfolgen. Gleichwohl scheint, mit Blick auf die hohe Inzidenz und den niederschweligen Einsatz von Zwang sowie die wenig ausgeprägte Rechenschaftspflicht, die Umsetzung dieser Grundsätze noch nicht in idealer

Weise zu erfolgen (Ehram et al. 2023). Der Überarbeitungsprozess, in dem sich die Richtlinien aktuell befinden, bietet eine hervorragende Gelegenheit, im engen Austausch von Theorie und Praxis, von normengeleiteter Betrachtung und persönlicher Erfahrung, weitere Verbesserungen zu erwirken.

Relevante Vorarbeiten sind bereits geleistet worden: Ein Positionspapier der Stiftung Pro Mente Sana hat vor wenigen Jahren eine Reihe an Forderungen im Sinne einer rechthebasierten Umsetzung der Fürsorgereichen Unterbringung formuliert (Gurtner et al., 2022). Eine Evaluation im Auftrag des Bundesamts für Justiz zeigt auf Basis wissenschaftlicher Daten klar die Bereiche auf, in denen Verbesserungsbedarf besteht und gibt eine Reihe von Empfehlungen, wie die Ziele der Einführung des Kindes- und Erwachsenenschutzrechts im Jahr 2013, insbesondere die Förderung der Selbstbestimmung und die Verbesserung des Rechtsschutzes, erreicht werden können (Socialdesign et al. 2022, Jäger et al. 2024a). Als eines der Handlungsfelder mit Überprüfungsbedarf nennt der Bericht die Patientenverfügung (Socialdesign et al. 2022, S. 132). Auf diese will ich mich im Folgenden konzentrieren.

Die Aufwertung von Patientenverfügungen als Lösungsansatz?

Patientenverfügungen sind vor etwa 50 Jahren zunächst in den USA aufgekommen, primär um ungewünschte lebensverlängernde Massnahmen abzuwehren. Die intensivmedizinischen Möglichkeiten hatten sich damals rasch entwickelt, die Angst vor einer «Apparatemedizin» machte sich breit. Während viele Leute nicht «an Schläuchen hängend» sterben wollten, wussten die Ärzte nicht recht, unter welchen Umständen sie die Maschinen, die zunächst Leben gerettet hatten, abstellen durften. In diesem Ringen um den Respekt

vor der Selbstbestimmung der Patienten und um die Rolle von Vertrauenspersonen als Vertreter dieses Willens, haben sich Patientenverfügungen als Möglichkeit etabliert, wichtige Aspekte der künftigen medizinischen Versorgung im Voraus zu definieren. Wenngleich das Konzept und die Umsetzung der Patientenverfügung nicht unkritisiert geblieben ist, so hat diese doch in vielen Ländern zunehmend Verbreitung gefunden. Inzwischen hat fast die Hälfte aller Personen über 65 Jahre in der Schweiz eine Patientenverfügung.⁷

Die gesetzlichen Regelungen sehen vor, dass urteilsfähige Personen in einer Patientenverfügung festlegen können, welchen medizinischen Massnahmen sie für den potentiellen Fall einer künftigen Urteilsunfähigkeit zustimmen oder nicht zustimmen. Zudem können Vertretungspersonen bezeichnet werden, die mit der behandelnden Ärztin oder dem behandelnden Arzt die medizinischen Massnahmen besprechen und stellvertretend entscheiden (ZGB, Art. 370). Dabei gilt: «Die Ärztin oder der Arzt entspricht der Patientenverfügung, ausser wenn diese gegen gesetzliche Vorschriften verstösst oder wenn begründete Zweifel bestehen, dass sie auf freiem Willen beruht oder noch dem mutmasslichen Willen der Patientin oder des Patienten entspricht⁸.» Wenn der Patientenverfügung nicht entsprochen wird, müssen die Gründe im Patientendossier festgehalten werden (ZGB, Art. 372).

Im Falle einer Fürsorgerischen Unterbringung ist der rechtliche Status von Patientenverfügungen schwächer, sie sind lediglich «zu berücksichtigen» (Art. 433). Statt einer Vertretungsperson kann der/die Betroffene eine Vertrauensperson beiziehen, die unterstützt (ZGB, Art. 432).⁹ Diese Relativierung gilt nicht für somatische Behandlungen, auch wenn es sich um die gleiche Person handelt. Und sie gilt wohlgerne nicht für Personen, welche sich freiwillig in stationärer psychiatri-

scher Behandlung befinden. Im Notfall allerdings können «die zum Schutz der betroffenen Person oder Dritter unerlässlichen medizinischen Massnahmen sofort ergriffen werden» (ZGB, Art. 435), der Wille der Betroffenen ist hierbei wiederum nur zu berücksichtigen (Wüthrich 2023). In der Psychiatrie gilt also eine Art «Sonderrecht», welches von den Standards in der Somatik abweicht.¹⁰

Diese «Patientenverfügungen light» können in erster Linie genutzt werden kann, um Behandlungspräferenzen, Erfahrungen und Werthaltungen mitzuteilen oder gar, um Zwang für den Fall einer künftigen Urteilsunfähigkeit im Voraus zuzustimmen, selbst wenn die Anwendung in der akuten Situation nicht dem Willen der oder des Betreffenden entsprechen sollte.¹¹ Verschiedene Institutionen haben verdienstvollerweise Formulare entwickelt, die versuchen, den potentiellen Nutzen für eine individualisierte Versorgung zu maximieren¹².

Doch während es ausserhalb des FU-Kontexts möglich ist, per Vorausverfügung eine Behandlung zu verweigern, auch wenn dies eine Selbstgefährdung bedeutet, nicht mit dem ärztlichen Urteil konform geht und allenfalls eine Zusatzbelastung für das Team oder die Angehörigen mit sich bringt, bleibt dies untergebrachten Menschen verwehrt, zumindest, was ihre psychiatrische Behandlung betrifft.

Dabei wäre, wie Studien gezeigt haben, durchaus Interesse an einer verbindlichen Patientenverfügung in der Psychiatrie vorhanden (Braun et al., 2022). Die internationale Literatur zeigt zudem, dass psychiatrische Patientenverfügungen positive Effekte hinsichtlich Selbstbestimmung und Ermächtigung haben und zu einer Reduktion von Zwangsmassnahmen führen können.¹³ Anders als Personen, die eine somatische Patientenverfügung ausfüllen und sich oft die entsprechenden Zustände (z. B. den Aufenthalt auf einer

Intensivstation) nur schwer vorstellen können, wissen psychiatrienerfahrene Personen oft sehr gut, worüber sie befinden (Bridler 2013). Auch könnten zahlreiche Abgrenzungsprobleme zwischen psychiatrischer und nicht-psychiatrischer Patientenverfügung vermieden werden (Hausheer et al. 2022, S. 611-612).

Es überrascht daher nicht, dass schon bald nach der Einführung der Regelungen Kritik an an den Doppelstandards geübt worden ist (Bridler 2013). Aus ethischer Perspektive wurde festgehalten, dass «Personen mit psychischen Störungen vielfach durchaus in der Lage sind, eine gültige Patientenverfügung zu verfassen, und genau wie andere Menschen ein prinzipielles und verbindliches Recht auf Selbstbestimmung haben, auch wenn sie in akuten Krisensituationen besonders schutzbedürftig sind» (Trachsel & Biller-Andorno 2016). Die Forderung nach einer verbindlichen Patientenverfügung wird somit eingebettet in ein Plädoyer für gleiche Rechte für Patienten unabhängig von der Diagnose und dem Behandlungssetting sowie für eine Abschaffung des Sonderrechts für psychisch kranke Menschen (Socialdesign 2024, Wüthrich 2023). Aus dieser Perspektive lässt sich dann auch die Fürsorgerische Unterbringung von urteilsfähigen Personen nicht mehr rechtfertigen (Jäger et al. 2024 a), besonders wenn diese nicht fremdgefährdend sind und gegen ihren Willen und ihr Urteil zu ihrem eigenen Schutz institutionalisiert werden sollen.

Einheitliche Standards für alle Patientenverfügungen unabhängig von Diagnose und Behandlungssetting würden bedeuten, dass fürsorgerisch Untergebrachte, wie alle anderen Patienten auch, im urteilsfähigen Zustand eine bindende Patientenverfügung ausstellen können, mit der sie für den Fall einer künftigen Urteilsunfähigkeit Behandlungswünsche äussern, aber auch Massnahmen klar ablehnen können, selbst wenn damit

eine Selbstgefährdung einhergeht¹⁴. Die Selbstgefährdung kann – wie in der sonstigen Medizin – auch eine mögliche Todesfolge umfassen.¹⁵ In Analogie zur Somatik würde dies auch die Zwangseinweisung miteinschliessen, so wie es auch sonst möglich ist, die Einweisung in ein Spital oder auf eine Intensivstation zu verweigern.¹⁶ Zugleich bietet die Patientenverfügung auch die Gelegenheit, zu artikulieren, welche übergeordneten Therapieziele angestrebt werden, so dass leichter eine geeignete Einrichtung gefunden und die Behandlung daran ausgerichtet werden kann.¹⁷

Bereits die aktuell noch relativ wenig eingesetzte nicht-bindende psychiatrische Patientenverfügung birgt ein noch nicht ausgeschöpftes Potential, Präferenzen, Erfahrungen und Bedürfnisse besser zur Geltung zu bringen (Socialdesign et al. 2022, bes. S. 94 und S. 132). Eine Aufwertung zu einer vollgültigen Patientenverfügung könnte solche Effekte verstärken und in verschiedener Hinsicht positive Entwicklungen mit sich bringen:

- Stärkung von Patientenrechten und Patientenautonomie, Entlastung von Angehörigen (in ihrer Rolle als Verfechter des Patientenwillens);*
- kein «Sonderrecht» für fürsorgerisch untergebrachte Personen, Vermeiden von Inkonsistenzen und Abgrenzungsfragen;*
- Prävention von Zwangssituationen, die sich wiederum negativ auf die psychische Gesundheit auswirken können;*
- Vermeidung von ungewünschten medizinischen Eingriffen («Personalisierte Medizin») und Ausrichtung der medizinischen Versorgung am angestrebten Behandlungsziel (bes. mit Blick auf Ausrichtung kurativ vs. palliativ);*
- Sensibilisierung für exzessiven oder missbräuchlichen Einsatz von Zwang, Signalwirkung zur Entwick-*

lung von Alternativen (bes. in Verbindung mit Meldepflicht/Aufsicht).

Wenn die Abschaffung der Doppelstandards und die Aufwertung der psychiatrischen Patientenverfügung ein solches Potential hat, warum, so mag man sich fragen, ist dies dann nicht schon längst geschehen? Im Rahmen der bereits erwähnten Evaluationsstudie hat sich gezeigt, dass eine deutliche Mehrheit der Befragten für die Gleichstellung war, wobei es bei Personal und Zuweisern mehr Ablehnung gab als bei Betroffenen, Angehörigen und Peers (Socialdesign et al. 2022, S. 93).

Betrachten wir also kurz mögliche Gründe gegen eine verbindliche psychiatrische Patientenverfügung einschliesslich der Möglichkeit, Zwangsmassnahmen aufgrund von Selbstgefährdung zu untersagen. Im Rahmen dieses Festvortrags kann ich die Argumente nur andeuten und nicht im einzelnen ausführen.

Argument 1: «Das war schon immer so, Zwang ist (leider) Teil von Psychiatrie.»

- Sein-Sollen-Fehlschluss

Argument 2: «Zwang in der Psychiatrie/Medizin ist in Ordnung. Die Leute sind nachher doch dankbar.»

Problematische normative Prämisse («Paternalismus ist angemessen»)

- Konfligiert mit Recht auf (antizipative) Selbstbestimmung (inclusive des Rechts auf ein selbstbestimmtes Sterben).
- Falls enggefasst für Psychiatrie: Diskriminierung von Menschen mit psychischen Erkrankungen

Argument 3: «Gerade in der Psychiatrie müssen wir alles versuchen, um Leben zu retten.»

Argument der schiefen Ebene: Wenn wir X zulassen, folgt (zwangsläufig) Y. Die unausgesprochene Sorge ist

in diesem Fall die Abwertung und Vernachlässigung von Menschen mit psychischen Erkrankungen (vgl. Euthanasieprogramme zur Zeit des Nationalsozialismus).

- Bringt Wertschätzung für und Sorge um vulnerable Gruppe in Stellung gegen deren Selbstbestimmung
- Schwaches Argument: Zwangsläufigkeit ist nicht gegeben (aber Sensibilität für mögliche negative Entwicklungen ist dennoch wichtig)

Argument 4: «Psychiatrische Patienten sind ja oft nicht am Lebensende, was soll da eine Patientenverfügung?»

Fehlerhafte Prämisse («Patientenverfügungen sind nur für das Lebensende gedacht»). Therapieziele und Präferenzen bezüglich bestimmter Interventionen betreffen nicht nur das Lebensende.

Argument 5: «Einer Patientenverfügung zu viel Gewicht zu geben, ist zu riskant. Was, wenn sich der/die Betreffende umbringt und wir es hätten verhindern können?»

Auch in der Somatik dürfen Menschen qua Patientenverfügung Entscheidungen treffen, die dazu führen, dass sie sterben, obwohl dies mit medizinischen Massnahmen hätte verhindert werden können (Ablehnung von Wiederbelebungsmaßnahmen, Hospitalisierung, intensivmedizinische Massnahmen etc.)

- Hinter dem Argument stecken möglicherweise auch Bedenken wegen rechtlicher Folgen («Defensivmedizin») und Reputationsschäden für die Einrichtung. Dies ist allerdings per se kein ethisches Argument.
- Verweist aber auf wichtige Fragen
 - zum Umgang mit dem Lebensende sowie dem Konzept der Futility in psychiatrischen Einrichtungen
 - zum institutionellen Selbstverständnis bzw. zum Rollenverständnis der dort tätigen Berufsgruppen
 - zu den gesellschaftlichen Erwartungen an die Psychiatrie (z. B. Suizide verhindern)

Argument 6: Die Überprüfung der Urteilsunfähigkeit (als Voraussetzung für die Wirksamkeit einer Patientenverfügung) ist im akuten Fall schwierig.

Dies mag zutreffen, kann aber kein Grund sein, Personen ihr Recht auf antizipative Selbstbestimmung abzusprechen.

- Pragmatisches Argument, das eher die Entwicklung/Implementierung robuster Standards zur Evaluation der Urteilsfähigkeit als Forderung nahelegt.*
- Andererseits würde gerade in dem Fall, in dem ein Patient eine Behandlung in der konkreten Situation ablehnt UND diese auch in der Patientenverfügung abgelehnt wird, die Frage nach der Urteilsfähigkeit unerheblich, denn dann müsste in jedem Fall von der Massnahme abgesehen werden (ausser allenfalls im Notfall).*

Argument 7: «Die Wünsche in einer Patientenverfügung umzusetzen, ist für uns nicht leistbar.»

Fragwürdige ethische Güterabwägung, die im Bereich der somatischen Medizin so vermutlich nicht akzeptiert würde (zumindest solange es um die Ablehnung von Interventionen geht¹⁹): Man setzt sich aus Ressourcengründen mit Zwang über die Selbstbestimmung von Patienten hinweg und nimmt erhebliche Folgeschäden für die Betroffenen in Kauf.

- Durchaus plausible pragmatische Argumentation, gerade mit Blick auf Personalmangel und Ressourcenknappheit, die zumindest auf einen Teil der Patientenwünsche zutreffend kann. Allerdings nicht klar, ob von denjenigen, die das System bezahlen und (potentiell) nutzen, auch so gewünscht (bes. problematisch in profitorientiertem System).*

In der Summe sehe ich kein überzeugendes ethisches Argument gegen die Aufwertung der psychiatrischen Patientenverfügung. Gerade mit Blick auf unsere gestiegene Sensibilität hinsichtlich der Gefahren von Diskriminierung und Benachteiligung, wie sie in der Behindertenrechtskonvention zum Ausdruck kommt (United Nations 2006), scheint mir, dass die aktuell existierenden Doppelstandards nicht zu rechtfertigen sind. Ebenso klar ist mir jedoch, dass eine solche Änderung erhebliche praktische Herausforderungen mit sich bringen kann, für deren Bewältigung die Teams konzeptuelle Unterstützung wie auch die notwendigen Ressourcen brauchen.

Wir haben im Laufe des Vortrags gesehen, dass Zwang in der Psychiatrie ein komplexes Phänomen ist. Auch wenn ich verbindliche Patientenverfügungen für einen vielversprechenden Ansatz halte, so ist mir bewusst, dass sie keine Panacea, kein Allheilmittel sind. Denn Zwang kann aus verschiedenen, mehr oder weniger guten Gründen zum Einsatz kommen: zum Beispiel, weil für andere Lösungen das Personal nicht vorhanden ist; aufgrund von persönlicher Überforderung oder mangelndem Training; oder gar weil man – wie eine Reportage in der New York Times vor wenigen Monaten aufgedeckt hat – mit zwangsweise zurückgehaltenen Patienten gut verdienen kann.²⁰ Aber vielleicht können wirksame Patientenverfügungen doch dazu beitragen, Patientenrechte zu stärken und Missbrauch vorzubeugen und auf diese Weise andere Initiativen zur Reduktion von Zwang synergistisch unterstützen.²¹

Resümee und Ausblick

Es besteht ein weitestgehender Konsens, dass Zwang ein schwerwiegender Eingriff in das Grundrecht der persönlichen Freiheit und daher nur als ultima ratio einzusetzen ist (Gassmann & Bridler, 2016).

- «Die Prämisse Zwang als «ultima ratio» bedingt eine angemessene Prävention und einen konsequenten Schutz vor Missbrauch.» (Jäger et al. 2024)
- Die Patientenverfügung hat das Potential, hierzu einen relevanten Beitrag zu leisten.
- Die orientierende (und nicht bindende) Wirkung der psychiatrischen Patientenverfügung schwächt dieses Potential und schafft ein Sonderrecht, das ethisch fragwürdig ist und Menschen mit psychischen Erkrankungen diskriminiert.
- Wenn wir ein Recht auf Selbstbestimmung unabhängig von der Diagnose akzeptieren, folgt daraus:
 1. Keine Zwangsmassnahmen zur Vermeidung von Selbstgefährdung gegen den Willen urteilsfähiger Personen.
 2. Zwangsmassnahmen zur Vermeidung von Selbstgefährdung können von urteilsfähigen Personen für einen möglichen künftigen Zustand der Urteilsunfähigkeit per Patientenverfügung ausgeschlossen werden.
 3. Der Patientenverfügung (PV) ist zu entsprechen, solange a) nichts gefordert wird, was gegen das Gesetz verstösst und b) im Eintretensfall keine Anzeichen vorliegen, dass der/die Betreffende ihre Meinung geändert hat. Das Vorliegen einer PV ist vor einer allfälligen Einweisung oder, sollte dies versäumt worden sein, bei der Untersuchung nach der Einweisung routinemässig zu erfragen.
- Eine solche Aufwertung des Rechts auf Selbstbestimmung für alle urteilsfähigen Personen macht eine Anpassung der rechtlichen Normen und der gesellschaftlichen Erwartungen an die Psychiatrie erforderlich («Ordnungsauftrag»).
- Der Nutzen der Patientenverfügung (PV) sollte nicht auf die Abwehr von Zwang enggeführt werden, son-

dern insgesamt eine Ausrichtung an den gewünschten übergeordneten Therapiezielen des betreffenden Individuums erleichtern

→ Beitrag zu individualisierter und damit idealerweise auch effizienterer Behandlung.

- Eine stärkere Gewichtung von Patientenpräferenzen kann Anlass geben zur aktiven Auseinandersetzung mit Konzepten wie «Futility» (Wirkungs-/ Aussichtslosigkeit)²² und Palliation in der Psychiatrie (Stoll et al. 2021) sowie zu Entwicklung/ Ausbau bedürfnisorientierter Versorgungsangebote (z. B. im ambulanter oder home care-Bereich), ev. unter Berücksichtigung neuer Möglichkeiten im Zuge der digitalen Transformation in der Medizin.
- Sollte der psychiatrischen PV mehr Gewicht verliehen werden, kommt der Qualität eine besondere Bedeutung zu.
 - keine Beratungspflicht, aber Beratungsangebote; Aus-, Fort- und Weiterbildung für Versorgende; intelligente (digitale) Entscheidungshilfen.²³
- Internationaler Austausch, um voneinander zu lernen, wie Selbstbestimmung, Nichtdiskriminierung, Nichtschaden und Fürsorglichkeit am besten integriert werden können.

Es besteht in der Öffentlichkeit wie auch in Fachkreisen aktuell ein hohes Problembewusstsein. Zugleich wird dem Respekt vor Autonomie und der Offenheit für Diversität, einschliesslich der Neurodiversität, in der heutigen Gesellschaft ein hoher Stellenwert eingeräumt. Ich bin daher zuversichtlich, dass wir gemeinsam ethisch reflektierte und zugleich praxistaugliche Lösungen finden können.

Danksagung

Ich schliesse mit einem herzlichen Dank an die Dr. Margrit Egnér-Stiftung. Bedanken möchte ich mich ebenfalls bei meinen Kolleginnen und Kollegen für den fachlichen Austausch sowie auch bei meinen Kindern, die gerade mit Studium und Beruf beginnen und als wache Beobachter:innen ihrer Zeit für mich eine stete Quelle der Inspiration sind.

Referenzen

Bridler R. Das neue Erwachsenenschutzrecht und die Psychiatrie: Einen Schritt vor, zwei Schritte zurück. Schweiz Ärztezeitung 2013;94:12.

Bühler N, Kowalinski E, Dechent F, Walther K, Lang U, Huber C. Zwangsmassnahmen und offene Türen in der Schweiz. Schweiz Ärztezeitung. 2023;104(10):72-74.

Ehram A, Bridler R, Cattapan K. Zwangseinweisungen in die Psychiatrie – Qualität der ärztlichen FU-Einweisungszeugnisse in einer psychiatrischen Klinik. Swiss Arch Neurol Psychiatr Psychother 2023;02:52-58.

Gassmann, J., Bridler, R. «Fürsorgerische Unterbringung». In: Fountoulakis/Affolter-Fringeli/Biderbost/Steck (Hrsg.), Fachhandbuch Kindes- und Erwachsenenschutzrecht. Zürich, Basel, Genf 2016, S. 329–40.

Goffman E: Asylums: Essays on the social situation of mental patients and other inmates. Anchor Books: New York, 1961.

Gloeckler S, Scholten M, Weller PJ, Ruck Keene A, Pathare A, Pillutla R, Andorno L, Biller-Andorno N. Psychiatric advance directive policies – a comparative review. Manuscript in preparation, 2024.

Gurtner C, Wüthrich U, Joos S, Schwendener N, Pernollet N, Eckstein R, Staub R. Rechtebasierte Umsetzung der fürsorglichen Unterbringungen. Ein Positionspapier der Stiftung Pro Mente Sana, 2022.

Hausheer H, Geiser T, Aebi-Müller RE. Das Familienrecht des Schweizerischen Zivilgesetzbuches. 7., vollst. überarb. Auflage. Bern: Stämpfli Verlag 2022.

Hotzy F, Moetteli S, Theodoridou A, Schneeberger AR, Seifritz E, Hoff P, et al. Clinical course and prevalence of coercive measures: an observational study among involuntarily hospitalised psychiatric patients. Swiss Medical Weekly 2018; 148: w14616-w.

Jäger M, Hotzy F, Spiess M, Ruffin R, Theodoridou A. Evaluation der Bestimmungen zur fürsorglichen Unterbringung in der Schweiz. *Swiss Arch Neurol Psychiatr Psychother* 2024a;175(3):76–80.

Jäger M, Hotzy F, Traber R, Morandi S, Schneeberger AR, Spiess M, et al. Kantonale Unterschiede bei der Umsetzung der fürsorglichen Unterbringung in der Schweiz. *Psychiatr Prax* 2024b;51(1):24–30.

Morandi S, Silva B, Masson A. Nationale Zahlen zur fürsorglichen Unterbringung in der Schweiz: Bestandesaufnahme und Perspektiven. Bern: BAG 2021.

Nationaler Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken (ANQ). Medienmitteilung vom 17. Oktober 2024, <https://www.anq.ch/de/anq-qualitaetsmessungen-2023-mit-ersten-separaten-ergebnissen-zur-alterspsychiatrie/>.

Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaft SAMW. Richtlinien Urteilsfähigkeit in der medizinischen Praxis. Bern: 2019. <https://www.samw.ch/de/Ethik/Themen-A-bis-Z/Beurteilung-der-Urteilsfaehigkeit.html>

Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaft SAMW. Richtlinien Zwangsmassnahmen in der Medizin. Bern: 2015. <https://www.samw.ch/de/Ethik/Themen-A-bis-Z/Zwangsmassnahmen-in-der-Medizin.html> (in Überarbeitung).

Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (Obsan): Fürsorgliche Unterbringung in Schweizer Psychiatrien. *Obsan Bulletin* 02/2018.

Socialdesign und Forschungsgruppe Mental Health Care and Service Research. Evaluation der Bestimmungen zur fürsorglichen Unterbringung (FU; Art. 426 ff. ZGB). Im Auftrag des Bundesamtes für Justiz, 2022. <https://www.bj.admin.ch/bj/de/home/publiservice/publikationen/externe/2022-08-02.html>

Steinert T, Hinüber W, Arenz D, Röttgers HR, Biller N, Gebhardt RP: Ethische Konflikte bei der Zwangsbehandlung schizophrener Patienten. *Der Nervenarzt* 2001;72:700-708.

Stoll J, Hodel MA, Riese F, Irwin SA, Hoff P, Biller-Andorno N, Trachsel M. Compulsory Interventions in Severe and Persistent Mental Illness: A Survey on Attitudes Among Psychiatrists in Switzerland. *Front Psychiatry* 2021;12:537379.

Trachsel M, Biller-Andorno N. Mit zweierlei Mass: Die mangelnde Verbindlichkeit von Patientenverfügungen bei untergebrachten Personen mit psychischen Störungen in der Schweiz. *Ethik Med* 2016;28:239–247.

United Nations: Convention on the Rights of Persons with Disabilities, 2006. <https://www.edi.admin.ch/dam/edi/de/dokumente/internationales/amtliches/uno-konvention.pdf.download.pdf/uno-konvention.pdf>

Wüthrich U: Die Patientenverfügung in der schweizerischen Psychiatrie. *GesR* 4/2023, 205-211.

Fussnoten

- 1 Vgl. <https://margritegner.ch/die-stiftung/>, zuletzt aufgerufen am 9. November 2024.
- 2 Herr Dr. med. Davide Zani, Psychiater und PhD-Kandidat im Programm «Biomedical Ethics and Law» der UZH, hat in seinem Vortrag an unserem Institut im Februar 2024 «The evolution of compulsion in mental healthcare in Switzerland and neighboring countries» Isolation/Institutionalization – Correction – Moral Judgement – Paternalism/Benevolence als historische Etappen zur Diskussion gestellt.
- 3 Die mittlere Aufenthaltsdauer ist bei Personen mit Schizophrenie und bei Demenzerkrankten mit über 5 bzw. 6 Wochen am längsten, im Vergleich zu 20 Tagen bei Suchterkrankungen und 30 Tagen bei affektiven Störungen. Gut ein Viertel aller Eingewiesenen verlässt das Spital innerhalb einer Woche (Obsan 2018).
- 4 Vgl. <https://ind.obsan.admin.ch/indicator/obsan/fuersorge-ische-unterbringung-in-schweizer-psychiatrien>, zuletzt aufgerufen am 3. November 2024.
- 5 Vgl. z. B. für den Kanton Zürich https://www.zh.ch/content/dam/zhweb/bilder-dokumente/themen/gesundheit/gesundheitsberufe/fachspezifische-informationen/arzt_aerztin/fuersorgerische_unterbringung/formular_fuersorgerische_unterbringung_durch_aerztin_arzt.pdf, zuletzt aufgerufen am 8. November 2024.
- 6 Vgl. z. B. die SRF-Rundschau vom 1. Mai 2024 (<https://www.srf.ch/play/tv/rundschau/video/gefesselt-und-ingesperrt-mehr-zwangsmassnahmen-in-der-psychiatrie?urn=urn:srf:video:698f436c-e964-450d-a721-d487d312d224>).
- 7 <https://gfs-zh.ch/wp-content/uploads/2017/10/Zahlen-und-Fakten-zur-Selbstbestimmung-bei-Urteilsunf%C3%A4higkeit.pdf> sowie https://gfs-zh.ch/wp-content/uploads/2021/05/gfs-Resultate_Vorsorge_2020_2021_d.pdf, zuletzt aufgerufen am 08. Oktober 24.
- 8 Für den Notfall gilt: «In dringlichen Fällen ergreift die Ärztin oder der Arzt medizinische Massnahmen nach dem mutmasslichen Willen und den Interessen der urteilsunfähigen Person.» (ZGB, Art. 379)
- 9 Hier gilt im Notfall: «In einer Notfallsituation können die zum Schutz der betroffenen Person oder Dritter unerlässlichen medizinischen Massnahmen sofort ergriffen werden. Ist der Einrichtung bekannt, wie die Person behandelt werden will, so wird deren Wille berücksichtigt.» (ZGB, Art. 435)
- 10 Vgl. https://www.usz.ch/app/uploads/2021/01/20170918_ppt_Bridler.pdf, zuletzt aufgerufen am 8. November 2024.
- 11 Nicht alle Länder kennen diese Art von Doppelstandards (Gloeckler et al, in Vorbereitung). In Deutschland gibt es zum Beispiel keine Bestimmung, welche die Bedeutung von Patientenverfügungen untergebrachter Personen relativiert (Wüthrich 2023).
- 12 Vgl. z. B. <https://www.sanatorium-kilchberg.ch/patienten-angehoerige/psychiatrische-patientenverfuegung/> sowie <https://promentesana.ch/selbstbestimmt-gegenes/klinikaufenthalt-und-selbstbestimmung/psychiatrische-patientenverfuegung>, zuletzt aufgerufen am 8. November 2024.
- 13 Für entsprechende Literaturverweise vgl. Gloeckler et al, in Vorbereitung.
- 14 Für eine Übersicht über Massnahmen vgl. https://www.anq.ch/wp-content/uploads/2020/08/ANQ_PSY_EP_EFM-Infos.pdf, bes. Graphik auf S. 3.
- 15 Das deutsche Bundesverfassungsgericht hat vor wenigen Jahren sehr klar das Recht auf selbstbestimmtes Sterben artikuliert: «Die Entscheidung des Einzelnen, seinem Leben entsprechend seinem Verständnis von Lebensqualität und Sinnhaftigkeit der eigenen Existenz ein Ende zu setzen, ist im Ausgangspunkt als Akt autonomer Selbstbestimmung von

- Staat und Gesellschaft zu respektieren.» (https://www.bundesverfassungsgericht.de/SharedDocs/Entscheidungen/DE/2020/02/rs20200226_2bvr234715.html). Die Regelungen in der Schweiz, etwa zur Suizidassistenten, scheinen ebenfalls von diesem ethisch-rechtlichen Grundsatz getragen.
- 16 Aktuell ist bei einer Fürsorgerischen Unterbringung noch nicht einmal der aktuelle Wille einer urteilsfähigen Person erheblich (wenn diese an einer psychischen Störung oder an geistiger Behinderung leidet oder schwer verwahrt ist, vgl. Art. 426 ZGB), ein Umstand, der von Experten als unhaltbar kritisiert worden ist (Jäger 2024a). Bei einer rechtlichen Anpassung der Patientenverfügung sollte dieser Umstand ebenfalls revidiert werden. Doch selbst unter der aktuellen Regelung zur FU könnte eine fürsorgerische Unterbringung zur Behandlung einer Krankheit in Frage gestellt werden, wenn jemand in einer Patientenverfügung festgehalten hat, «dass er keinerlei medikamentöse Behandlung und anderweitige Behandlung wünscht und die Folgen der Nichtbehandlung in Kauf nimmt. Bei einer Auslegung der massgebenden Bestimmungen des ZGB unter Beachtung der Verfassung und der UN-BRK12 müsste man nach Ansicht des Autors zum Schluss kommen, in diesem Fall sei eine Unterbringung nicht zulässig.» (Wüthrich, 2023)
- 17 In der Somatik wird klassischerweise zwischen kurativen und palliativen Ansätzen unterschieden, in der Psychiatrie mag es weitere Differenzierungen geben.
- 18 Vgl. hierzu SAMW 2019.
- 19 Man unterscheidet im Zusammenhang mit Patientenverfügungen typischerweise ein kategorisches Abwehrrecht von einem konditionalen Erfüllungsrecht (Vgl. https://www.usz.ch/app/uploads/2021/01/20170918_ppt_Bridler.pdf, zuletzt aufgerufen am 8. November 2024.)
- 20 <https://www.nytimes.com/2024/09/01/business/acadia-psychiatricpatients-trapped.html>, zuletzt aufgerufen am 8. November 2024.
- 21 Vgl. z. B. die «offene Türpolitik», eine Interventionsstrategie, die darauf zielt, unter Berücksichtigung verschiedener Interventionsebenen Zwangsmassnahmen in der Psychiatrie zu reduzieren (Bühler et al. 2023).
- 22 Vgl. z. B. <https://www.samw.ch/de/Ethik/Themen-A-bis-Z/Futility-in-der-Medizin.html>, zuletzt aufgerufen am 10. November 2024.
- 23 Vgl. hierzu zum Beispiel den Advance Care Compass, welcher im Prinzip auch in der Psychiatrie zum Einsatz kommen kann (Biller-Andorno & Biller, 2021).

Prof. Dr. Tilman Steinert

Eine Frage von Leben und Tod? Die Anwendung von Zwang als grösste ethische Herausforderung in der Psychiatrie



Die Anwendung von Zwang ist ein Thema, das die Psychiatrie im Laufe ihrer Geschichte als ethische Herausforderung begleitet hat. Zwang ist keine Besonderheit der Psychiatrie als medizinisches Fachgebiet, sondern kann in allen medizinischen Fachgebieten als notwendig erachtet werden. Dies geht auch aus der interdisziplinären Richtlinie der Schweizer Akademie der Medizinischen Wissenschaften hervor, übrigens weltweit die bisher einzige derartige Leitlinie, die auch die somatische Medizin einschliesst. Allerdings werden nur im Fachgebiet der Psychiatrie (und in geringerem Masse in der Neurologie) Störungen behandelt, die das Organ betreffen, das Entscheidungen trifft, das Gehirn. Mit Ausnahme einiger schwerwiegender neurologischer Störungen wie Hirnblutungen und Enzephalitis sind alle Störungen, die das Denkvermögen beeinträchtigen können, psychische Störungen (3). Auf den ersten Blick mag diese Aussage übertrieben erscheinen. Viele schwerwiegende somatische Erkrankungen können zu nachträglichen Störungen der Hirnfunktion führen, z. B. Operationen bei älteren Menschen, Infektionen oder Autoimmunerkrankungen. Die pathophysiologischen Ursachen für Desorientierung oder Unruhe sind jedoch nicht eine Hüftoperation oder eine Lungenentzündung, sondern ein sekundäres Delirium oder eine Enzephalitis, also psychiatrische bzw. neurologische Störungen. Freilich zeigt die Aufzählung bereits, dass diese

Störungen zwar dem psychiatrisch-neurologischen Fachgebiet zuzuordnen sind, die Patienten aber in sehr vielen Bereichen der klinischen Medizin anzutreffen sind (z. B. Chirurgie und Innere Medizin).

Medizinethische Ansätze stimmen darin überein, dass eine Massnahme gegen den Willen eines Patienten nur dann gerechtfertigt ist, wenn die Entscheidungsfähigkeit des Patienten durch eine psychische Störung oder eine intellektuelle Behinderung beeinträchtigt ist. Diese Auffassung spiegelt sich zunehmend in der Gesetzgebung vieler westlicher Länder wider, die fehlende Entscheidungs- bzw. Einwilligungsfähigkeit (und nicht das Vorliegen einer psychischen Störung) als notwendiges Kriterium für Handlungen gegen den Willen eines Patienten definieren. Wie Psychiater eine nicht vorliegende Entscheidungsfähigkeit feststellen können, ist eine laufende Debatte, die hier nicht weiter verfolgt werden soll. Im Grund geht es um die Fähigkeit, auf eine Krankheit bezogene Informationen zu verstehen, sie auf die eigene Situation anwenden zu können und eine abwägende Entscheidung treffen zu können. Ich gehe hier auch nicht auf die intensive Debatte zwischen Psychiatern, Ethikern und Juristen auf der einen Seite und wichtigen internationalen Organisationen wie dem UN-Ausschuss für die UN-Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderungen (UN-CRPD) und der Weltgesundheitsorganisation sowie einigen Patientenorganisationen auf der anderen Seite ein, in der es um die Frage geht, ob es so etwas wie Entscheidungsunfähigkeit überhaupt gibt und ob sie die Anwendung von Zwang rechtfertigen kann. Nach weithin akzeptierten ethischen Erwägungen und dem Recht aller europäischen Staaten kann die Anwendung von Zwangsmassnahmen jedenfalls nicht nur akzeptiert werden, sondern sogar notwendig sein, wenn ein Patient sich selbst oder andere Menschen gefährdet und

dies ursächlich auf eine psychische Störung zurückzuführen ist, die die Entscheidungsfähigkeit beeinträchtigt. Das Dilemma der psychiatrischen Behandlung besteht in solchen Fällen häufig darin, einerseits die Anwendung von Zwang wenn irgend möglich vermeiden zu wollen, andererseits aber in bestimmten Situationen dazu nicht zur berechtigt, sondern auch verpflichtet zu sein.

In solchen Situationen ist es notwendig, im «besten Interesse» der Patientin oder des Patienten gemäss ihrem oder seinem mutmasslichen Willen zu handeln (wobei die ethischen Grundsätze «Benefizienz» (Gutes tun) und Non-Malefizenz (Prinzip der Schadensvermeidung) zu berücksichtigen sind), wenn es keine belastbaren Hinweise für einen entgegenstehenden Willen des Patienten gibt, z. B. in einer Patientenverfügung oder einem gemeinsamen Krisenplan. Eine fehlende Einwilligungsfähigkeit rechtfertigt jedoch nicht automatisch ein ärztliches Handeln im «besten Interesse des Patienten» nach medizinischem Wissen. Der zu erwartende Nutzen muss gegen die zu erwartenden nachteiligen Auswirkungen abgewogen werden (unter Berücksichtigung des Grundsatzes des Nicht-Schadensgebots). Darüber hinaus sind Überlegungen zur Gerechtigkeit erforderlich. Beispielsweise würde eine abweichende Behandlung eines Patienten, der sich aufgrund von Geschlecht, Alter, Ethnie, Einkommen oder persönlichen Interessen deutlich von anderen unterscheidet, ethische Bedenken aufwerfen. Während diese allgemeinen Grundsätze bekannt und in der Fachwelt weitgehend akzeptiert sind, weiss man viel weniger darüber, wie Entscheidungen in der klinischen Praxis getroffen werden, welche Fallkonstellationen es gibt und welche Herausforderungen für die Entscheidungsfindung bestehen. Obwohl die allgemeinen ethischen Grundsätze bekannt sind, ist ein Entscheidungsalgorithmus, der konkrete klinische Aspekte

berücksichtigt, bisher nicht verfügbar. Es geht mir hier nicht um die Rechtfertigung oder Ablehnung von Zwang aus generellen Überlegungen, sondern um die konkreten Umstände des Einzelfalls. Ich war viele Jahre Vorsitzender eines zentralen klinischen Ethikkomitees und habe deshalb den Ansatz gewählt, die verfügbaren Protokolle aus einem 7-Jahres-Zeitraum zu analysieren.

Das Klinische Ethikkomitee

Das Ethikkomitee der Zentren für Psychiatrie Südwürttemberg ist zuständig für vier psychiatrische Krankenhäuser mit 10 Standorten und ca. 17.000 Aufnahmen pro Jahr. Der Versorgungsauftrag umfasst die stationäre, teilstationäre und ambulante Behandlung, aber auch alle Formen des Betreuten Wohnens in unterschiedlicher Intensität (bis zum geschlossenen Wohnheim). Nach der Geschäftsordnung des Ethikkomitees gehören ihm vier ärztliche Direktor:innen, drei für ethische Fragen besonders qualifizierte medizinische Sachverständige, eine Vertreterin der Religionsgemeinschaften, ein Patientenvertreter, eine Krankenschwester oder ein Krankenpfleger mit hoher ethischer Kompetenz, ein nichtmedizinischer externer Ethiker und ein pensionierter Richter eines Oberlandesgerichts an. Nach der Geschäftsordnung kann jeder in den Krankenhäusern tätige Arzt oder jede Ärztin jederzeit die Ethikkommission anrufen, wenn sie bzw. er mit einem ethischen Problem konfrontiert ist. In der Praxis ist in allen Abteilungen ein erhebliches Mass an ethischem Fachwissen vorhanden und auf den unteren Ebenen wird formell und informell ethischer Rat von qualifizierten Expert:innen eingeholt. Die zentrale Ethikkommission wird daher nur in ganz aussergewöhnlichen Fällen konsultiert, meist nach intensiver Diskussion in den Behandlungsteams und auf Initiative der zuständigen Chefärzt:innen. In den meisten Fällen

haben die ethischen Konflikte nicht nur eine ethische, sondern auch eine juristische Dimension, da die verantwortlichen Ärzt:innen befürchten, für ihre Handlungen oder Unterlassungen haftbar gemacht zu werden, wenn dadurch ein Schaden für den Patienten entsteht.

Wenn ein Antrag an das Ethik-Komitee gerichtet wird, sollte er einen vollständigen Fallbericht und eine klare ethische Frage enthalten. Eine Sitzung des Komitees wird zeitnah anberaumt und als Videokonferenz abgehalten. Auf Seiten der Antragsteller können alle interessierten Teammitglieder teilnehmen, ebenso wie der gesetzliche Vertreter des Patienten (falls zutreffend) und die Patientin oder der Patient selbst, wenn dies gewünscht wird. Nachdem die Antragstellenden den Fall und die ethische Frage dargelegt haben, gibt es eine Runde mit weiteren Fragen der Mitglieder des Komitees. Gegebenenfalls sollten die Antragstellenden den nichtmedizinischen Mitgliedern des Komitees die verfügbaren medizinischen Erkenntnisse (am besten Evidenz) für die vorgeschlagene Behandlung erläutern. Darauf folgt die ethische Diskussion, die nach der prinzipienbasierten Ethik strukturiert ist, aber auch Aspekte der Ethics of Care einbezieht, bis das Komitee zu einem Konsens gelangt und eine Empfehlung ausspricht. Kann kein Konsens erreicht werden, kann eine Minderheitenmeinung formuliert werden. Der Vorsitzende entwirft dann ein Protokoll, das den Antragstellenden zugesandt wird, sobald unter den Mitgliedern des Komitees ein Konsens über das Protokoll und die Empfehlungen erzielt worden ist. Dieser Vorgang sollte innerhalb von ein bis zwei Wochen abgeschlossen sein.

Materialien

Zwischen 2016 und 2023 fanden 17 Sitzungen des Ethikkomitees statt, die Protokolle sind verfügbar. Die Protokolle enthalten die ausführlichen Fallberichte, einen Abschnitt über ethische Erwägungen mit Für und Wider gemäß den vier Grundsätzen der prinzipienbasierten Ethik (Achtung der Patientenautonomie, Benefizienz, Non-Malefizenz, Gerechtigkeit) und eine ethische Empfehlung mit Begründung. Falls es eine Minderheitenmeinung gegen die Empfehlung gibt, wird diese zusammen mit den Empfehlungen erwähnt.

Forschungsmethode

Die Protokolle wurden von mir mit Hilfe von Methoden der qualitativen Inhaltsanalyse in Bezug auf ihre Hauptthemen und Empfehlungen qualitativ ausgewertet. Da sich die überwiegende Mehrheit der ethischen Fragen (13 von den 17 Fällen) darauf bezog, ob Zwang gegen den Willen des Patienten im besten Interesse des Patienten angewendet werden sollte oder nicht, wurden diese 13 Protokolle für die weitere qualitative Analyse verwendet. Unter Verwendung von Methoden der Grounded Theory, sowohl deduktiv als auch induktiv, habe ich einen theoretischen Entscheidungsalgorithmus entwickelt, um die Aspekte zu ermitteln, die abgewogen werden sollten, um zu einer vernünftigen ethischen Empfehlung zu gelangen.

Ergebnisse

Wir identifizierten 17 Fälle mit den entsprechenden Protokollen in einem Zeitraum von sieben Jahren zwischen September 2016 und September 2023. Die nachfolgende Übersicht zeigt die Diagnosen und Fallkonstellationen.

Synopsis Fälle Ethikkomitee 2016-2023

| Nr | Diagnose | Antragsteller | Fragestellung | Empfehlung EK |
|----|------------------------------|--------------------|--|------------------------------------|
| 1 | Persönlichkeitsstörung | Klinik | Klinikerlassung trotz Suizidrohungen? | ja |
| 2 | Komplexe PTSD, Borderline PS | Klinik | Entlassung in ABW trotz wiederholter SV? | ja |
| 3 | Komplexe PTSD, Borderline PS | Klinik | Entlassung in ABW trotz wiederholter SV? | ja |
| 4 | Persönlichkeitsstörung | Klinik | Entlassung in ABW trotz Selbstgefährdung in missbräuchlicher Anwendung von Insulin | ja |
| 5 | Schizophrenie | Klinik | EKT als Zwangsbehandlung? | ja |
| 6 | Schizophrenie | Klinik | EKT als Zwangsbehandlung? | nein |
| 7 | Schizophrenie | Klinik u. ABW | Fortsetzung Zwangs-EKT bei wahnhafter Nahrungsverweigerung? | nein |
| 8 | Schizophrenie | Klinik | Zwangsernährung? | nein |
| 9 | Depression | Klinik | Zwangsernährung? | ja, nach 2 Wochen Neubeurteilung |
| 10 | Schizophrenie, PTSD | Klinik | Zwangsbehandlung? | ja |
| 11 | Schizophrenie | Klinik | Zwangsbehandlung und geschlossenes Pflegeheim? | ja |
| 12 | Schizophrenie | Klinik | Zwangsbehandlung KJü | geteiltes Votum |
| 13 | Schizophrenie Bronchial-Ca | Forensische Klinik | Somat. Diagnostik und Behandlung unter Zwang? | nein |
| 14 | PTSD | Klinik | Geschlossene Heimunterbringung? | nein. Empfehlung Odysseus-Kontrakt |
| 15 | Alkoholabhängigkeit | ABW | Geschlossene Unterbringung? | Nein. Empfehlung Odysseus-Kontrakt |
| 16 | Demenz Wahnhafte Störung | Klinik | Geschlossene Heimunterbringung? | nein |
| 17 | Bipolare Störung COPD | Klinik | Verlegung auf Intensivstation? | nein |

Die häufigste Diagnose war Schizophrenie, gefolgt von posttraumatischen Belastungs- und Persönlichkeitsstörungen, Depression, Demenz, Alkoholabhängigkeit, bipolarer Störung und wahnhafter Störung. In zwei Fällen bezogen sich die ethischen Fragestellungen auf die Behandlung somatischer Erkrankungen (metastasierender Lungenkrebs und schwere chronisch-obstruktive Lungenerkrankung).

13 der 17 Anträge stammten aus einer stationären Behandlung, einer aus einer forensischen Psychiatrie, einer aus einem Dienst für betreutes Wohnen und einer aus einem Dienst für betreutes Wohnen und einer stationären Abteilung zusammen. Keiner kam aus einer ambulanten Behandlung oder Tagesklinik. In der Rea-

lität war die Trennung jedoch nicht so strikt. Die meisten der vorgestellten Patienten waren seit vielen Jahren in vielen Behandlungssettings als stationäre Patienten, ambulante Patienten und auch als Nutzer von gemeindepsychiatrischen Einrichtungen bekannt.

Ethische Fragen

In vier Fällen (Nr. 1–4) ging es um die Frage, ob der Patient trotz anhaltender Suizidhandlungen oder -drohungen aus dem Krankenhaus in ein weniger überwachtes ambulantes Setting entlassen werden kann. Diese Fallbeispiele waren mehr oder weniger ähnlich und betrafen alle Patienten mit einer Persönlichkeitsstörung oder Traumafolgestörung. In diesen Fällen ging es nicht um die Anwendung von Zwang bei Patienten, aber dennoch um ein Phänomen der gefühlten Nötigung, nämlich in der Richtung, ob Patienten die Klinik zu etwas bringen können, was dort eigentlich nicht für sinnvoll gehalten wird – in diesen Fällen die Fortsetzung einer stationären Behandlung. Es ging um die Frage, ob die Patienten gegen ihren ausdrücklichen Willen aus dem Krankenhaus entlassen werden können.

Alle anderen ethischen Fragen betrafen die Frage, ob eine oder mehrere Formen von Zwang angewandt werden sollten oder nicht. Drei Fälle (Nr. 5–7) betrafen die Behandlung mit Elektrokrampftherapie (EKT) gegen den Willen des Patienten, zwei Fälle (Nr. 8–9) betrafen Zwangsernährung, drei Fälle (Nr. 10–12) betrafen die Zwangsbehandlung mit Antipsychotika, drei Fälle (Nr. 11, 14, 16) betrafen die langfristige unfreiwillige Einweisung in eine geschützte Einrichtung, zwei Fälle (13, 17) betrafen die Zwangsbehandlung einer somatischen Erkrankung und ein Fall (Nr. 15) betraf die wiederholte unfreiwillige Einweisung in ein Krankenhaus. In allen Fällen ging es um eine Selbstgefährdung; nur in einem Fall (Nr. 11) ging es um die Gefährdung ande-

rer. Das befürchtete Risiko war meist der Tod (Nr. 1–4, 7–10, 13–15, 17). In vier Fällen (4, 5, 11, 12) wurde eine Verschlechterung oder mangelnde Genesung von der psychischen Störung befürchtet, und in einem Fall ging es um schwere Vernachlässigung (Nr. 16).

Bewertung der Autonomie des Patienten

Autonomie wurde als Entscheidungsfähigkeit bewertet. In einem Fall (Nr. 1) wurde die Entscheidungsfähigkeit als eindeutig vorhanden beurteilt. In 9 Fällen (Nr. 5–13, 16) wurde die Entscheidungsfähigkeit als eindeutig nicht gegeben beurteilt. Die übrigen Fälle (Nr. 2–4, 14, 15, 17), etwa ein Drittel, erwiesen sich in dieser Hinsicht als schwierig. In den Fällen 2–4 und 14, Patienten mit einer komplexen Vorgeschichte von Trauma und Persönlichkeitsstörung, wurde die Autonomie im Allgemeinen als gegeben angesehen. Es gab jedoch eindeutige klinische Hinweise darauf, dass die betreffenden Patienten in Krisenzeiten in ihrem Denken so eingeengt waren, dass sie ihre Suizidgedanken nicht kontrollieren konnten, so dass von mangelnder Steuerungsfähigkeit ausgegangen wurde und paternalistische Schutzmassnahmen für notwendig erachtet wurden. Diese Perioden waren kurz, variierten in ihrer Schwere von Patient zu Patient und gingen nach Ansicht des Komitees nie über zwei Tage hinaus. Ähnliches gilt für den Fall Nr. 15 bei einem schwer alkoholabhängigen Patienten. Hier wurde die Autonomie im Allgemeinen als gegeben angesehen, jedoch nicht in Zeiten starken, lebensbedrohlichen Alkoholkonsums, was zu ethischen Konflikten für das Personal der betreuten Wohnformen führte. In anderen Fällen musste die Autonomie der Willensbekundungen wegen anhaltender, eindeutig wahnhafter Verzerrungen der Realität verneint werden. Ein tieferes Verständnis der Geschichte der Patienten zeigt dennoch, dass ihre

Wünsche (zu sterben oder Risiken einzugehen) vernünftige Aspekte hatten, die in ihrer Persönlichkeit und Biografie begründet waren.

Empfehlungen

Die ethischen Fragestellungen wurden zu gleichen Teilen abgelehnt (8) und befürwortet (8), eine Empfehlung war mehrdeutig. In einem Fall wurde ein Minderheitenvotum abgegeben, und in einem Fall der nicht freiwilligen Behandlung eines Minderjährigen blieben die Meinungen innerhalb des Ausschusses auch nach intensiver Diskussion kontrovers. Die meisten Empfehlungen enthielten Erklärungen und Empfehlungen für die weitere Behandlung, z. B. Vorbereitungen für die Entlassung, in Betracht zu ziehende alternative Versorgungsmöglichkeiten usw. In zwei Fällen (Nr. 14, 15) empfahl das Komitee, mit dem Patienten zum Zeitpunkt der Geschäftsfähigkeit eine selbstbindende Patientenverfügung (Ulysses-Vertrag) abzuschliessen. Diese soll es ermöglichen, dass in Zeiten von Urteilsunfähigkeit und Selbstgefährdung Schutz- (und dann Zwangs-) Massnahmen im Sinne des Patienten ergriffen werden können. Wenn der Patient einer solchen Patientenverfügung nicht zustimmen würde, wäre die Anwendung von Zwang nicht gerechtfertigt.

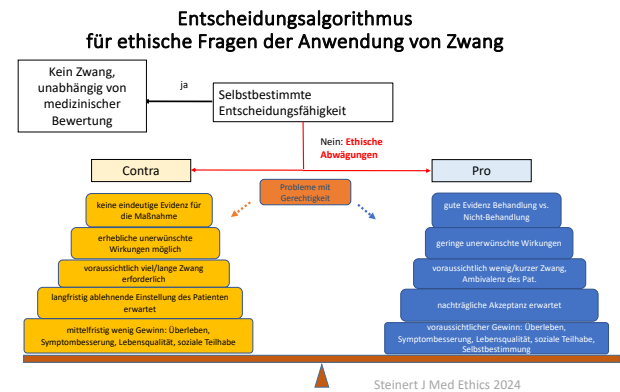
Modell der Entscheidungsfindung

Das Modell, das auf der Grundlage aller ethischen Argumente im Sinne einer Prinzipien-basierten Ethik entwickelt wurde, ist in Abbildung 1 dargestellt. Das erste Element des Entscheidungsbaums ist die Entscheidungsfähigkeit. Nur wenn diese Fähigkeit verneint wird, beginnt die ethische Abwägung mit Argumenten, die auf einer Skala visualisiert werden. Im Zusammenhang mit Benefizienz und Non-Malefizenz kommt die medizinische Evidenz ins Spiel und spielt eine wichtige

Rolle. So wurde beispielsweise im Fall 13, bei einem Patienten mit metastasierendem Lungenkrebs, die Anwendung von Zwang zur Klärung des genauen Befundes und des Stadiums aufgrund des Wissens um eine sehr schlechte Prognose (selbst bei angemessener Therapie) abgelehnt. Die Frage der Patientenautonomie wird in allen Fällen auch dann nicht irrelevant, wenn die Entscheidungsfähigkeit zu verneinen ist. Sie kommt in ethischen Erwägungen in Form des Ausmasses an Zwang – sowohl in Bezug auf die Intensität als auch die Dauer – zum Ausdruck, dem ein Patient wahrscheinlich ausgesetzt wäre. Wenn eine Patientin sehr ambivalent ist und die Erfahrung zeigt, dass sie eine Entscheidung gegen ihren ausdrücklichen Willen akzeptiert, sobald ein Gericht dies anordnet, und dann z. B. orale Medikamente einnimmt, kann das Ausmass des Zwangs als vergleichsweise gering angesehen werden. Ist die Weigerung der Patientin hingegen sehr stark und ist z. B. wahrscheinlich, dass eine kontinuierliche Fixierung oder andere Formen körperlicher Gewalt über Wochen hinweg notwendig wären, um eine Zwangsernährung zu erreichen, muss das Ausmass des Zwangs als sehr hoch angesehen werden und müsste durch einen sehr deutlichen erwarteten Nutzen ausgeglichen werden.

In jedem Fall sollte die Anwendung von Zwang selbst bei ethischen Überlegungen nie vernachlässigt werden, sondern ist eher als «Malefizenz», als zu berücksichtigender (in der Regel psychischer) Schaden zu werten. Zu berücksichtigen sind nicht nur die kurzfristigen therapeutischen Vorteile, die durch die Anwendung von Zwang ermöglicht werden, sondern auch die mittel- und langfristigen Folgen von Zwang für das Selbstwertgefühl der Patienten und ihre Einstellung zur Behandlung und zu psychiatrischen Einrichtungen. Schliesslich veranschaulicht das Modell, dass bei psy-

chischen Störungen Nutzen und Schaden nicht allein aus einer medizinischen Perspektive bestimmt werden können, sondern einem bio-psycho-sozialen Modell folgen müssen. In dieser Perspektive ist die Anwendung von Zwang ein wichtiger Aspekt der Malefizenz, der berücksichtigt werden muss. Der Nutzen hingegen umfasst nicht nur medizinische Aspekte wie die Verbesserung von Symptomen, sondern auch Lebensqualität, soziale Integration und persönliche Freiheit. Der Grundsatz der Gerechtigkeit war in den meisten Fällen nicht vordergründig relevant, kann aber die Entscheidung in die eine oder andere Richtung beeinflussen. So kann beispielsweise der Verzicht auf eine Zwangsmassnahme bei gleichzeitiger Fortsetzung der Krankenhausbehandlung zu einem übermässigen Einsatz von Personalressourcen über einen langen Zeitraum auf Kosten anderer Patienten führen. Auch die Erschöpfung des Personals kann ein zu berücksichtigender Aspekt sein. Dies klingt eher utilitaristisch, aber die Rechte Dritter müssen bei ethischen Entscheidungen zuweilen auch in Fällen berücksichtigt werden, in denen es nicht um die Gefährdung anderer geht.



Zusammenfassend ergab die Analyse ein Modell, das eine prinzipienbasierte Ethik für den Einsatz von Zwangsmassnahmen in der Psychiatrie konkretisiert und als klinisches Entscheidungshilfemittel verstanden werden kann. Dies bezieht sich nur auf die Selbstgefährdung, da die Gefährdung anderer Personen hier kein Thema war und rechtlich möglicherweise leichter zu entscheiden ist. Die Analyse zeigte auch, dass eine gute Kenntnis der medizinischen Evidenz für angemessene ethische Entscheidungen in solchen Fällen absolut notwendig ist. In Anbetracht der Tatsache, dass die Evidenz nicht selten nicht eindeutig ist, insbesondere bei chronischen Erkrankungen, muss die Evidenz auf den Einzelfall angewendet werden, einschliesslich der Perspektive des Patienten. Nur mit dieser Kenntnis der Evidenz lassen sich erwartete Vorteile und Nachteile erkennen und gegeneinander abwägen. Schliesslich müssen ethische Überlegungen zum Einsatz von Zwang notwendigerweise auf einem umfassenden Verständnis psychischer Störungen beruhen und deren bio-psycho-soziale Aspekte sowohl im Querschnitt als auch im Längsschnitt widerspiegeln. Dazu gehören nicht nur somatische Komorbiditäten und psychische Symptome, sondern auch das subjektive Wohlbefinden, die subjektive und objektive Lebensqualität, die soziale Inklusion im Sinne der UN-BRK und die persönliche Freiheit. Die hier analysierten Fälle stützen nachdrücklich die Auffassung, dass Autonomie und Entscheidungsfähigkeit keine dichotomen Kategorien sind (was sie aus rechtlicher Sicht tatsächlich sind), sondern oft im Laufe der Zeit schwanken und dass Indikatoren für beeinträchtigtes Entscheidungsvermögen wie Wahnvorstellungen mit vernünftigen, persönlich verwurzelten Überzeugungen koexistieren können, die ernst genommen werden sollten. Dies ist ein Merkmal psychischer Störungen.

Literatur

Steinert T. Using coercion or risking the patient's death? : An analysis of the protocols of a clinical ethics committee and a derived decision algorithm. *J Med Ethics* 50:552–556 (2024)

Bisherige Themen der Preisverleihungen und Vorträge der Referenten

1985

«Das In-der-Welt-Sein des Depressiven»

- ◆ Prof. Dr. Bin Kimura, Kyoto: Zur Psychopathologie der sog. Borderline-Depression
- ◆ Prof. Dr. Dr. Hubertus Tellenbach, Heidelberg: Sinngestalten des Leidens und des Hoffens
- ◆ Prof. Dr. Dieter Wyss, Würzburg: Der depressive Patient und die Wahrheit

1986

«Das Problem des Leibes»

- ◆ Prof. Dr. Wolfgang Blankenburg, Marburg: Zur Leiberfahrung psychisch Kranker
- ◆ Prof. Dr. Dr. Hermann Lang, Heidelberg: Leib als Instrument
- ◆ Prof. Dr. Hans-Georg Gadamer, Heidelberg: Leiberfahrung und Objektivierbarkeit

1987

«Die Situation»

- ◆ Prof. Dr. Wilhelm Keller †: Vortrag von Prof. Dr. Bruno Rutishauser in Erinnerung an Prof. Dr. Wilhelm Keller
- ◆ Prof. Dr. Detlev von Uslar, Zürich: Dasein und Situation
- ◆ Prof. Dr. Ernst Boesch, Saarbrücken: Die Situation des Handelnden
- ◆ Prof. Dr. Alfred Kraus, Heidelberg: Situagenese oder Endogenese manisch depressiver Psychosen?

1988

«Der Traum»

- ◆ Prof. Dr. Medard Boss, Zürich: Woraus besteht der Mensch, wenn er träumt, und wo ist er dann?
- ◆ Prof. Dr. David Foulkes, Atlanta: Dreaming and Consciousness
- ◆ Dr. Leo Gold, New Jersey: A Contemporary View of Dream Interpretation and Therapy

1989

«Entwicklung und Lebensweg»

- ◆ Prof. Dr. Bärbel Inhelder, Genf: (Von der Kinderwelt zur Welt der Erkenntnis), wegen Erkrankung leider kein Vortrag
- ◆ Prof. Dr. Dr. h. c. Hans Thomä, Bonn: Lebensentscheidungen im Rückblick
- ◆ Prof. Dr. Dr. h. c. Ursula Lehr: Biographie als Methode der Altersforschung

1990

«homo patiens»

- ◆ Prof. Dr. Reiner Wiehl, Heidelberg: Das Leiden des Menschen an der inneren Unfreiheit
- ◆ Prof. Dr. Wolfgang Jacob, Heidelberg: Freuds Todestrieb?
- ◆ Prof. Dr. Bruno Rutishauser, Zürich: Leiden und Schmerz in der Psychotherapie

1991

«Zwischenmenschliche Beziehungen in Psychotherapie und Balint-Gruppen»

- ◆ Prof. Dr. Wolfgang Loch, Tübingen: *Therapie durch «Schöne Reden» – der therapeutische Dialog – die bejahende Präsenz als Anerkennung*
- ◆ Prof. Dr. Hans-Konrad Knoepfel, Zürich: *Praktisches zur Beziehung in Psychotherapie und Balintgruppe*
- ◆ Prof. Dr. Jürg Willi, Zürich: *Ist die therapeutische Beziehung ein Modell für Partnerbeziehungen?*

1992

«Ethik und Werte»

- ◆ Prof. Dr. Otfried Höffe, Freiburg: *Bausteine einer ökologischen Ethik*
- ◆ Prof. Dr. Manfred Seitz, Erlangen: *Das Tier als Wert im Bewusstsein des biblischen Menschen. Fragment für eine vergleichende Ethik*
- ◆ Prof. Dr. Otto Dörr-Zegers, Santiago de Chile: *Die Herausforderung der Ethik in der klinischen Psychiatrie*

1993

«Symbol und Wandlung»

- ◆ Dr. med. Helmut Barz, Zumikon: *Symptom und Symbol*
- ◆ Prof. Dr. med. Frank Nager, Luzern: *Das Herz als Symbol*
- ◆ Prof. Dr. phil. Verena Kast, St. Gallen: *Symbol, Komplex und psychische Wirkung*

1994

«Das Öffnende und Verschliessende in der Sprache» – Literatur und Psychoanalyse

- ◆ Prof. Dr. Jean Starobinski, Genève: *Abréaction, catharsis, récit: la première théorie analytique*
- ◆ Prof. Dr. Peter von Matt, Dübendorf: *Der Schrei und die Dichtung*

1995

«Das Fremde»

- ◆ Prof. Dr. Ernst Tugendhat, Santiago de Chile: *Partikularismus und Universalismus*
- ◆ Prof. Dr. Julia Kristeva, Paris: *L'inquiétante étrangeté avant et après Freud*
- ◆ Prof. Dr. Karl-Heinz Kohl, Mainz: *Der fremde Blick – Europa in den Berichten aussereuropäischer Reisender*

1996

«Systemisches Denken in der Psychotherapie»

- ◆ Bert Hellinger, Amring: *Systemische Unschuld und Schuld*
- ◆ Cloé Madanes, Washington: *The Violence of Men – A Therapy of Social Action*
- ◆ PDDr. med. Fritz Simon, Heidelberg: *Ohnmacht der Macht*

1997

«Scham und Schuld»

- ◆ Prof. Bernard Williams, Oxford: *Shame, Guilt and the Structure of Punishment*
- ◆ Prof. Gabriele Taylor, Oxford: *Shamelessness*
- ◆ Prof. Léon Wurmser, Towson: *Sinnloser Hass, Scham und die Sünde der Verdinglichung*

1998

«Die Medizin in der Krise braucht die Philosophie»

- ◆ Prof. Osborne P. Wiggins, Jr., Louisville:
*The Crisis of Present-Day Psychiatry:
The Loss of the Personal*
- ◆ Prof. Michael A. Schwartz, M.D., Cleveland:
*The Crisis of Present-Day Psychiatry:
Regaining the Personal*
- ◆ Prof. Dr. Wilhelm Vossenkuhl, München / Stuttgart:
Wer wir sind, und wer wir sein sollten.

1999

«Das Rätsel Schizophrenie»

- ◆ Prof. Dr. Helm Stierlin, Heidelberg:
Ein systemischer Zugang zum Rätsel Schizophrenie
- ◆ Prof. Lyman C. Wynne, M.D., Ph.D., Rochester,
New York:
*Vulnerability to Schizophrenia and Resilience
of Biopsychosocial Systems*
- ◆ Prof. Dr. Gaetano Benedetti, Basel:
Der Therapeut in der Welt des Schizophrenen

2000

**«Philosophie an der Schwelle zum neuen
Jahrtausend»**

- ◆ Prof. Dr. Jürgen Habermas, München-Starnberg:
*Gibt es postmetaphysische Antworten auf
die Frage nach dem «richtigen Leben»?*
- ◆ Prof. Dr. Jürgen Mittelstrass, Konstanz:
Von der Philosophie zur Wissenschaft und zurück
- ◆ Dr. Hans Saner, Basel:
Philosophie im Schwellen-Dilemma

2001

«Psychopathologie und Kunst»

- ◆ Dr. Inge Jádi, Heidelberg: *Prismatische Brechung.
Die Prinzhorn-Sammlung und ihre Präsentation*
- ◆ Prof. Dr. Alfred Bader, Le-Mont-sur-Lausanne:
Kunst und Psychopathologie – ein Gegensatz?
- ◆ Prof. DDr. Leo Navratil, Wien:
*Von der Kunsttherapie zum Künstler. Die Evokation
der Kunst – eine therapeutische Möglichkeit*

2002

«Gelebte Kindertherapie»

- ◆ Prof. Dr. Walter Spiel, Wien:
*Aufgaben und Möglichkeiten der institutionellen
Erziehung in neuer Sicht*
- ◆ Prof. Dr. Dieter Bürgin, Basel:
Die Geburt von Beziehungen
- ◆ Prof. Dr. Dr. h. c. Reinhart Lempp, Stuttgart:
*Das kindliche Denken als Hilfe und Versuchung
des Menschen*

2003

**«Vom Wert der Werte – Anthropologische
Pädagogik»**

- ◆ Prof. Dr. Klaus Hurrelmann, Bielefeld:
*Schwindende Kindheit – expandierende Jugend.
Neue Herausforderungen für die biografische
Strukturierung des Lebenslaufs*
- ◆ Prof. Dr. August Flammer, Bolligen:
*Kinderrechte im Wandel.
Die Sicht der Entwicklungspsychologie*
- ◆ Prof. Dr. Hartmut von Hentig, Berlin:
Humanistische Bildung und Europa

2004

«Psychotraumatologie»

- ◆ Prof. Dr. Ulrich Schnyder, Zürich:
Psychosoziale Nothilfe: wann, wie und wozu?
- ◆ Prof. Dr. Dr. Andreas Maercker, Trier:
Die Psychologie der Erschütterung und ihre therapeutischen Konsequenzen
- ◆ Prof. Dr. Ulrich Sachsse, Göttingen:
Vom Kindheitstrauma zur Persönlichkeitsstörung: Komplexe Posttraumatische Belastungsstörung und Borderline-Persönlichkeitsstörung

2005

«Suizidologie»

- ◆ Prof. Dr. Thomas Hänel, Basel:
Suizidhandlungen in der Oper – heute noch aktuell?
- ◆ Prof. Dr. Konrad Michel, Bern:
Kann man Suizidalität therapieren?
- ◆ Prof. Dr. Manfred Wolfersdorf, Bayreuth:
Männerdepression und Männersuizid – Gedanken zu Suizidalität beim männlichen Geschlecht

2006

«Gerontologie und Geriatrie»

- ◆ Prof. Dr. Hans-Dieter Schneider, Villars-sur-Glâne:
Psychosoziale und körperliche Gesundheit im Alter
- ◆ Prof. Dr. Hans Förstl, München:
Demenzen als neurobiologische Modelle des Menschlichen
- ◆ Prof. Dr. Hartmut Radebold, Kassel:
Psychotherapie Älterer – notwendige psychosoziale und zeitgeschichtliche Perspektive

2007

«Ethik und Geist in der Medizin – die wahre Bio-Medizin»

- ◆ Prof. Dr. Klaus Dörner, Hamburg:
Die Exzentrizität des Menschen. Die anthropologische Aktualität Helmuth Plessners für die heutigen Medien
- ◆ Prof. Dr. Gerald Ulrich, Berlin:
Kennen Sie (schon) das Princeton-Prinzip?
- ◆ Prof. Dr. Heinz Stefan Herzka, Zürich:
Wes Geistes Kind? – Wo hockt's?

2008

«Anthropologische Psychologie und Psychopathologie – Die Rettung der Seele»

- ◆ Prof. Dr. Hellmuth Benesch, Mainz:
Marksteine auf dem Wege zu einer spirituellen Anthropologie
- ◆ Prof. Dr. Daniel Hell, Zürich:
Die Seele, die es gibt, gibt es nicht
- ◆ Dr. Florian Langeegger, Zürich:
Psychologie und Psychopathologie des alternden Psychiaters

2009

«Borderline»

- ◆ Prof. Dr. Christa Rohde-Dachser, Hannover:
Leben an der Grenze: Zur Psychoanalyse der Borderline-Störungen
- ◆ Prof. Dr. Peter Fiedler, Heidelberg:
Achtsamkeit, Fürsorge, Akzeptanz: Perspektiven der Verhaltenstherapie bei Borderline-Störungen
- ◆ Dr. Birger Dulz, Hamburg:
Stationäre Borderline-Therapie: vorgestern, gestern, heute und morgen

2010

«Musik»

- ◆ Prof. Dr. Dr. Manfred Spitzer, Ulm:
*Werte im Gehirn: Zur Neurobiologie
von Bewertungsprozessen und was daraus folgt*
- ◆ Prof. Dr. Rolf Oerter, München:
*Die Entwicklung der Musikalität
bei Kindern – Ungenutzte Potenziale*
- ◆ Frau Prof. Dr. Helga de la Motte-Haber, Berlin:
Wahrnehmung im /als Rahmen der Kunst

2011

«Interpretation und Be-Deutung»

- ◆ Prof. Dr. Ernst Plaum, Eichstätt:
*Gibt es wissenschaftliche Wege zur
Menschenkenntnis?
Antworten jenseits von Einfalt und Entsagung*
- ◆ Prof. Dr. Jochen Fahrenberg, Freiburg i. Br.:
*Perspektiven und Perspektiven-Wechsel –
allgemeines Prinzip der Psychologie und
persönliche Kompetenz?*
- ◆ Prof. Dr. Udo Rauchfleisch, Binningen:
Was bedeutet anders-sein?

2012

**«Der Leib im psycho-somatischen
und somato-psychischen Verständnis»**

- ◆ Dr. Alice Holzhey, Zürich:
Leiblichkeit als Schicksal und Aufgabe
- ◆ Prof. Dr. Hermann Faller, Würzburg:
Empowerment und Patientenorientierung
- ◆ Prof. Dr. Thomas Fuchs, Heidelberg:
*Die verkörperte Psyche –
ein Paradigma für Psychiatrie
und Psychotherapie*

2013

«Lebenskunst»

- ◆ Prof. Dr. Marianne Gronemeyer, Friesenheim:
*Was möglich ist, will wirklich werden ...
und wenn es nun ganz anders ist?*
- ◆ Prof. Dr. Wilhelm Schmid, Berlin:
*Lebenskunst: Was wir brauchen,
wenn wir älter werden.*
- ◆ Prof. Dr. Annemarie Pieper, Rheinfelden:
*Am Leitfaden der Freiheit
durch das Labyrinth des Lebens*

2014

«Zeit und Zeitgeist»

- ◆ Prof. em. Dr. phil. Hermann Schmitz:
Der Angriff der Physiker auf den Fluss der Zeit
- ◆ Prof. em. Dr. phil. Dietrich von Engelhardt:
*Ars longa, vita brevis – Die Bedeutung
der Zeit in der Medizin. Historische Erfahrungen,
gegenwärtige Herausforderungen*
- ◆ Prof. Dr. med. Michael Schmidt-Degenhard:
Melancholie und Hoffnung

2015

«Schmerz»

- ◆ Prof. Dr. med. Eli Alon:
*Chronische Schmerzen:
gesellschaftliche Auswirkungen*
- ◆ Prof. em. Dr. med. et Dr. h.c. Luc Ciompi:
Psychischer Schmerz – was ist das?
- ◆ Prof. Dr. med. Jürg Kesselring:
*Placebo – mir gefällt das Wechselspiel
von Gehirn und Geist*
- ◆ Prof. Dr. med. et Dr. phil. Horst Kächele:
Seelischer Schmerz

2016

**«Arbeit und Organisation:
Der Mensch im Mittelpunkt»**

- ◆ Prof. em. Dr. Oswald Neuenberger:
*Der Mensch im Mittelpunkt?
Menschlichkeit im Mittelpunkt!*
- ◆ Prof. em. Dr. Dieter Frey:
*Kann Wissenschaft/Psychologie einen Beitrag
zu einer humaneren Welt liefern?*
- ◆ Dr. Psych. Peter Friederichs:
*Human Capital – der entscheidende Wert für
Unternehmen und Gesellschaft*

2017

«Zivilisation und Triebe»

- ◆ Dr. med. Till Bastian:
Das Unbehagen in der Zivilisation
- ◆ Albert von Schirnding:
*Der Konflikt von Zivilisation und Trieb im Spiegel
der «Bakchen» des Euripides*
- ◆ Prof. Dr. Peter Schneider:
Ist die Psychologie eine Anthropologie?

2018

«Macht und Gewalt»

- ◆ Prof. em. Dr. phil. Brigitte Boothe
*«Die Macht der Moral – im Kriegs-
gebiet des Moralisiertens»*
- ◆ Prof. Dr. med. Joachim Küchenhoff
*«Das Leben mit dem Anderen: (selbst-)kritische
Gedanken zu Gewalt und Gewaltverzicht»*
- ◆ Dr. med. Dipl. Psych. Wulf Bertram
*«Körper ohne Seelen und Seelen ohne Körper? –
Über die Spaltung in der Medizin und den Versuch
ihrer Reparatur»*

2019

«Verantwortung»

- ◆ Prof. em. Dr. phil. Jürgen Kriz
*«Wo bleibt die Verantwortung des Menschen in
einer von Messdaten beherrschten Lebenswelt?»*
- ◆ Prof. Dr. med. Horst Haltenhof
*«Die Verantwortung des Psychiaters
im beruflichen Alltag»*
- ◆ Prof. Dr. med. et Dr. phil. Gerhard Danzer
*«Wie wäre es, ein Mensch zu sein? – Verantwor-
tung, Person und Persönlichkeit»*

2020: Wegen Covid-19 keine Preisverleihung

2021

«Selbst und Selbstbestimmung»

- ◆ Prof. em. Dr. phil. Julius Kuhl
*«Unvermischt und ungetrennt – Funktionsgrund-
lagen von Urteilsfähigkeit und Selbstwachstum»*
- ◆ Prof. Dr. rer. nat. Nicola Baumann
*«Selbst bitte melden! Wie können wir das Selbst
messen, verstehen und fördern?»*
- ◆ Dr. phil. Maja Storch
*«...Himbeersaft im Leben – Burnoutprävention mit
dem Unbewussten»*

2022

«Ars psychiatrica? Im Spannungsfeld von Evidenzen, Werten und Subjektivität»

- ◆ Prof. KWM Bill Fulford, DPhil (Oxon), PhD (Lond), FRCP, FRCPsych
«Values and evidence: opponents or partners in contemporary clinical care?»
- ◆ Prof. Dr. phil. Katrin Luchsinger
«Please pay attention please (Bruce Naumann 1973) Kunst aus psychiatrischen Einrichtungen im toten Winkel»
- ◆ Prof. Dr. med. Matthias Bormuth
«Was ist der Mensch? Provisorische Erkenntnisse im Lichte der Ideengeschichte»

2024

«Autonomie, respektvoller Dialog – und Zwang?»

- ◆ Momo Christen
«Titel???»
- ◆ Prof. Dr. med. Dr. phil. Nikola Biller-Andorno
«Mit zweierlei Mass? Patientenverfügungen in der Psychiatrie»
- ◆ Prof. Dr. Tilman Steinert
«Eine Frage von Leben und Tod? Die Anwendung von Zwang als grösste ethische Herausforderung in der Psychiatrie»

Anerkennungspreise 1987–2015

- 1987** Dr. René Zihlmann, Zürich
- 1988** Dr. Rudi Seitz, Langendorf
- 1989** Dr. Albert Zacher, Würzburg
- 1990** Dr. Harald Victor Knutson, Birkeland
- 1991** Dr. Johannes Fehr, Erlenbach
- 1992** Dr. Hans-Martin Zöllner, Zürich
- 1993** Prof. Toshio Kawai, Kyoto
- 1994** Dr. Christine Garbe, Berlin
- 1995** Dr. Elisabeth Weber, Santa Barbara
- 1996** Dr. Roland Käser, Zürich
- 1997** Barbara Kamer-Risch, Zumikon
- 1998** Dr. André Thali, Bellikon
- 1999** Rolf Mösli, Kilchberg
- 2000** Dr. Andrea Ermano, Zürich
- 2001** Dr. Annemarie Andina-Kernen, Zug
- 2002** Dr. Wolf Reukauf, Zürich
- 2003** Prof. Dr. Jürg Frick, Zürich
- 2004** Peter Fässler, Winterthur
- 2005** Dr. Alice Bernhard-Hegglin, Zürich
- 2006** PDDr. Ursula Schreiter Gasser
- 2007** Dr. Jan Hauser
- 2008** Annina Hess-Cabalzar und Dr. Christian Hess
- 2009** lic. phil. Rita Signer, Bern
- 2010** Dr. Arthur Godel, Binningen
- 2011** lic. phil. Iris Blum, Zürich
- 2012** Prim. Dr. Theodor Meissel, Tulln an der Donau
- 2013** Prof. Dr. Friedhelm Decher, Wenden
- 2014** Fabio Gossweiler, Zürich
- 2015** Prof. Dr. Eli Alon, Zürich