



Ist eine Zwangsbehandlung bei Fremdgefährdung zum Wohl der gefährdenden Person? Eine ethische Analyse von Wohl und Wille im psychiatrischen Behandlungskontext

Esther Braun¹ · Mirjam Faissner² · Jakov Gather^{1,2}

Eingegangen: 15. April 2022 / Angenommen: 7. Juni 2022 / Online publiziert: 8. Juli 2022
© Der/die Autor(en) 2022

Zusammenfassung

Die Abwehr von Gefahren für Dritte als Aufgabe der Psychiatrie wird kontrovers diskutiert und immer wieder grundsätzlich infrage gestellt. Ethisch sind Zwangsmaßnahmen oder Zwangsbehandlungen im Kontext von Fremdgefährdung in jedem Fall begründungsbedürftig.

In diesem Beitrag wird zunächst dargestellt, wie sich Maßnahmen gegen den Willen einer Person ethisch rechtfertigen lassen. Im Rekurs auf das Prinzip des schwachen Paternalismus gilt dabei grundsätzlich, dass Zwangsbehandlungen von selbstbestimmungsunfähigen Personen ethisch nur gerechtfertigt werden können, wenn die Behandlung zum Wohl der Person ist und ihrem vorausverfügt oder mutmaßlichen Willen entspricht.

Anschließend wird überprüft, inwiefern Zwangsbehandlungen bei Personen mit psychischen Erkrankungen, die Dritte gefährden, schwach paternalistisch begründet werden können. Hierfür werden unterschiedliche Theorien des Wohls diskutiert und eine hybride subjektiv-objektive Theorie des Wohlergehens als geeigneter Maßstab zur Beurteilung des Wohls von Personen mit psychischen Erkrankungen vorgestellt. Mittels einer Fallanalyse wird dargelegt, in welchen Fällen eine Zwangsbehandlung bei Fremdgefährdung zum Wohl einer Person sein kann und ihrem mutmaßlichen Willen entspricht, und verdeutlicht, wann dies nicht der Fall ist, bzw. wann Wohl und Wille einander widersprechen.

Schlüsselwörter Drittschutz · Zwang · Wohlergehen · Paternalismus · Medizinethik

✉ Dr. med. Esther Braun, M.A.
esther.braun@rub.de

¹ Institut für Medizinische Ethik und Geschichte der Medizin, Ruhr-Universität Bochum, Markstr. 258a, 44799 Bochum, Deutschland

² Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Präventivmedizin, LWL-Universitätsklinikum, Ruhr-Universität Bochum, Bochum, Deutschland

Is coercive treatment in the best interests of a person who endangers others? An ethical analysis of well-being and will in the context of psychiatric treatment

Abstract

While psychiatry often has the task of averting danger to third parties, the legitimacy of this task has been controversially discussed and repeatedly questioned. From an ethical perspective, coercive measures or coercive treatment in the context of danger to others must always be well justified.

In this article, we first describe how measures against a person's will can be ethically justified. With reference to the principle of soft paternalism, it is generally assumed that coercive treatment of people who lack decision-making capacity is only justified if it is in the person's best interests and is in line with their anticipatory or presumed will.

We then examine to what extent coercive treatment of people with mental illness who endanger others can be justified on soft paternalistic grounds. We discuss different theories of well-being and propose a hybrid subjective-objective theory of well-being as a suitable standard for assessing the well-being of people with mental illness. A case study is used to discuss in which cases coercive treatment can be in the best interests of a person who endangers others and corresponds to their presumed will, and to clarify when this is not the case, for example when the person's well-being and will contradict each other.

Keywords Protection of others · Coercion · Well-being · Paternalism · Medical ethics

Einleitung

Gemäß der (Muster-)Berufsordnung für die in Deutschland tätigen Ärzt*innen (MBO-Ä) hat jede medizinische Behandlung unter Wahrung des Willens der Patient*innen zu erfolgen (§ 7 Abs. 1 MBO-Ä) (Bundesärztekammer 2019). Außerdem haben Ärzt*innen „[...] ihr ärztliches Handeln am Wohl der Patientinnen und Patienten auszurichten. Insbesondere dürfen sie nicht das Interesse Dritter über das Wohl der Patientinnen und Patienten stellen“ (§ 2 Abs. 2 MBO-Ä). Die Verpflichtung zum Respekt der Patient*innenautonomie sowie zum Handeln zum Wohl von Patient*innen sind auch wesentliche professionsethische Prinzipien, die u. a. im ethischen Kodex der *World Psychiatric Association* festgehalten sind (World Psychiatric Association 2020).

Diesen normativen Grundsätzen scheint der Umstand entgegenzustehen, dass Psychiater*innen *de facto* auch die gesellschaftliche Aufgabe zukommt, Dritte vor Gefährdungen durch Personen mit psychischen Erkrankungen zu schützen. In diesem Spannungsfeld ist die Psychiatrie einerseits als medizinische Disziplin dem Wohl und dem Willen ihrer Patient*innen verpflichtet, während sie andererseits eine Ordnungsfunktion zum Schutz Dritter in der Gesellschaft übernimmt, die notfalls auch gegen den Willen der betroffenen Personen durchgesetzt wird. Diese „Doppelfunktion“ der Psychiatrie wird seit geraumer Zeit kontrovers diskutiert (Pollmächer 2016; Schallast 2016; Brieger und Menzel 2020; von Peter 2020; Steinert 2021). Manche Autor*innen lehnen die Anwendung von Zwang innerhalb des psychiatrischen Hilfesystems *per se* ab, möchten die Aufgabe der „sozialen Kontrolle“ der Polizei und der Justiz überlassen und die Aufnahme

in eine psychiatrische Institution und die Einleitung einer psychiatrischen Behandlung allein vom Willen und den Präferenzen der betroffenen Person abhängig machen (Zinkler und von Peter 2019; Zinkler 2021). Andere vertreten hingegen die Position, dass Zwangsbehandlungen von selbstbestimmungsunfähigen Personen mit psychischen Erkrankungen bei Fremdgefährdung auch dem Interesse oder dem Wohl der gefährdenden Person selbst dienen und damit im psychiatrischen Behandlungskontext unter bestimmten Voraussetzungen ethisch rechtfertigbar sein können (Pollmächer 2016, 2019). Auch Steinert (2017) argumentiert, dass nicht behandeltes fremdgefährdendes Verhalten, das zu freiheitsentziehenden Maßnahmen führt, negative psychosoziale Konsequenzen für die betroffene Person nach sich ziehen kann, die einen Schaden für diese darstellen. Vor diesem Hintergrund könne eine psychiatrische Zwangsbehandlung bei Fremdgefährdung als zum Wohl der gefährdenden Person betrachtet werden.

Aus ethischer Perspektive handelt es sich bei den zuletzt genannten Positionen um schwach paternalistische Begründungsstrategien für Zwangsbehandlungen bei Fremdgefährdung. In unserem Artikel untersuchen wir die Frage, ob Zwangsbehandlungen bei selbstbestimmungsunfähigen Personen mit psychischen Erkrankungen, die Dritte gefährden und eine freiwillige Behandlung mit natürlichem Willen ablehnen, zum Wohl der gefährdenden Person sein können. Auf dem Boden einer konzeptionellen Analyse des Wohlbegriffs überprüfen wir somit, wann Zwangsbehandlungen bei Fremdgefährdung schwach paternalistisch gerechtfertigt werden können und wo die Grenzen schwach paternalistischer Rechtfertigungsstrategien liegen.

Ethische Rechtfertigung der Anwendung von Zwang

Maßnahmen unter Zwang stellen einen erheblichen Eingriff in das Recht auf Freiheit sowie auf psychische und körperliche Integrität betroffener Personen dar und sind auf ein absolut notwendiges Minimum zu reduzieren (ZEKO 2013). Die Anwendung von Zwang bedarf einer ethischen Rechtfertigung. Im Kontext der Psychiatrie kann diese Rechtfertigung unter Rückgriff auf zwei ethische Argumentationsstrategien erfolgen: a) zum Schutz Dritter im Rahmen des Schadensprinzips und b) zum Wohl einer selbstbestimmungsunfähigen Person im Rahmen des schwachen Paternalismus.

Das Schadensprinzip

Das vom liberalen Philosophen John Stuart Mill formulierte Schadensprinzip dient der ethischen Begründung von Eingriffen in die Freiheit von Personen:

That principle is [...] [t]hat the only purpose for which power can be rightfully exercised over any member of a civilized community, against his will, is to prevent harm to others (Mill 2015 [1859], S. 13).

Stellt eine Person eine Gefahr für Dritte dar, kann eine Intervention zum Schutz Dritter unter bestimmten Bedingungen ethisch gerechtfertigt werden. Dabei ist die Ursache des gefährdenden Verhaltens unerheblich: Es ist irrelevant, ob die Gefahr von einer mit einer ansteckenden Erkrankung infizierten Person, einer gewalttätigen Person ohne irgendeine Erkrankung oder einer Person, die, motiviert durch psychotisch-wahnhaftes Erleben, aggressiv agiert, ausgeht. Selbstbestimmungsunfähigkeit ist keine Voraussetzung für die ethische Rechtfertigung der Intervention.

Pugh und Douglas (2016) formulieren 5 Voraussetzungen, die zur ethischen Rechtfertigung von Maßnahmen, die im medizinischen Kontext gegen den Willen einer Person durchgeführt werden, erfüllt sein müssen. Diese sind nicht auf den psychiatrischen Kontext beschränkt, sondern gelten für alle (medizinischen und sichernden) Maßnahmen gegen den Willen einer Person. Erstens ist die Rechtfertigung einer Zwangsmaßnahme abhängig von der Schwere des zu vermeidenden Schadens: je schwerer der Schaden, desto einfacher ist die Intervention zu rechtfertigen. Zweitens muss die Intervention geeignet („effective“) sein, um den Schaden abzuwenden. Drittens sollte die Intervention möglichst niedrige Opportunitätskosten haben, also ökonomisch mit vorhandenen Ressourcen umgehen. Dabei bezeichnen Opportunitätskosten den Wert alternativer Maßnahmen, die nicht durchgeführt werden können, da Ressourcen für die Zwangsmaßnahme aufgewendet werden. Viertens sollte zur Abwendung des Schadens das milde-

te Mittel („least restrictive alternative“) gewählt werden, um das Recht auf Selbstbestimmung, körperliche Unversehrtheit und Bewegungsfreiheit der betroffenen Personen bestmöglich zu schützen. Schließlich, fünftens, muss die Intervention verhältnismäßig („proportionate“) zu der durch die Person dargestellten Bedrohung sein.

Ein drohender Schaden für Dritte kann unter Berücksichtigung der genannten Voraussetzungen in der Regel durch freiheitsentziehende und sichernde Maßnahmen, wie Unterbringungen, Fixierungen oder Isolierungen, abgewendet werden (ZEKO 2013). Medizinische Zwangsbehandlungen, wie das Verabreichen antipsychotischer Medikamente gegen den Willen einer Person, werden in der Regel hingegen im Rekurs auf den schwachen Paternalismus gerechtfertigt, der im Folgenden dargelegt wird.

Schwacher Paternalismus

Paternalistische Interventionen bezeichnen Eingriffe in die Freiheit von Personen, mit denen das Ziel verfolgt wird, ihr Wohl zu fördern. Paternalistisches Handeln durchkreuzt die Wünsche, Entscheidungen oder Handlungen einer Person zur Wahrung oder zur Förderung ihres Wohls. Starker Paternalismus bezeichnet dabei das Handeln zum Wohl einer *autonomen* Person entgegen ihren selbstbestimmten Wünschen. Schwacher Paternalismus liegt hingegen vor, wenn die betroffene Person zum Zeitpunkt der paternalistischen Intervention *nicht autonom* handelt (Schöne-Seifert 2009; Schramme 2017).

Autonome (selbstbestimmte) Entscheidungen über medizinische Maßnahmen setzen voraus, dass die Person im Hinblick auf die anstehende Maßnahme informiert ist, selbstbestimmungsfähig (rechtlich: einwilligungsfähig) ist und frei von kontrollierendem äußerem Zwang und Druck handelt (Scholten und Vollmann 2017). Wenn eine Person aktuell nicht selbstbestimmungsfähig ist und die Selbstbestimmungsfähigkeit auch durch Entscheidungsassistenz nicht wieder hergestellt werden kann, muss eine stellvertretende Entscheidungsfindung erfolgen (ZEKO 2016). Hierbei ist zunächst eine ggf. vorhandene Patientenverfügung zu berücksichtigen (Braun et al. 2022a). Alternativ müssen früher konkret geäußerte Behandlungswünsche berücksichtigt oder der mutmaßliche Wille der Person anhand ihrer Werte und Überzeugungen ermittelt werden. Nur, wenn keine Anhaltspunkte für den mutmaßlichen Willen bestehen, sollte die stellvertretende Entscheidung aus ethischer Sicht objektiv nach dem besten Interesse („best interest standard“) der Person getroffen werden, also sich daran ausrichten, was zu ihrem Wohl beiträgt (Beauchamp und Childress 2019).

Aufgrund des hohen Werts, der selbstbestimmten Entscheidungen hinsichtlich der eigenen Lebensgestaltung in liberalen Gesellschaften zukommt, wird selbstbestimm-

ten Personen im Sinne einer negativen Autonomie ein Vetorecht gegenüber jeder medizinischen Behandlung eingeräumt. Daher wird *starker* Paternalismus in der Medizinethik grundsätzlich nicht als gerechtfertigt angesehen. *Schwach* paternalistische Handlungen haben hingegen den Zweck, mangelnde aktuelle Autonomie zu kompensieren, indem gemäß dem vorausverfügten bzw. mutmaßlichen Patientenwillen entschieden wird. Eine Voraussetzung für schwach paternalistische Handlungen ist somit, dass die Person der Intervention aller Wahrscheinlichkeit nach zugestimmt hätte, wenn sie zum Zeitpunkt der Intervention selbstbestimmungsfähig gewesen wäre (Schöne-Seifert 2009).

Die zweite Voraussetzung für schwach paternalistisches Handeln in der Medizin ist, dass die Behandlung zum Wohl der Person beiträgt, was von den vorherigen Überlegungen zur Feststellung ihres Willens getrennt zu beurteilen ist. Im Folgenden diskutieren wir, wie festgestellt werden kann, was zum Wohl einer Person beiträgt, um uns anschließend der Frage zuzuwenden, ob eine Zwangsbehandlung bei Fremdgefährdung immer auch dem Wohl der betroffenen Person dient bzw. welche Grenzen eine schwach paternalistische Begründungsstrategie in diesem Kontext hat.

Was trägt zum Wohl einer Person bei?

Obwohl das Prinzip der Fürsorge bzw. des Handelns zum Wohl von Patient*innen grundlegende Bedeutung für die Medizinethik hat (Beauchamp und Childress 2019), bestehen keine etablierten Konzepte des Wohlergehens für den medizinischen bzw. den psychiatrischen Kontext (Bester 2020; Hawkins 2021). Zumeist wird in der Praxis angenommen, dass das Handeln gemäß einer medizinischen Indikation auch zum Wohl einer Person beiträgt (Hawkins 2021). Dies scheint jedoch nicht immer der Fall zu sein: Wenn eine indizierte Behandlung beispielsweise den Wünschen oder Werten einer Person widerspricht, ist nicht zwangsläufig klar, dass ihre Durchführung zum Wohl der Person beiträgt. Um diese Annahme zu überprüfen und eine sorgfältige ethische Analyse zu ermöglichen, ist ein Konzept des Wohlergehens für den medizinischen bzw. psychiatrischen Kontext notwendig.

Objektive Theorien

In der Philosophie werden grundsätzlich subjektive und objektive Auffassungen des Wohls unterschieden. Nach objektiven Theorien des Wohls gelten bestimmte Kriterien, die in einer „objektiven Liste“ festgelegt werden, als gut für eine Person. In der Regel enthalten objektive Listen verschiedene Kriterien wie beispielsweise Leben, Gesundheit, Wissen, Erfolg, Freundschaft oder Freude, zwischen denen

keine Hierarchisierung besteht (Fletcher 2016). Im medizinischen bzw. psychiatrischen Kontext könnten beispielsweise psychische Gesundheit und soziale Teilhabe als objektive Elemente des Wohls definiert werden, ähnlich wie exemplarisch von Steinert angenommen (Steinert 2017).

Die Kriterien einer objektiven Liste gelten als gleichermaßen gut für alle Personen und sind unabhängig davon, wie sie durch die Person selbst bewertet werden. Dies erscheint jedoch problematisch: Wenn Dinge, die eine Person selbst nicht als relevant für ihr Wohlergehen betrachtet oder nicht wertschätzt, als objektiv gut für sie bewertet werden, besteht eine Diskrepanz zwischen der theoretischen Bewertung ihres Wohlergehens und ihrem individuellen Erleben (Braun et al. 2022b). Nach einem objektiven Ansatz könnte einer Person somit ein hoher Grad an Wohlergehen zugeschrieben werden, ohne dass sie selbst diese Einschätzung teilt. Wenn eine Person beispielsweise wenig Wert auf Freiheit oder auf soziale Kontakte legt, sondern grundlegend andere Werte vertritt – auch wenn diese ungewöhnlich erscheinen – ist es schwierig zu rechtfertigen, dass eine Förderung dieser Aspekte auch zu ihrem Wohl beitragen soll.

Subjektive Theorien

Subjektive Auffassungen des Wohls gehen davon aus, dass das Wohl einer Person von ihren Wünschen abhängig ist: Gut für eine Person ist demnach nur das, was sie sich selbst wünscht (Heathwood 2016). Ein solches individuelles Verständnis von Wohl umgeht das Problem der Diskrepanz zwischen individuellem Erleben der Person und der externen Bewertung ihres Wohlergehens.

Gerade im psychiatrischen Kontext ist jedoch offensichtlich, dass die Erfüllung aller Wünsche einer Person nicht immer gut für sie ist – beispielsweise, wenn die Umsetzung von Wünschen, die während psychischer Krisensituationen (z.B. einer akuten Manie mit psychotischen Symptomen) geäußert werden, das Leben oder Vermögen einer Person gefährden würde.

Eine subjektive Auffassung muss also differenzieren, welche Wünsche für das Wohl einer Person relevant sind (Heathwood 2016; Crisp 2017). So könnte beispielsweise angenommen werden, dass nur die Erfüllung der Wünsche informierter und selbstbestimmungsfähiger Personen zu deren Wohl beiträgt. Nach solch einer subjektiven Auffassung des Wohls würde der selbstbestimmte bzw. mutmaßliche Wille einer Person mit ihrem Wohl zusammenfallen: Alles, was eine selbstbestimmte Person sich wünscht bzw. das, was sich eine aktuell selbstbestimmungsunfähige Person wünschen würde, wenn sie gerade informiert und selbstbestimmungsfähig wäre, würde auch zu ihrem Wohl beitragen. Die Unterscheidung zwischen Wohl und Wille der Person würde somit entfallen.

Dies erscheint jedoch wenig plausibel: Auch selbstbestimmungsfähige und informierte Personen können Wünsche haben, die nicht zu ihrem Wohl beitragen. Dies kann beispielsweise der Fall sein, wenn eine selbstbestimmungsfähige Person sich trotz Kenntnis der damit verbundenen Risiken dafür entscheidet, zu rauchen oder Dinge zu tun, von denen sie selbst nicht glaubt, dass diese zu ihrem Wohl beitragen (z. B. das Abbrechen einer Berufsausbildung). Es ist daher wichtig, das Wohl einer Person von ihrem Willen zu unterscheiden.

Hybride Theorien

Weder objektive noch subjektive Theorien scheinen vollständig wiedergeben zu können, was zum Wohl einer Person beiträgt. Ein rein objektives Verständnis des Wohls ist unzureichend, da es die Perspektive der Person selbst nicht genügend einbezieht – jedoch sind objektive Kriterien in einem gewissen Maß relevant, da sie die theoretische Möglichkeit offenlassen, dass Personen auch ihrem Wohl zuwiderlaufende Entscheidungen treffen können.

In der Medizinethik werden daher zunehmend hybride Theorien des Wohls entwickelt, die sowohl objektive als auch subjektive Kriterien als relevant für das Wohl einer Person ansehen. Sowohl die Erfüllung der Wünsche einer Person als auch bestimmte objektive Elemente, wie Leben, Gesundheit und Fähigkeit zur Selbstbestimmung, gelten dementsprechend als gut für die Person. Wenn subjektive und objektive Elemente einander widersprechen und etwas beispielsweise aus subjektiver Sicht gut und aus objektiver Sicht schlecht für die Person ist, müssen beide Aspekte gegeneinander abgewogen werden. Wünsche einer Person sind besonders dann relevant, wenn sie informiert und selbstbestimmt sind sowie sich auf langfristige Ziele und Lebenspläne der Person beziehen (Bester 2020).

Um beurteilen zu können, was gut für eine Person ist, müssen somit objektive und subjektive Kriterien miteinbezogen werden. Die aktuellen Wünsche der Person müssen in Bezug auf ihre überdauernden Lebensziele berücksichtigt werden – es sollte beispielsweise überprüft werden, ob die Wünsche, die eine Person während einer akuten psychischen Krisensituation hat, mit ihren langfristigen Wünschen außerhalb einer solchen Krise kompatibel sind. Objektive Kriterien können als Gegengewicht zu den Wünschen der Person dienen, werden aber hinsichtlich der individuellen Werte einer Person gewichtet.

Ist eine Zwangsbehandlung bei Fremdgefährdung zum Wohl der gefährdenden Person?

Um zu verdeutlichen, dass eine Zwangsbehandlung bei Fremdgefährdung nicht nur im Interesse Dritter, sondern auch zum Wohl der betroffenen Person selbst sein kann, wird – wie eingangs dargelegt – mitunter darauf verwiesen, dass fremdgefährdendes Verhalten ohne eine Behandlung der zugrunde liegenden psychischen Erkrankung durch daraus resultierende Unterbringungen, Isolierungen oder Fixierungen zu einem sozialen Ausschluss und zum Verlust von Freiheit führe. Nach einem psychosozialen Verständnis von Gesundheit seien auch solche Konsequenzen für die Person als schwerer gesundheitlicher Schaden anzusehen. Eine Zwangsbehandlung der Person könne daher, sofern sie solche psychosozialen Konsequenzen abwendet, auch zum Wohl der fremdgefährdenden Person selbst sein (Steinert et al. 2016; Steinert 2017).

Gemäß der dargestellten hybriden Theorie des Wohlergehens sollte soziale Teilhabe jedoch nicht automatisch als Teil des (gesundheitlichen) Wohls einer Person betrachtet werden. Aufgrund der Relevanz persönlicher Werte und Präferenzen für das individuelle Wohl muss berücksichtigt werden, wie die Person selbst soziale Konsequenzen fremdgefährdenden Verhaltens beurteilen und gewichten würde. Aus subjektiver Sicht kann eine Förderung der sozialen Teilhabe nicht zum Wohl einer Person beitragen, die persönlich keinen Wert auf soziale Teilhabe legt. Und selbst wenn es zum Wohl einer Person wäre, keine aus einer Fremdgefährdung resultierenden Einschränkungen der sozialen Teilhabe zu erleben, bedeutet dies noch nicht, dass eine Zwangsbehandlung mit dem Ziel, diese Einschränkungen zu verhindern, auch gut für sie und damit zu ihrem Wohl wäre. Letzteres ist nämlich davon abhängig, wie die Zwangsbehandlung und deren Auswirkungen subjektiv von der Person erlebt werden und wie sie sich auf verschiedene objektive Kriterien ihres Wohls, beispielsweise gesundheitliche Aspekte wie Körpergewicht oder sexuelle Funktionsfähigkeit, auswirken würde.

Hinzu kommt, dass eine schwach paternalistisch begründete Zwangsbehandlung nicht nur zum Wohl der Person sein, sondern auch ihrem selbstbestimmten Willen (d. h. bei aktueller Selbstbestimmungsunfähigkeit ihrem vorausverfügbaren oder mutmaßlichen Willen) entsprechen muss. Im Kontext von Fremdgefährdung durch selbstbestimmungsunfähige Personen werden Wohl und mutmaßlicher Wille häufig gleichgesetzt, indem angenommen wird, dass es offensichtlich im *eigenen Interesse* der Person sei, andere nicht zu gefährden (Sjöstrand und Helgesson 2008). So schreibt beispielsweise Pollmächer:

Die Abwehr von Gefahren für Dritte hat immer fremdnützigen Charakter. Dies bedeutet aber nicht zwangsläufig, dass die entsprechenden medizinischen Maßnahmen nicht *auch* dem Wohl des Patienten dienen [Hervorhebung im Original] [...]. Ein manisch erkrankter Patient, der [...] [sich] und andere gesundheitlich gefährdet, ohne dass er die Gefährlichkeit seines Tuns einsehen oder nach dieser Einsicht handeln kann, hat offensichtlich ein genuines Eigeninteresse an Schutzmaßnahmen und an einer Behandlung [...]. Aber auch dann, wenn ein solcher Patient aktuell nur andere gefährdet [...], *liegt der Schutz Dritter eben auch in seinem eigenen genuinen Interesse* [Hervorhebung durch die Autor*innen] (Pollmächer 2019, S. 9).

Auch wenn angenommen wird, dass eine Zwangsbehandlung in diesen Fällen zum *Wohl* einer selbstbestimmungsunfähigen Person ist, ist es nicht zwangsläufig so, dass dies auch ihrem *Willen* entspricht. Wohl und Wille der Person sind zwei getrennte Voraussetzungen für eine schwach paternalistisch begründete Zwangsbehandlung, die beide erfüllt sein müssen, um diese zu legitimieren.

Um dies zu verdeutlichen, diskutieren wir im Folgenden anhand eines Fallbeispiels mit zwei unterschiedlichen Verlaufsvarianten, wann eine Zwangsbehandlung bei Fremdgefährdung zum Wohl einer selbstbestimmungsunfähigen Person sein kann, und wie dies vom mutmaßlichen Willen abzugrenzen ist.

Fallbeispiel

P ist in einer forensisch-psychiatrischen Einrichtung untergebracht und zeigt aggressives und fremdgefährdendes Verhalten auf dem Boden einer akuten Psychose. P hat in einem psychotisch-wahnhaften Zustand bereits mehrfach Mitarbeiter*innen und Mitpatient*innen tätlich angegriffen und erheblich verletzt. P ist nicht selbstbestimmungsfähig im Hinblick auf die psychiatrische Behandlung und lehnt mit seinem natürlichen Willen die Einnahme jeglicher Medikamente ab. Es erfolgt die Absonderung im reizarmen Kriseninterventionsraum (Isolierung), die bereits über mehrere Wochen andauert, weil mildere Mittel – insbesondere auch Versuche, die Isolierung zwischenzeitlich aufzuheben – nicht hinreichend waren, um erhebliche tätliche Übergriffe auf Mitarbeiter*innen zu verhindern. Ausgänge in den Hof sind nur in Begleitung von zwei Pflegenden und in Handschellen möglich, da es auch bei diesen Gelegenheiten bereits zu erheblichem tätlich-aggressiven Verhalten durch P gekommen ist. Ps rechtlichem Betreuer zufolge legt P großen Wert auf Freiheit und Bewegung an der fri-

schen Luft, soziale Kontakte und eine künstlerische Aktivität. Ihm zufolge würde P eine medikamentöse Behandlung, die ihm eine Teilnahme an Gruppenaktivitäten (Sport- und Kunsttherapie) ermöglichen könnte, mit großer Wahrscheinlichkeit den sichernden und freiheitsentziehenden Maßnahmen vorziehen.

In diesem Fall scheint eine medikamentöse Behandlung gegen den natürlichen Willen von P ethisch rechtfertigbar. Mit einer medikamentösen Behandlung können potenziell die Therapieziele der Teilnahme an sozialen Aktivitäten und Bewegung im Freien sowie die Wiedererlangung der Selbstbestimmungsfähigkeit erreicht werden. Eine Medikation entspricht dem mutmaßlichen Willen Ps, den der rechtliche Betreuer anhand früherer Aussagen rekonstruiert. Gleichzeitig würde eine medikamentöse Behandlung auch Ps gesundheitliches Wohl sowohl hinsichtlich subjektiver als auch objektiver Erwägungen fördern, sofern keine drastischen unerwünschten Wirkungen auftreten. Hinsichtlich subjektiver Aspekte lassen sich Sport an der frischen Luft und Teilnahme an Gruppenaktivitäten als früher explizit geäußerte Wünsche und persönlich wertvolle Freizeitbetätigungen Ps identifizieren. Darüber hinaus würde eine Zwangsbehandlung auch objektive Bestandteile von Ps Wohl wie seine Selbstbestimmungsfähigkeit fördern. Insofern die medikamentöse Behandlung hier 1) Ps mutmaßlichem Willen entspricht und 2) Ps gesundheitliches Wohl fördert, ist sie ethisch rechtfertigbar.

Das Fallbeispiel verdeutlicht außerdem den Unterschied in den ethischen Rechtfertigungsstrategien in Bezug auf freiheitsentziehende Maßnahmen auf der einen und medizinische Behandlungen auf der anderen Seite. Während Erstere (wie die wochenlange Isolierung) durch das Schadensprinzip ethisch rechtfertigbar sind, beruht die ethische Rechtfertigung der medikamentösen Zwangsbehandlung in diesem Fall primär auf schwach paternalistischen Erwägungen hinsichtlich des Wohls und Willens der betroffenen Person. Trotz der vorliegenden erheblichen Fremdgefährdung bezieht sich die ethische Rechtfertigung der medikamentösen *Behandlung* also nur sekundär auf die Interessen Dritter.

Fortsetzung des Fallbeispiels – Variante 1

Entsprechend den geltenden rechtlichen Rahmenbedingungen wird eine Zwangsmedikation beantragt und begonnen. Die Medikation zeigt eine gute Wirksamkeit auf die psychotisch-wahnhaftige Symptomatik. Aus Sicht der Behandler*innen verbessert sich Ps Gesamtzustand deutlich, er zeigt kein fremdaggressives Verhalten mehr, ist weniger impulsiv und muss nicht mehr isoliert werden. Allerdings hat die Medikation einen großen Einfluss auf Ps Erleben und Verhalten. Er hat wenig Antrieb, fühlt sich sediert und in seinem

emotionalen Erleben eingeschränkt. Darüber hinaus berichtet er mangelndes Interesse an seiner sportlichen und künstlerischen Aktivität sowie an sozialen Kontakten im Allgemeinen. Darum bleibt er trotz der Möglichkeit, sein Zimmer zu verlassen, tagelang in diesem und liegt die meiste Zeit im Bett. Auch eine Anpassung der Medikation bringt keine Besserung. Im Verlauf der Behandlung hat P seine Selbstbestimmungsfähigkeit wiedererlangt und stimmt der Fortführung der medikamentösen Behandlung trotz bestehender Zweifel an deren Nutzen zu.

Im weiteren Verlauf des Fallbeispiels zeigt sich, dass die Medikation einen erwünschten Effekt erzielen konnte, nämlich die Reduktion des psychotisch-wahnhaften Erlebens und – damit einhergehend – das Sistieren des fremdgefährdenden Verhaltens, wodurch die Isolierung Ps aufgehoben werden konnte. Dennoch ist infrage zu stellen, ob die Medikation insgesamt zum Wohl von P beiträgt. Schließlich führt sie zu unerwünschten Wirkungen, die für P wichtige Lebensinhalte (sportliche und künstlerische Betätigung, soziale Kontakte) und – damit zusammenhängend – sein subjektives Wohl erheblich beeinträchtigen.

Das Fallbeispiel macht deutlich, dass die oben dargelegte Annahme, dass eine Zwangsbehandlung, durch die fremdgefährdendes Verhalten minimiert wird, der Vermeidung negativer sozialer Konsequenzen für die Dritte gefährdende Person dient und damit ihr Wohl befördert, nicht notwendigerweise zutreffend ist. Sie kann stattdessen auch negative soziale Folgen haben. Da die Behandlung im Fallbeispiel zentralen Aspekten von Ps subjektivem Wohl nicht dienlich ist, scheint zum gegenwärtigen Zeitpunkt ein Fortführen der Medikation in erster Linie zum Wohl und im Interesse dritter Personen zu sein, ohne Ps Wohl in einer für ihn zufriedenstellenden Weise zu fördern. Die Behandlungsziele (Wiedererreichen der Selbstbestimmungsfähigkeit, Reduktion des psychotisch-wahnhaften Erlebens, Teilnahme an sozialen Aktivitäten, Bewegung im Freien) wurden nur teilweise erreicht, weshalb eine weitere psychopharmakologische und nichtpharmakologische Optimierung der Therapie notwendig erscheint.

Fortsetzung des Fallbeispiels – Variante 2

Auch in Variante 2 wird eine Zwangsbehandlung begonnen. Die Medikation zeigt eine gute Wirksamkeit auf die psychotisch-wahnhafte Symptomatik und hat keine relevanten Nebenwirkungen. P erlangt die Selbstbestimmungsfähigkeit wieder und kann wieder an der Sport- und Kunsttherapie teilnehmen, da er nicht mehr durch fremdgefährdendes Verhalten auffällt. Im Verlauf verfasst P im selbstbestimmungsfähigen Zustand eine Patientenverfügung, in der er eine

psychopharmakologische Behandlung gegen seinen Willen in Zukunft grundsätzlich ablehnt. P sei sich bewusst, dass er in psychotischen Phasen zu fremdgefährdendem Verhalten neige und nehme in Kauf, dass er in diesem Fall, auch langfristig, untergebracht werden müsse. Er nehme außerdem in Kauf, dass er bei erheblicher Fremdgefährdung innerhalb der Einrichtung ggf. zusätzlich in einem Kriseninterventionsraum isoliert werden und auf soziale Kontakte auf der Station sowie therapeutische Aktivitäten in der Gruppe verzichten müsse. Er wolle die Medikamente erst einmal freiwillig weitereinnehmen, aber ob er dies dauerhaft tun wolle, könne er nicht sagen. Nach einigen Monaten entscheidet P im Zustand der Selbstbestimmungsfähigkeit, dass er ablehnt, sein Leben unter dem ständigen Einfluss von Psychopharmaka zu führen. Aus diesem Grund beendet P die Medikamenteneinnahme. Sein psychischer Gesundheitszustand verschlechtert sich im Verlauf von mehreren Wochen. P wird im psychotisch-wahnhaften Zustand fremdaggressiv und muss schließlich im Kriseninterventionsraum isoliert werden, da mildere Mittel nicht ausreichend sind, um erhebliche tätlich-aggressive Übergriffe auf Mitarbeiter*innen und Mitpatient*innen zu verhindern.

Die durchgeführte medikamentöse Therapie scheint Ps Wohl befördert zu haben. Die Teilnahme an sportlichen und künstlerischen Aktivitäten sowie eine größtmögliche Bewegungsfreiheit entsprechen subjektiven Bestandteilen von Ps Wohl; Gesundheit und Fähigkeit zur Selbstbestimmung entsprechen Bestandteilen des objektiven Wohls. Eine erneute Zwangsbehandlung entspricht jedoch nicht (mehr) Ps selbstbestimmtem Willen, den er in der zwischenzeitlich erstellten Patientenverfügung dokumentiert hat. Da die aktuelle Situation der in der Patientenverfügung konkret definierten Situation entspricht und P zum Zeitpunkt der Abfassung der Patientenverfügung als selbstbestimmungsfähig beurteilt wurde, ist eine Zwangsbehandlung in diesem Fall ethisch nicht über den schwachen Paternalismus rechtfertigbar, weil das zweite für die Rechtfertigung schwach paternalistischer Interventionen relevante Element, der Wille der Person, der Zwangsbehandlung entgegensteht.

Dies verdeutlicht, dass – von einer hybriden Konzeption des Wohls ausgehend – der Wille und das Wohl einer Person voneinander abweichen können. Eine Behandlung gegen den vorausverfügten oder mutmaßlichen Willen einer Person lässt sich in solchen Konstellationen nicht schwach paternalistisch rechtfertigen, auch wenn die Behandlung dem Wohl der aktuell selbstbestimmungsunfähigen Person dienlich wäre. In rein subjektiven Theorien des Wohls würde eine solche Unterscheidung zwischen Wohl und Wille entfallen, da angenommen wird, dass alles, was sich eine Per-

son wünscht, zu ihrem Wohl ist. Wie unsere Analyse von Variante 2 zeigt, erscheint dies jedoch wenig plausibel, da Personen sich *gegen* ihr gesundheitliches Wohl entscheiden können, auch wenn dies aus medizinischer bzw. psychiatrischer Sicht unvernünftig erscheinen mag. Dies können rein subjektive Theorien des Wohls nicht abbilden.

Fazit und offene Fragen

Unsere theoretischen Überlegungen und Fallanalyse haben gezeigt, dass eine Zwangsbehandlung bei Fremdgefährdung zum Wohl der gefährdenden Person sein und bei entsprechendem vorausverfügten oder mutmaßlichen Willen dieser Person im Rekurs auf den schwachen Paternalismus ethisch gerechtfertigt werden kann. Vor dem Hintergrund der eingangs dargelegten professionsethischen Grundsätze stellt sie in diesen Fällen eine legitime Aufgabe für psychiatrische Professionelle und Institutionen dar, selbst wenn der primäre Grund für die *Unterbringung* der Person mit einer psychischen Erkrankung in einer Gefährdung Dritter liegt. Eine solche schwach paternalistische Rechtfertigung setzt jedoch eine transparente und differenzierte Konzeption von Wohl und Wille voraus und erfordert – darauf basierend – eine sorgfältige ethische Analyse im Einzelfall. Angebote der klinischen Ethikberatung können zur Unterstützung der Analyse solcher komplexen ethischen Situationen hilfreich sein, sowohl im Kontext der Allgemeinpsychiatrie als auch der forensischen Psychiatrie (Braun und Faissner 2021).

Wenn sich im Rahmen einer solchen ethischen Analyse zeigt, dass eine Zwangsbehandlung nicht zum Wohl einer Person ist *oder* nicht ihrem vorausverfügten oder mutmaßlichen Willen entspricht, ist sie nicht schwach paternalistisch zu rechtfertigen. Beschränkt man sich in der ethischen Rechtfertigung von Zwangsbehandlungen auf schwach paternalistische Begründungen, können Situationen entstehen, in denen eine Person mit einer psychischen Erkrankung trotz sichernder Maßnahmen Dritte – vor allem Mitarbeiter*innen in der Einrichtung, in der diese Person untergebracht ist – erheblich gefährdet. Wie Variante 2 des oben dargelegten Fallbeispiels zeigt, kann in solchen Situationen die erhebliche Gefährdung Dritter andauern, *obwohl* ein Medikament zur Verfügung steht, mit dessen Hilfe die zugrunde liegende psychische Erkrankung behandelt und die daraus resultierende Gefahr abgewendet werden könnte. Vor diesem Hintergrund stellt sich die bislang unzureichend geklärte ethische Frage, ob in bestimmten Situationen eine Verabreichung eines Medikaments zur Gefahrenabwehr auf Basis des oben genannten Schadensprinzips ethisch gerechtfertigt werden könnte (Pugh und Douglas 2016; Gather et al. 2020). Angesichts ihrer Praxisrelevanz und des berechtigten Sicherheitsinteresses der von der Gefährdung betroffenen Personen bedarf diese Frage einer vertiefenden

ethischen Analyse, die an dieser Stelle jedoch nicht geleistet werden kann.

Je weniger psychiatrisches Handeln zur Abwehr von Fremdgefährdung schwach paternalistisch im Rekurs auf das Wohl und den Willen der von der Maßnahme betroffenen Person begründet werden kann, umso mehr stellt sich außerdem die Frage, ob diese Aufgabe sinnvollerweise in den Zuständigkeitsbereich der Psychiatrie als medizinischer Disziplin fallen sollte. Wie mit fremdgefährdenden Personen mit psychischen Erkrankungen verfahren werden sollte, die nicht psychiatrisch behandelt werden können oder wollen, wird seit Jahren im Rahmen der Debatte um die ordnungspolitische Funktion der Psychiatrie kontrovers diskutiert (Vollmann 2014; Pollmächer 2015; Zinkler und von Peter 2019; Brieger und Menzel 2020; von Peter 2020). Wenngleich vonseiten verschiedener Betroffenenverbände der Vorschlag begrüßt wird, den Zuständigkeitsbereich der Psychiatrie generell auf freiwillige Behandlungen zu beschränken (Schneider für den Bundesverband Psychiatrie-Erfahrener sowie die Bundesarbeitsgemeinschaft Psychiatrie-Erfahrener 2021), ist aus unserer Sicht bislang noch kein zufriedenstellender Lösungsansatz entwickelt worden, der alle relevanten Perspektiven und berechtigten Interessen hinreichend berücksichtigt. An dieser Stelle ist eine breite gesellschaftliche und wissenschaftliche Diskussion erforderlich, die verschiedene Interessensgruppen (u. a. Betroffenen- und Angehörigenverbände, Fachgesellschaften), Wissenschaft und politische Entscheidungsträger*innen einbezieht. Ziel dieser Diskussion sollte es sein, ein Gesamtkonzept zum Umgang mit Personen mit psychischen Erkrankungen, die andere gefährden, zu entwickeln, das sowohl die Allgemeinpsychiatrie als auch die forensische Psychiatrie umfasst. Ein solches Konzept sollte einerseits Personen mit psychischen Erkrankungen im Vergleich zu Personen ohne psychische Erkrankungen nicht diskriminieren und sollte ihnen andererseits ein an ihren individuellen Präferenzen und Bedürfnissen ausgerichtetes Unterstützungs- und Behandlungsangebot bieten.

Danksagung Die Autor*innen danken dem Bundesministerium für Bildung und Forschung für die Förderung im Rahmen der Forschungsgruppe „SALUS – Ethische Aspekte von Zwang in der Psychiatrie im Spannungsfeld von Selbstbestimmung, gesundheitlichem Wohl und Sicherheit“ (Förderkennzeichen: 01GP1792).

Funding Open Access funding enabled and organized by Projekt DEAL.

Interessenkonflikt E. Braun, M. Faissner und J. Gather geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Open Access Dieser Artikel wird unter der Creative Commons Namensnennung 4.0 International Lizenz veröffentlicht, welche die Nutzung, Vervielfältigung, Bearbeitung, Verbreitung und Wiedergabe in jeglichem Medium und Format erlaubt, sofern Sie den/die ursprünglichen Autor(en) und die Quelle ordnungsgemäß nennen, einen Link

zur Creative Commons Lizenz beifügen und angeben, ob Änderungen vorgenommen wurden.

Die in diesem Artikel enthaltenen Bilder und sonstiges Drittmaterial unterliegen ebenfalls der genannten Creative Commons Lizenz, sofern sich aus der Abbildungslegende nichts anderes ergibt. Sofern das betreffende Material nicht unter der genannten Creative Commons Lizenz steht und die betreffende Handlung nicht nach gesetzlichen Vorschriften erlaubt ist, ist für die oben aufgeführten Weiterverwendungen des Materials die Einwilligung des jeweiligen Rechteinhabers einzuholen.

Weitere Details zur Lizenz entnehmen Sie bitte der Lizenzinformation auf <http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.de>.

Literatur

- Beauchamp TL, Childress JF (2019) Principles of biomedical ethics, 8. Aufl. Oxford University Press, New York
- Bester JC (2020) Beneficence, interests, and wellbeing in medicine: what it means to provide benefit to patients. *Am J Bioeth* 20(3):53–62. <https://doi.org/10.1080/15265161.2020.1714793>
- Braun E, Faissner M (2021) 1. Netzwerktreffen Ethikberatung in der Psychiatrie. Online-Tagung, 20. Januar 2021. *Ethik Med* 33:129–134. <https://doi.org/10.1007/s00481-021-00612-7>
- Braun E, Gaillard A-S, Gather J, Scholten M, Gieselmann A (2022a) Psychiatrische Patientenverfügungen in der Praxis. *Psychiatr Pflege Heute* 28(2):77–81. <https://doi.org/10.1055/a-1687-7166>
- Braun E, Gather J, Henking T, Vollmann J, Scholten M (2022b) Das Verständnis von Wohl im Betreuungsrecht – eine Analyse anlässlich der Streichung des Wohlbegriffs aus dem reformierten Gesetz. *Ethik Med*. <https://doi.org/10.1007/s00481-022-00697-8>
- Brieger P, Menzel S (2020) Psychiatrie ohne Ordnungsfunktion? – Kontra. *Psychiatr Prax* 47:297–298. <https://doi.org/10.1055/a-1169-2163>
- Bundesärztekammer (2019) (Muster-)Berufsordnung für die in Deutschland tätigen Ärztinnen und Ärzte. Deutsches Ärzteblatt 2019. https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/pdf-Ordner/MBO/MBO-AE.pdf. Zugegriffen: 2. Juni 2022
- Crisp R (2017) Well-being. <https://plato.stanford.edu/archives/fall2017/entries/well-being/> (The Stanford Encyclopedia of Philosophy (Fall 2017 Edition). Hrsg.: Edward N. Zalta). Zugegriffen: 2. Juni 2022
- Fletcher G (2016) Objective list theories. In: Fletcher G (Hrsg) *The Routledge handbook of philosophy of well-being*. Routledge, Oxon, New York City, S 148–160
- Gather J, Juckel G, Henking T, Efekmann SA, Vollmann J, Scholten M (2020) Under which conditions are changes in the treatment of people under involuntary commitment justified during the COVID-19 pandemic? An ethical evaluation of current developments in Germany. *Int J Law Psychiatry* 73:101615. <https://doi.org/10.1016/j.ijlp.2020.101615>
- Hawkins J (2021) Theory without theories: well-being, ethics and medicine. *J Med Philos* 46(6):656–683
- Heathwood C (2016) Desire-fulfillment theory. In: Fletcher G (Hrsg) *The Routledge handbook of philosophy of well-being*. Routledge, Oxon, New York City, S 135–147
- Mill JS (2015) On liberty, utilitarianism, and other essays. Oxford University Press, Oxford ([1859])
- von Peter S (2020) Psychiatrie ohne Ordnungsfunktion? – Pro. *Psychiatr Prax* 47:296–297. <https://doi.org/10.1055/a-1170-5416>
- Pollmächer T (2015) Moral oder Doppelmoral? Das Berufsethos des Psychiaters im Spannungsfeld zwischen Selbstbestimmung, Rechten Dritter und Zwangsbehandlung. *Nervenarzt* 86:1148–1156. <https://doi.org/10.1007/s00115-015-4303-z>
- Pollmächer T (2016) „Gefährdung Dritter als Rechtfertigung einer öffentlich-rechtlichen Unterbringung psychisch Kranker?“ – Kontra. *Psychiatr Prax* 43:11–12. <https://doi.org/10.1055/s-0035-1552767>
- Pollmächer T (2019) Zur Legitimität fremdnützigen Handelns in der Medizin und speziell in der Psychiatrie. *Forens Psychiatr Psychol Kriminol* 13:4–12. <https://doi.org/10.1007/s11757-018-00517-0>
- Pugh J, Douglas T (2016) Justifications for non-consensual medical intervention: from infectious disease control to criminal rehabilitation. *Crim Justice Ethics* 35(3):205–229. <https://doi.org/10.1080/0731129X.2016.1247519>
- Schalast N (2016) „Gefährdung Dritter als Rechtfertigung einer öffentlich-rechtlichen Unterbringung psychisch Kranker?“ – Pro. *Psychiatr Prax* 43:10–11. <https://doi.org/10.1055/s-0035-1552766>
- Schneider OA, Bundesverband Psychiatrie-Erfahrener, Bundesarbeitsgemeinschaft Psychiatrie-Erfahrener (2021) Nicht in unserem Namen! Zur Kritik am Konzept einer freiwilligen Psychiatrie aus Betroffenenperspektive. *Recht Psychiatr* 39:35–38
- Scholten M, Vollmann J (2017) Patientenselbstbestimmung und Selbstbestimmungsfähigkeit. In: Vollmann J (Hrsg) *Ethik in der Psychiatrie*. Ein Praxisbuch. Psychiatrie, Köln, S 26–34
- Schöne-Seifert B (2009) Paternalismus. Zu seiner ethischen Rechtfertigung in Medizin und Psychiatrie. *Jahrb Wissenschaft Ethik* 14(1):107–128
- Schramme T (2017) Autonomie und Paternalismus. In: Vollmann J (Hrsg) *Ethik in der Psychiatrie*. Ein Praxisbuch. Psychiatrie, Köln, S 18–25
- Sjöstrand M, Helgesson G (2008) Coercive treatment and autonomy in psychiatry. *Bioethics* 22(2):113–120. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8519.2007.00610.x>
- Steinert T (2017) Ethics of coercive treatment and misuse of psychiatry. *Psychiatr Serv* 68(3):291–294. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201600066>
- Steinert T (2021) Die Doppelfunktion der Psychiatrie. *Recht Psychiatr* 39:28–34. https://doi.org/10.1486/RP-2021-01_28
- Steinert T, Heinz A, Müller S, Hohl-Radke F, Müller J, Zinkler M (2016) Grundfragen zum Verständnis psychischer Erkrankungen. *Dtsch Arztebl* 113(26):A1252–A1253
- Vollmann J (2014) Zwangsbehandlungen in der Psychiatrie. Eine ethische Analyse der neuen Rechtslage für die klinische Praxis. *Nervenarzt* 85:614–620. <https://doi.org/10.1007/s00115-013-3866-9>
- World Psychiatric Association (2020) Code of ethics for psychiatry. <https://www.wpanet.org/policies>. Zugegriffen: 2. Juni 2022
- Zentrale Ethikkommission bei der Bundesärztekammer (ZEKO) (2013) Zwangsbehandlung bei psychischen Erkrankungen. *Dtsch Arztebl* 110(26):A1334–A1338
- Zentrale Ethikkommission bei der Bundesärztekammer (ZEKO) (2016) Entscheidungsfähigkeit und Entscheidungsassistenz in der Medizin. *Dtsch Arztebl*. https://doi.org/10.3238/arztebl.2016.zeko_baek_StellEntscheidung2016_01
- Zinkler M (2021) Psychiatrie ohne Zwang. Ein Versorgungsmodell für die Zukunft. *Kerbe – Forum Soziale Psychiatr* 39(1):28–30
- Zinkler M, von Peter S (2019) Ohne Zwang – ein Konzept für eine ausschließlich unterstützende Psychiatrie. *Recht Psychiatr* 37:203–209