

Aus dem Institut für Ethik, Geschichte und Theorie der Medizin
Institut der Ludwig-Maximilians-Universität München

Vorstand: Prof. Dr. Georg Marckmann, MPH

Selbstbestimmungsunfähigkeit und Selbstgefährdung bei
Zwangsmaßnahmen und Zwangsbehandlung in der Psychiatrie:
eine empirisch-ethische Untersuchung

Dissertation

zum Erwerb des Doktorgrades der Humanmedizin
an der Medizinischen Fakultät der
Ludwig-Maximilians-Universität zu München

vorgelegt von:

Robert Krüger
aus Hoyerswerda

2023

Mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät der Universität München

Berichterstatter: Prof. Dr. med. Georg Marckmann, MPH

Mitberichterstatter: PD Dr. med. Cornelius Stadtland

Mitbetreuung durch den habilitierten Mitarbeiter:

Jun. Prof. Dr. med. Dr. phil. Orsolya Friedrich

Dekan: Prof. Dr. med. Thomas Gudermann

Tag der mündlichen Prüfung: 12.01.2023

Für Käthe

Inhaltsverzeichnis

Zusammenfassung	1
Abbildungsverzeichnis	5
Tabellenverzeichnis	6
Abkürzungsverzeichnis	7
1. Einleitung	8
1.1. Hintergrund der Forschung	12
1.2. Selbstbestimmungs(un)fähigkeit	14
1.3. Funktion der Einwilligungsfähigkeit und Selbstschädigung in Bezug auf Zwangsmaßnahmen und Zwangsbehandlung	18
1.4. Psychiatrische Vorausplanungen (PADs)	20
1.5. Forschungsziele	23
2. Methodik	26
2.1. Konzeption und Aufbau des Fragebogens	26
2.2. Studienteilnehmer	28
2.3. Distribution des Fragebogens	29
2.4. Statistische Analyse	29
2.4.1. Psychiatrische Vorausplanungen (PADs)	29
2.4.2. Entscheidungskompetenz (DMC)	30
3. Ergebnisse	31
3.1. Stichprobenbeschreibung	31
3.2. Psychiatrische Vorausplanungen (PADs)	32
3.3. Entscheidungskompetenz (DMC)	36
3.4. PADs als Entscheidungsgrundlage	40
3.5. Deskriptive Ergebnisse der Skalen	41
3.6. Prüfung der Hypothesen	42
4. Diskussion	48
4.1. Psychiatrische Vorausplanungen (PADs)	48
4.2. Entscheidungskompetenz (DMC)	52
5. Schlussfolgerungen	56
Literaturverzeichnis	58
Anhang	67
Danksagung	74
Affidavit	75

Zusammenfassung

Mit Selbstbestimmung als Fähigkeit zur Selbstgesetzgebung des Menschen (Kant, 2012: 60) und zugleich als grundgesetzlich geschütztes Rechtsgut (GG, Art. 2, Absatz 1) bewegt sich jede professionelle Maßnahme, die für einen Bürger¹ mit limitierter Selbstbestimmungsfähigkeit von Dritten getroffen wird, auf einer ethisch-legalen Grenzlinie. Wo der Mensch zeitweise oder dauerhaft nicht selbstbestimmt handeln kann, bedarf es anerkannter standardisierter juristischer Hilfsmittel, deren Anwendung dazu führen soll, den „competent wish“ (Ambrosini et al., 2008) des Menschen zu respektieren, also seine Entscheidung möglichst akkurat umzusetzen.

In Fällen von akut oder chronisch eingeschränkter Selbstbestimmungsfähigkeit sind ärztliche Zwangsmaßnahmen und Zwangsbehandlungen ethisch besonders zu problematisieren. Die vorliegende Arbeit beschäftigt sich daher – abgeleitet aus einer umfangreichen Interviewstudie – speziell mit zwei konkreten Themen, die im Zusammenhang mit persönlicher Selbstbestimmungs(un)fähigkeit und ärztlichen Zwangsmaßnahmen respektive Zwangsbehandlungen stehen und von hoher aktueller Relevanz sind. Im Detail wurden Aspekte hinsichtlich psychiatrischer Vorausplanungen (PADs) und der Fähigkeit zum Treffen von Entscheidungen (DMC) untersucht. Es wurde dadurch analysiert, inwiefern Selbstbestimmungs(un)fähigkeit und Selbstgefährdung in der Praxis konkret operationalisiert werden, und welche Schwierigkeiten oder Widersprüche sich bei der Operationalisierung ergeben. Zwar ergab die vorliegende Studie keinen signifikanten Einfluss der klinischen Parameter für die ärztliche Einschätzung des Grades an Selbstbestimmungsfähigkeit, was früheren klinischen Erhebungen widerspricht (Silberfeld & Checkland, 1999) – möglicherweise war die geringe Stichprobe dafür ausschlaggebend. Es ergab sich jedoch eine Validierung der Bedeutung persönlicher Erfahrung seitens der Psychiater hinsichtlich der Einschätzung der Selbstbestimmungsfähigkeit und der Anwendung von PADs. Ferner stellte sich die für die Forschung leitende Frage, welche Anregungen die psychiatrische Anwendungspraxis für die inhaltliche Differenzierung der normativen Begrün-

¹ Hinweis des Autors: In dieser Arbeit wird bei Personen- und Berufsbezeichnungen durchgängig die männliche Form verwendet, was keinerlei wertende Implikation des Autors miteinschließt, sondern lediglich aus Gründen der vereinfachten Lesbarkeit geschieht.

derung von Zwangsmaßnahmen und Zwangsbehandlungen bietet und welche Anforderungen zukünftige normative Begründungen an die Praxis stellen müssten. Hiermit wurde also der Bereich der deskriptiven Forschung überschritten und es wurden ethische und spekulative Fragen aufgeworfen, deren Beantwortung zu einem reflektierten Umgang mit aktuellen und zukünftigen Herausforderungen im Arzt-Patienten-Verhältnis in Fällen eingeschränkter Selbstbestimmung führen soll.

Zweck

Die Anwendbarkeit und Wirksamkeit von psychiatrischen Voranweisungen (PADs) wird in der Psychiatrie und in der Medizinethik häufig kontrovers diskutiert, da sie als legale Hilfsmittel zur Entsprechung des Patientenwillens in Phasen eingeschränkter Selbstbestimmungsfähigkeit gelten (Elbogen et al., 2007). Dadurch gewinnen sie an ethischer Relevanz, da sie den Respekt vor der Würde und der Selbstbestimmung des Patienten gerade auch in symptomatisch eingeschränkten Phasen ermöglichen. Die Bereitschaft der Psychiater, PADs zu verwenden, ist ein wichtiger Faktor, um ihre weitere Verwendung zu ermöglichen und potenzielle systematische Ziele von PADs, wie die Reduzierung unfreiwilliger Behandlungen, zu erreichen. Weitere Informationen sind erforderlich, um die Bereitschaft der Psychiater zur Nutzung von PADs (d. h. ihre persönliche Einstellung) und die Bewertung der Wirksamkeit von PADs durch die Psychiater zur Verringerung der – ethisch umstrittenen – unfreiwilligen Behandlung zu beurteilen. Zur Erweiterung der Fachdiskussion wurden statistische Erhebungen veranlasst, die eine Datenbasis zur Validierung von Hypothesen lieferten. Es sollte auch untersucht werden, ob diese persönlichen Einstellungen von der Demografie und der eigenen Berufserfahrung eines Psychiaters beeinflusst werden. Der Zweck dieser Untersuchung war das Eruiere von objektiven vs. subjektiven Argumenten in der ärztlichen Einschätzung von Selbstbestimmungs(un)fähigkeit.

Methoden

Die Methode war die Auswertung eines detaillierten qualitativen Interviews, welches ausreichend Rohdaten zur Evaluierung der Forschungsfragen ergab. Auf der Tagung der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik (DGPPN) im November 2014 wurde eine Umfrage unter Psychiatern durchgeführt,

welche die Gesamtproblematik zum ärztlichen Umgang mit akut oder chronisch in ihrer Selbstbestimmungsfähigkeit eingeschränkten Patienten erörtern sollte. Es wurden konkret 108 Psychiater zu der Anwendung von PADs und ihrer Interaktion mit Patienten mit eingeschränkter Selbstbestimmungsfähigkeit befragt, auch in Situationen von akutem Selbstgefährdungsrisiko. Neben der Befragung zur persönlichen Einstellung wurden statistische Daten zu Person, Alter, Geschlecht, Berufserfahrung und anderen relevanten Faktoren erhoben.

Ergebnisse

Die Ergebnisse der Fragebogen-Auswertung waren positiv im Hinblick auf die Relevanz von PADs aus ethischer Sicht, denn sie bestätigten die Erkenntnis der Mehrheit der befragten Ärzte von der Wichtigkeit von PADs und der Notwendigkeit, nach ihnen zu handeln. Mehr teilnehmende Psychiater waren sich einig, dass sie nach PADs fragen und handeln würden, als dass PADs dazu beitragen würden, tatsächlich unfreiwillige Behandlungen zu reduzieren ($p < 0,001$). Dieses Ergebnis wurde besonders bei Psychiatern hervorgehoben, die seit mehr als 10 Jahren in einer beschützten Patientenatmosphäre arbeiten; allerdings war der Einfluss der Berufserfahrung statistisch nicht signifikant. Die initiale Hypothese des signifikanten Zusammenhangs zwischen Berufserfahrung und Einschätzung von PADs wurde also nicht bestätigt.

Schlussfolgerungen

Der Begriff der Autonomie oder Selbstbestimmung ist ein zentrales ethisches Thema, da er laut Immanuel Kant unmittelbar mit der Würde des Menschen und seiner eigenen Freiheit zum selbstbestimmten Leben zusammenhängt (Düwell, 2008). Wo die Selbstbestimmungsfähigkeit aus klinisch-pathologischen Gründen eingeschränkt ist, müssen Maßnahmen gefunden werden, die eine zeitnahe ärztliche Intervention zugunsten der Gesundheit und Sicherheit des Patienten erlauben, aber möglichst nicht im Widerspruch zu seinem persönlichen Willen stehen. Solche Maßnahmen können PADs sein, welche den Patientenwillen formulieren und psychiatrische Maßnahmen in Übereinstimmung mit dem Patientenwillen in Phasen eingeschränkter Selbstbestimmung erlauben. Wichtig ist, dass die Psychiater für die Operationalisierung dieses legalen Hilfsmittels im klinischen Alltag sensibilisiert sind. In Deutschland tätige

Psychiater schienen der hier zugrunde gelegten Studie zufolge mehrheitlich die Vorteile von PADs und ihre (rechtliche und ethische) Bedeutung zu erkennen und dementsprechend zu handeln. Sie zeigten daher durchgängig die Bereitschaft, nach PADs zu fragen und dementsprechend zu handeln, aber nur so lange, wie eine unfreiwillige Behandlung notwendig erschien. Dies kann auf ihre Erfahrung mit einem signifikanten Unterschied zwischen den geforderten Maßnahmen in den PADs und den tatsächlich erforderlichen Maßnahmen zur Vermeidung einer unfreiwilligen Behandlung zurückzuführen sein. Direkte Kommunikation zwischen Psychiatern mit unterschiedlichem Grad an Berufserfahrung könnte zukünftig den Umgang mit in ihrer Selbstbestimmungsfähigkeit eingeschränkten Patienten verbessern.

Abbildungsverzeichnis

Abb. 1: Balkendiagramm Einstellung und Verhalten in Bezug auf PADs	34
Abb. 2: Balkendiagramm Urteilsfindung hinsichtlich der Einwilligungsfähigkeit.....	39

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Ergebnisse der Häufigkeitsanalyse 'Fragen nach PADs' (n = 108).....	32
Tabelle 2: Ergebnisse der Häufigkeitsanalyse 'Handeln nach PADs' (n = 108).....	33
Tabelle 3: Ergebnisse der Häufigkeitsanalyse Verhinderung von 'Zwangmaßnahmen durch PADs' (n = 108).....	34
Tabelle 4: Deskriptive Statistik zu Berufserfahrung * Handeln nach PADs	35
Tabelle 5: Deskriptive Statistik zu Berufserfahrung auf geschützter Station * Handeln nach PADs	36
Tabelle 6: Ergebnisse der Häufigkeitsanalyse; Einsatz von anerkannten Tests zur Beurteilung der Einwilligungsfähigkeit (n = 108).....	37
Tabelle 7: Ergebnisse der Häufigkeitsanalyse; Erfahrungswissen zur Beurteilung der Einwilligungsfähigkeit (n = 108)	37
Tabelle 8: Beurteilung der Einwilligungsfähigkeit durch einen Richter?	38
Tabelle 9: Deskriptive Statistik zur Nutzung eines Richterurteils zur Beurteilung der Einwilligungsfähigkeit in Abhängigkeit zum Vertrauen in das Urteil	40
Tabelle 10: Deskriptive Statistik zum Vertrauen in das richterliche Urteil und das Handeln nach PADs	40
Tabelle 11: Deskriptive Skalenstatistiken	41
Tabelle 12: Deskriptive Statistik zu Hypothese 5	47
Tabelle 13: Fragebogen der qualitativen Interviewstudie	67

Abkürzungsverzeichnis

AD	Vorausplanungen
BGB	Bürgerliches Gesetzbuch
BVergG	Bundesverfassungsgerichtsgesetz
CAT	Capacity Assessment Tool
DGPPN	Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde
DMC	Decisionmaking capacity
FGG	Gesetz über die Angelegenheiten der freiwilligen Gerichtsbarkeit
f-PAD	Facilitated PAD
GG	Grundgesetz
JCPs	Joint Crisis Plans
MacCAT-T	MacArthur Competence Assessment Tool-Treatment
PAD	Psychiatrische Behandlungsvorausplanung
Psych-KG	Psychisch-Kranken-Gesetze
SAMW	Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften
SICIATRI	Structured Interview for Competency/Incompetency Assessment Testing and Ranking Inventory
StGB	Strafgesetzbuch

1. Einleitung

Der Selbstbestimmung wird nicht nur in Deutschland ein hoher Stellenwert zugesprochen. Die Gewährung dieses Grundrechts im menschlichen Leben kann insbesondere in der Medizin und in der Jurisprudenz eine Herausforderung darstellen. Autonomie, griechisch von ‚autos‘ selbst, und ‚nomos‘ Gesetz, ist Kern der Selbstbestimmung (Duden, 2021a). Wer autonom ist und autonom handelt, der handelt gemäß seinem eigenen Willen (Steiner, 1999). Das Gegenteil der Selbstbestimmung ist die Fremdbestimmung, griechisch auch: ‚Heteronomie‘ und demnach die „Abhängigkeit von anderen als der eigenen sittlichen Gesetzlichkeit“ (Duden, 2021b). Autonomie wird heute auf juristischer Ebene als Basis freier Persönlichkeitsentfaltung und menschenwürdigen Lebens angesehen (GG, Art. 2, Absatz 1). So viel Selbstbestimmung wie möglich, so wenig Fremdbestimmung wie nötig, ist daher ein ethisches Ziel, das auch in den Humanwissenschaften und im Sinne der Patientenrechte angestrebt wird (Bundesministerium für Gesundheit [BMG], 2021).

Fragen der Selbstbestimmung bzw. die Art und der Umfang von Einschränkungen stellen sich häufig dort, wo Menschen, vor allem mit einer psychiatrischen Erkrankung, zwar kraft eigenen – natürlichen – Willens wirken, aber vorübergehend oder dauerhaft unter der Schwelle der Einwilligungsfähigkeit liegen. Dies kann einerseits dann der Fall sein, wenn Personen in ihren kognitiven Fähigkeiten vorübergehend oder dauerhaft eingeschränkt sind, Beeinträchtigungen des Bewusstseins bestehen, die die Äußerung des Willens nicht erlauben, oder anzunehmen ist, dass sich die Person durch die Ausübung ihres freien Willens ernsthaft selbst schädigen könnte (SAMW, 2017). Die Jurisprudenz wird häufig dann hinzugezogen, wenn sich die Frage stellt, ob der Wille des Betroffenen überhaupt bekannt ist und, wenn ja, ob und inwiefern diesem auf lange Sicht entsprochen werden kann. Demgegenüber stellt sich diese Frage in der Medizin häufig nur für einen kurzen Zeitraum, meistens diejenigen Patienten betreffend, die ihre Selbstbestimmungsfähigkeit krankheitsbedingt zeitweise verloren haben bzw. sie nur bedingt ausüben können. Der dann geäußerte „natürliche“ Wille wird in solchen Fällen gegebenenfalls nicht gleichermaßen berücksichtigt, wenn dies dem Wohl des Betroffenen dient. Was in Einzelfällen schwierig abzuwägen ist und oft eines iterativen Prozesses mit vielen Teilschritten in Abstimmung zwischen Patienten, Angehörigen und Ärzten bedarf, stellt sich nicht nur subjektiv in vielen Fällen als Herausforderung für alle Beteiligten dar.

Die Frage, wie bei der zeitweisen Einschränkung der freien Willensausübung aus Gründen des Selbstschutzes verfahren werden soll, gehört objektiv zu den anspruchsvollsten Fragen der philosophischen und medizinischen Ethik. Ethik widmet sich den Fragen und Antworten rund um gesellschaftliche Normen, um somit Grundlagen und Richtlinien für das Verhalten von Individuen unter Berücksichtigung philosophisch-wissenschaftlicher Aspekte zu bieten (Liessmann et al., 2007). Selbstbestimmung als Recht des Menschen und Konsequenz seiner Freiheit hat einen zentralen Platz in der Geschichte der Ethik und auch in ihrer Gegenwart (Meyer-Drawe, 1998). Der Renaissancephilosoph Pico della Mirandola (1989) hat die Selbstbestimmung des Menschen als ein gottgegebenes Recht angesehen, da der Mensch sich als einziges Lebewesen selbst seinen Platz im Kosmos schaffen könne. Diese persönliche humane Freiheit im Sinne Pico della Mirandas hat in der Geschichte der Philosophie die Strömung des Personalismus angeregt (Balluch, 2007). Die aktuelle Ethikdebatte, die auch Tieren eine Form von Selbstbestimmung zuspricht und nicht nur dem Menschen allein aufgrund seiner Stellung im Kosmos, sieht diesen theozentrischen Personalismus Pico della Mirandas jedoch als nicht mehr zeitgemäß an (Lenk & Maring, 2003). Aktuelle Konzepte von Ethik konzentrieren sich inhaltlich eher auf Immanuel Kants Begriff von Selbstbestimmung in seiner Schrift „Grundlegung zur Metaphysik der Sitten Part II: Die Autonomie des Willens als oberstes Prinzip der Sittlichkeit“. So schreibt Kant in seinem Werk über Autonomie und den freien Willen:

„Autonomie des Willens ist die Beschaffenheit des Willens, dadurch derselbe ihm selbst (unabhängig von aller Beschaffenheit der Gegenstände des Willens) ein Gesetz ist. Das Prinzip der Autonomie ist also: nicht anders zu wählen als so, dass die Maximen seiner Wahl in demselben Willen zugleich als allgemeines Gesetz mit begriffen seien.“ (Kant, 2012: 60)

Die Selbstbestimmungslehre Kants richtete sich historisch gegen die katholische Morallehre, die von Fremdbestimmung (Heteronomie) geprägt war und verstand sich als konsequente Anwendung persönlicher Freiheit in sittlich-moralischer Hinsicht (Fischer, 2005). Bei Diskursen um Ethik wird heute oft Kant zitiert, dies betrifft auch die Selbstbestimmung zum Beispiel im Arzt-Patienten-Verhältnis (Gamm & Hetzel, 2015). Ferner argumentieren Beauchamp und Childress (2013) in ihren „The Principles of Biomedical Ethics“. Diese modernen Klassiker auf dem Gebiet der Medizinethik formulieren vier Prinzipien: (patient) autonomy (Patientenautonomie), beneficence

(Wohltun), non-maleficence (Nicht-Schädigen) und justice (Gerechtigkeit, Fairness). Diese Prinzipien werden als mittlere Ebene zwischen der Moraltheorie und der Ebene der allgemeinen Moral betrachtet. Im Laufe der Zeit haben Beauchamp und Childress diesen Ansatz weiterentwickelt, indem sie klarer darstellten, was sie unter „allgemeiner Moral“ verstehen und dass sich diese Definition gegenüber früheren Auflagen geändert hat, in denen die allgemeine Moral als eine Reihe von gesellschaftlich sanktionierten Normen angesehen wurde. Die gemeinsame Moral wird nun definiert als „Gesamtheit der universellen Normen, die von allen der Moral verpflichteten Personen geteilt werden“ (Beauchamp & Childress, 2013).

Die Bedeutung der Selbstbestimmung und der zeitweisen Einschränkung des Selbstbestimmungsrechts aus Gründen des Selbstschutzes stellt insbesondere vor dem Hintergrund des Vertrauens innerhalb der Arzt-Patienten-Beziehung eine große Herausforderung dar. Die zeitweise Einschränkung der Selbstbestimmung vor dem Hintergrund einer möglichen Beeinträchtigung des Vertrauensverhältnisses zwischen Arzt und Patient zum Anlass nehmend, soll sich die vorliegende Forschungsarbeit mit den ethischen, juristischen und medizinischen Aspekten einer solchen Frage auseinandersetzen. Hierbei bildet die Selbstbestimmungs(un)fähigkeit vor dem Hintergrund der Selbstgefährdung bei psychisch erkrankten Patienten den Kern der Untersuchung. Hierzu wird das komplexe und ethisch-juristische Problem von adäquaten Zwangsmaßnahmen und Zwangshandlungen bei Selbstgefährdung auf eine konkrete ärztliche Handlungsebene transferiert, um im Anschluss die Frage der adäquaten Vorgehensweise zu diskutieren.

Candia und Barba (2011) stellten fest, dass zwar eine solche Einschränkung der Fähigkeit zum Treffen von Entscheidungen unter psychiatrischen Patienten öfter vorkommt als bei nichtbetroffenen Vergleichspersonen. Die Mehrheit dieser Patientenkohorte verfügt dennoch darüber und ist damit in der Lage, eigene Entscheidungen zu treffen, und besitzt somit eingeschränkt die Fähigkeit zur Selbstbestimmung oder Selbstgesetzgebung im ethischen Sinn (Düwell, 2008). Die Fähigkeit, zwischen diesen beiden Gruppen zu unterscheiden, wird damit zu einer zentralen Herausforderung für Psychiater, da eine Fehlentscheidung hier – egal ob falsch-negativ oder falsch-positiv – verheerende Folgen haben kann. Entweder wird fälschlicherweise angenommen, dass der Patient in der Lage sei, seine eigenen Entscheidungen zu treffen, was dazu führen kann, dass die Verantwortung der Behandler für den Pati-

enten vernachlässigt wird. Diese Entscheidung würde der eingeschränkten Selbstbestimmungsfähigkeit nicht gerecht und könnte Selbstschädigung zur Folge haben. Andererseits kann es im klinisch-psychiatrischen Alltag geschehen, dass einem Patienten, welcher über die Fähigkeit zum Treffen von Entscheidungen verfügt, seine Freiheit entzogen wird, wenn irrtümlicherweise angenommen wird, dass er nicht mehr selbst in der Lage ist, Entscheidungen zu treffen.

Ethisch und rechtlich hat der Respekt vor Selbstbestimmung in der Medizin einen hohen Stellenwert, auch wenn eine legale Hilfskonstruktion wie eine Psychiatrische Behandlungsvorausplanung (PAD) für sich selbst betrachtet keine „moralische Autorität“ (Widdershoven & Berghmans, 2001) beanspruchen kann. Denn die Ethik versucht, normative Bestimmungen zu begründen und Argumente für Richtlinien unseres Handelns zu finden (Liessmann et al., 2007). Rechtliche und ethische Standards verlangen in der Medizin, dass Patienten entscheidungsfähig sind und die Entscheidung aus freiem Willen treffen können (Morán-Sánchez et al., 2016). Die Informationen müssen in einer Form bereitgestellt werden, die dem Verständnis des Patienten entspricht (Kon et al., 2016; Wittink & Oosterhaven, 2018). Eine Entscheidung aus freiem Willen ist bei PAD gegeben, sofern sie im einwilligungsfähigen Zustand erstellt wurde. Dabei handelt es sich um eine individuelle Bestandsaufnahme des Arzt-Patienten-Verhältnisses zu einem gegebenen Zeitpunkt. Eine Stigmatisierung von Patienten mit eingeschränkter Fähigkeit zur Selbstbestimmung aus ärztlicher Sicht soll ebenso vermieden werden wie Zwangsbehandlungen (Morán-Sánchez et al., 2016). Die moralisch-ethische Bedeutung der PADs liegt darin, dass der hier kundgegebene Wille des Patienten auch und gerade in Phasen krankheitsbedingt eingeschränkter Selbstbestimmungsfähigkeit respektiert werden kann. Der Respekt vor dem Willen des Patienten und seiner Würde ist durch eine PAD nach Ansicht der meisten Ärzte gegeben (Ambrosini et al., 2008). Die tatsächliche psychiatrische Praxis kann jedoch in einigen Fällen durchaus infrage stellen, ob der Respekt der Mediziner vor der Selbstbestimmung der Patienten vorhanden ist. PADs können im Krisenfall ein nützliches Instrument sein, um das Verständnis und die Verwirklichung des Patientenwunsches zu verbessern. Zudem geht es bei der Erstellung von PADs nicht nur um den Willen des Patienten, sondern auch um ein aktives Gespräch oder eine Diskussion zwischen Arzt und Patienten, in der Vertrauensverhältnisse aufgebaut und Optionen zur Behandlung erörtert werden können (Widdershoven & Berghmans, 2001).

Es ist also aus pragmatisch-medizinischer und aus ethisch-psychologischer Sicht sinnvoll, PADs zu erstellen und in der Praxis einzusetzen.

Die aktuelle Forschungslage hinsichtlich der Bereitschaft von Psychiatern, PADs in der Praxis zu implementieren und den Effekt bezüglich der Reduzierung von Zwangsmaßnahmen und Zwangsbehandlungen zu evaluieren, ist momentan nicht ausreichend (Hammervold et al., 2019). Insbesondere die Folgen, wie z. B. Traumatisierungen, die die Anwendung einer Zwangsmaßnahme bei allen Beteiligten hinterlassen kann, bieten Anlass zu Verbesserungen und zu weiteren Forschungen auf diesem Gebiet (Bonner et al., 2002; Frueh et al., 2005).

1.1. Hintergrund der Forschung

Selbstbestimmung und freie Persönlichkeitsentfaltung sind eng miteinander verbunden, weshalb im Grundgesetz der Bundesrepublik Deutschland verankert wurde, dass „jeder das Recht auf die freie Entfaltung seiner Persönlichkeit hat“ (Art. 2, Absatz 1, GG). Jede Form von Einschränkung dieser grundgesetzlich garantierten freien Entfaltung bedarf daher der Rechtfertigung, sowohl im Hinblick auf juristische als auch im Hinblick auf ethische Gesichtspunkte. Demgemäß dürften Ärzte nur Patienten behandeln, von denen der Wunsch nach Behandlung in Form eines Behandlungsauftrags vorliegt. Dies gilt auch im Fall von Einschränkungen der Selbstbestimmungsfähigkeit des Patienten (Stoecker, 2014). Im medizinisch-psychiatrischen Kontext sind solche Einschränkungen in der Praxis der sogenannten **Zwangsbehandlungen** und **Zwangsmaßnahmen** zu finden, die im Folgenden definitorisch unterschieden werden.

1. **Zwangsmaßnahmen:** Die Unterbringung psychisch Kranker gegen ihren Willen in (Fach-)Krankenhäusern oder pflegerischen Einrichtungen sowie dort vorgenommene Maßnahmen (z. B. mechanische Beschränkung oder Isolierung) werden als Zwangsmaßnahmen bezeichnet (SAMW, 2017).
2. **Zwangsbehandlungen:** Finden diagnostische und therapeutische Interventionen (z. B. medikamentöse Therapien in Form von Injektionen) gegen den erklärten Willen der Patienten statt, dann kann man von ärztlichen Zwangsbehandlungen sprechen (DGPPN, 2014).

Zwangsmaßnahmen, wie beispielsweise freiheitseinschränkende Maßnahmen, Einschränkungen der Bewegungsfreiheit oder Zwangsbehandlungen bei fehlender Einsicht in die Behandlungsnotwendigkeit, stellen trotz der bereits veranlassten Gesetzesänderungen im psychiatrischen Arbeitsalltag eine große praktische, aber auch eine ethische Herausforderung dar (SAMW, 2017). Diese Maßnahmen bedürfen einer besonderen ethischen und juristischen Rechtfertigung sowie einer richterlichen Genehmigung, da sie Eingriffe in die Grundrechte der Person darstellen (Vollmann & Vollmann, 2014). Im deutschen Strafrecht definiert § 228 StGB die Chancen und Grenzen ärztlichen Handelns, wobei die körperliche Unversehrtheit und der Wille des Patienten das wichtigste Rechtsgut darstellen. Das Bundesverfassungsgericht hat die Möglichkeit zur Anwendung von Zwangsmaßnahmen und Zwangsbehandlungen maßgeblich an das Fehlen der Selbstbestimmungsfähigkeit (im juristischen Kontext: Einwilligungsfähigkeit) gebunden (BVerfG, Beschluss vom 16. Juli 2016). Ein zweites entscheidendes Kriterium ist das Vorliegen von Situationen, in denen sich Personen selbst oder andere konkret und erheblich gefährden.

In Anbetracht der Tatsache, dass das Recht auf Selbstbestimmung als Grundrecht nicht oder nur in schwerwiegenden Fällen mangelnder Urteilsfähigkeit infrage gestellt werden kann, müssen Zwangsmaßnahmen im Sinne des Patientenrechts in Anzahl und Dauer auf ein Minimum beschränkt werden. Dies wird auch durch die aktuelle Novellierung der Psychisch-Kranken-Gesetze in Bayern und Baden-Württemberg verdeutlicht, die aus dem neuerlichen Urteil des Bundesverfassungsgerichtes im Sommer 2018 resultierten und wonach Geschäftsunfähigkeit durch Einwilligungsunfähigkeit vorliegt. Freiheitsentzug verstößt damit gegen den Artikel 104 des Grundgesetzes. So heißt es im Bürgerlichen Gesetzbuch, dass derjenige geschäftsunfähig ist, der „sich in einem die freie Willensbestimmung ausschließenden Zustand krankhafter Störung der Geistestätigkeit befindet, sofern nicht der Zustand seiner Natur nach ein vorübergehender ist“ (BGB § 104, Abs. 2).

Die nur schwierig zu beurteilende Frage nach dem Zeitpunkt, an dem Zwangsmaßnahmen einzusetzen sind, bedarf trotz der eindeutigen Gesetzgebung noch immer der Entscheidung eines Arztes, da nur durch eine eindeutige Diagnose eine Einwilligungs(un)fähigkeit des Patienten vorgenommen werden kann.

1.2. Selbstbestimmungs(un)fähigkeit

Selbstbestimmung als Eigenverantwortlichkeit setzt die physische und intellektuelle Fähigkeit voraus, „eigene Interessen zu erkennen, ihnen entsprechend zu handeln oder zu entscheiden sowie diese zu artikulieren“ (Ganner, 2005: 235). Diese Selbstbestimmungsfähigkeit liegt vor, sofern freiheitsbeschränkenden Maßnahmen in der medizinischen Behandlung im Zustand der Einsichts- und Urteilsfähigkeit zugestimmt wurde (Ganner, 2005: 235). Die Entscheidungsunfähigkeit dagegen ist kein rechtlicher Status, sondern situationsbedingt; die Legitimation von Zwangsbehandlungen muss aus Sicht der Patienten betrachtet werden (Stange, 2021: 2).

Die Frage, inwieweit ein Patient dazu in der Lage ist, eine Entscheidung zu seinem Wohl und hinsichtlich seiner Behandlungsoptionen zu treffen, ist sehr wichtig in der psychiatrischen Praxis und für das weitere Vorgehen in der Behandlung (SAMW, 2017). Dabei spielen sowohl klinische, ethische als auch rechtliche Aspekte, in besonderem Maße aber die Urteilsfähigkeit des Patienten eine entscheidende Rolle. Der medizinethischen Literatur können Aspekte entnommen werden, welche im Sinne der Beurteilung der Fähigkeit zur autonomen Entscheidung des Patienten zum eigenen Wohl herangezogen werden können. Diese sind (Vollmann, 2008; Wiesemann, 2013):

- [1] Intentionalität: Dieser Begriff umfasst die Fähigkeit zur planvollen und beabsichtigten Handlung.
- [2] Information und Verständnis: Dieser Punkt beschreibt die Fähigkeit zur korrekten Aufnahme der dargebotenen Information, deren kognitive Verarbeitung und das Verständnis der damit verbundenen Aspekte für die eigene Person.
- [3] Einsichts- und Urteilsfähigkeit, die es dem Patienten erlauben, das Für und Wider einer Behandlung abzuwägen und im Sinne seiner eigenen Unversehrtheit zu beurteilen.
- [4] Die Abwesenheit von steuernden Einflüssen bei der Entscheidungsfindung, wie z. B. das Vorliegen einer psychischen Störung, Manipulation, Zwang etc. muss gegeben sein.
- [5] Die Handlung sollte den bisherigen Werten, Zielen und Haltungen der entscheidenden Person weitestgehend entsprechen.

Die Selbstbestimmungsfähigkeit einer Person kann als Fähigkeit, eine im Hinblick auf das körperliche und psychische Wohl orientierte beste Entscheidung zu treffen, beschrieben werden. Die Person ist zur Selbstbestimmung in der Lage und ihr wird die grundgesetzlich geschützte Ausübung der freien Entfaltung der Persönlichkeit ermöglicht (Art. 2, Absatz 1, GG). Der englische Begriff hierfür ist „decision making capacity“ (DMC). Dieser berücksichtigt einerseits die Betrachtung der Entscheidungskapazität, welche sich auf die geistige Fähigkeit eines Patienten, an Entscheidungsprozessen teilzunehmen, bezieht (Appelbaum, 2007). Andererseits berücksichtigt die DMC auch die Kompetenz eines Patienten. Die Kompetenz zur Entscheidung kann als juristischer Begriff betrachtet werden und wird im Zweifelsfall von einem Richter, nach Beurteilung eines Arztes, festgelegt (Appelbaum, 2007). Ein Teilbereich der Selbstbestimmungsfähigkeit ist die sogenannte Einwilligungsfähigkeit. Für diese gilt: „[E]inwilligungsfähig ist, wer Art, Bedeutung und Tragweite (Risiken) der ärztlichen Maßnahme erfassen kann“ (FGG § 28 Abs. 2; BGB § 1906 Abs. 1 Nr. 2). Wer selbstbestimmungsfähig ist, ist auch einwilligungsfähig und in der Lage, eine informierte Entscheidung über seine Behandlungswünsche zu treffen (FGG § 28 Abs. 2; BGB § 1906 Abs. 1 Nr. 2). In der ethischen Stellungnahme der DGPPN von 2014 werden die wesentlichen Kriterien für Selbstbestimmungsfähigkeit aufgeführt; ihr Fehlen andererseits spricht für das Vorliegen von Selbstbestimmungsunfähigkeit (DGPPN, 2014):

- *„Informationsverständnis: (...)* [Die Person] muss durch verständliche und ausreichende Aufklärung ein eigenes Verständnis davon entwickeln, worüber sie zu entscheiden hat und worin die Risiken und der potenzielle Nutzen der Entscheidung bestehen.
- *Urteilsvermögen:* Sie muss die erhaltenen Informationen mit ihrer Lebenssituation, mit ihren persönlichen Werthaltungen und Interessen in Verbindung bringen sowie diese gewichten und bewerten können. Die Folgen und Alternativen der Entscheidung müssen im Zusammenhang mit der eigenen Lebenssituation beurteilt werden können.
- *Einsichtsfähigkeit:* Sie muss erkennen können, dass ihre physische oder psychische Gesundheit eingeschränkt ist und dass Möglichkeiten zur Behandlung oder Linderung ihrer gesundheitlichen Problematik bestehen und ihr angeboten werden (sog. Krankheits- und Behandlungseinsicht).
- *Ausdrucksfähigkeit der Entscheidung:* Sie muss die Fähigkeit besitzen, im Lichte der bestehenden Alternativen eine Entscheidung zu treffen und diese verbal oder non-verbal zum Ausdruck zu bringen.“

Die Auswahl und die Anwendung der Kriterien differieren im konkreten Einzelfall und auch das Zutreffen eines einzelnen Kriteriums aus der o. g. Liste rechtfertigt an sich noch nicht die Anordnung einer (ärztlichen) Zwangsmaßnahme. Es erfordert zudem

eine individuelle Abwägung durch den Mediziner, ob die Konsequenzen einer Nichtbehandlung in der konkreten Situation zu Folgen führen, die sich für den Patienten nachteilig auswirken könnten.

In der Praxis sind die Berücksichtigung der verschiedensten Aspekte, welche bei der Einleitung von Zwangsmaßnahmen zu bedenken sind, bzw. die Rechtfertigung einer Entscheidung schwierig. Es ist herausfordernd, in der klinischen Praxis verlässliche Urteile über die geforderte Schwelle von Einwilligungsfähigkeit zu treffen (Breden & Vollmann, 2004), auch weil diese Schwelle bereits auf theoretischer Ebene unterschiedlich definierbar ist (Friedrich & Heinrichs, 2014).

Die Beurteilung von DMC bzw. deren Beeinträchtigung ist in juristischer und ethischer Betrachtung vergleichbar begründet. Eine systematische Übersichtsarbeit kommt zu dem Schluss, dass während einer psychiatrischen Behandlung durchschnittlich 45 % der Patienten einer DMC entbehren (Lepping et al., 2015).

In den vergangenen Jahrzehnten wurden viele standardisierte Instrumente entwickelt, um funktionale Fähigkeiten zu messen, die im Zusammenhang mit der juristisch vorausgesetzten Kompetenz hinsichtlich einer selbstbestimmten Entscheidungsfindung stehen. Einige Beispiele hierfür sind: MacArthur Competence Assessment Tool-Treatment (MacCAT-T), Structured Interview for Competency/Incompetency Assessment Testing and Ranking Inventory (SICIATRI) und das Capacity Assessment Tool (CAT) (Carney et al., 2001; Dunn et al., 2006; Grisso et al., 1997; Sturman, 2005; Tomoda et al., 1997). Die Interviews zeichnen sich durch große Unterschiede in Bezug auf das Format, die gemessenen Parameter, den Umfang, den Grad der Standardisierung, die Punktzahl und die psychometrischen Eigenschaften zwischen den einzelnen Instrumenten (Dunn et al., 2006; Sturman, 2005; Vellinga et al., 2004) aus. In vielen bisher veröffentlichten Artikeln werden die Schwierigkeiten diskutiert, welche sich bei der Bewertung der entsprechend standardisierten Instrumente im Hinblick auf die Bewertung der DMC ergeben. Beweis hierfür sind die durch die DGPPN so betitelten „Handlungs- und Entscheidungskorridore“. Sie lassen das Ausmaß der Komplexität ärztlichen Handelns auch bei Vorliegen hinreichender Daten durch erprobte Werkzeuge erahnen (Steinert & Hirsch, 2019). Besonders hervorzuheben sind dabei jene Instrumente, die sich ausschließlich auf die kognitiven Fähigkeiten der Patienten beziehen, da sie die Komplexität des Prozesses der Ent-

scheidungsfindung nicht realistisch darstellen können (Breden & Vollmann, 2004; Nicaise et al., 2013). Eine Fokussierung auf kognitive Funktionen setzt eine normative Entscheidung voraus und vernachlässigt die Bedeutung von Werten, Emotionen, Emotionserkennung und biografischen Aspekten oder die Empathie für Entscheidungen und die Bewertung von DMC (Breden & Vollmann, 2004; Supady et al., 2011).

Psychische Störungen sind in vielen Fällen durch verschiedene Faktoren wie z. B. affektive Veränderungen gekennzeichnet. Daher scheint es nachvollziehbar, dass sich die Ergebnisse in der Bewertung von DMC mithilfe standardisierter Instrumente hinsichtlich der diagnostischen Populationen bzw. ihrer Symptome voneinander unterscheiden: Patienten, die an Angststörungen leiden, erzielen beispielsweise in den besagten kognitiven Tests der DMC gute Ergebnisse, während Patienten mit Symptomen psychotischer Störungen und anderer kognitiver Beeinträchtigungen deutlich schlechter abschnitten (Candia & Barba, 2011; Candilis et al., 2008; Morán-Sánchez et al., 2016). Da Hill et al. (2006) in ihren Untersuchungen gezeigt haben, dass auch Psychiater im Schnitt nur drei von fünf Elementen der DMC benennen konnten, haben einige Autoren darauf hingewiesen, dass mehr Forschung notwendig ist, um den Zusammenhang zwischen klinischen Parametern und dem Mangel an DMC zu bestimmen (Candia & Barba, 2011).

Psychopathologische Aspekte können begründende Faktoren für den Mangel an DMC darstellen. Jedoch muss zuverlässiger bewertet werden, inwieweit Psychiater in der Lage sind, zwischen dem Prozess der Beurteilung von DMC und speziellen klinischen Parametern (oder der Rationalität der getroffenen Entscheidungen) zu differenzieren (Cairns et al., 2005). Außerdem ist es wichtig zu wissen, in welchem Maß die Beurteilung der Psychiater von ihrer Berufserfahrung oder ihren demografischen Daten abhängt. Die Untersuchung ist relevant, da trotz offensichtlicher Abhängigkeiten zwischen den Diagnosekategorien und dem Fehlen von DMC die Bewertung von DMC ethisch und rechtlich unabhängig von Diagnosekategorien sein sollte (Banner, 2012; Candia & Barba, 2011; Parliament of the United Kingdom, 2005; Purser & Rosenfeld, 2014; Wiesing et al., 2010). Eine Chance dieser Untersuchung ist es, Möglichkeiten zur Entwicklung neuer standardisierter Werkzeuge zu eröffnen, die den Bedürfnissen der Psychiater in der Praxis besser entsprechen und gleichzeitig die rechtlichen Erfordernisse für die Beurteilung der DMC berücksichtigen. Zudem zeigte sich, dass einige Psychiater den tatsächlichen Inhalt der Entscheidung und deren erkennbare situative Angemessenheit als relevant für die Beurteilung von DMC

bewerten (Sjöstrand et al., 2015). Somit sollen auch diese Aspekte innerhalb der vorliegenden Arbeit erläutert und dargestellt werden. Eine Evaluierung der Beurteilungskriterien der DMC, ihre Bewertung und Aspekte, die innerhalb der Instrumente eine besondere Berücksichtigung erfahren, sollen bei in Deutschland tätigen Psychiatern dargestellt werden und sind somit Ziel dieser Fragebogenstudie.

Die Studie soll einen Beitrag zur besseren Operationalisierbarkeit oben genannter Kriterien für die Praxis leisten, nicht zuletzt, um damit den normativen Ansprüchen der juristisch wie ethisch geforderten Rechtfertigung von Zwangsmaßnahmen und Zwangsbehandlung zu entsprechen.

1.3. Funktion der Einwilligungsfähigkeit und Selbstschädigung in Bezug auf Zwangsmaßnahmen und Zwangsbehandlung

Die Betrachtung psychisch Erkrankter vor dem 15. Jahrhundert basierte hauptsächlich auf den altertümlichen Vorstellungen der sogenannten Humoralpathologie, die alle Erkrankungen mit einem Ungleichgewicht der vier Körpersäfte in Verbindung brachte. Eine Ursache des Gehirns wurde demnach zunächst nicht in Erwägung gezogen (Hoff, 2014). Nach vergeblichen Heilungsversuchen, z. B. durch Aderlass, Diäten und Pflanzenheilkunde, wurden insbesondere psychotische Frauen häufiger als Besessene und Hexen bezeichnet und in der Folge hingerichtet oder verbrannt. Insbesondere ab dem 16. Jahrhundert wurden psychisch Kranke zunehmend ausgegrenzt und ähnlich wie Kriminelle oder andere Randfiguren der Gesellschaft „weggesperrt“, wobei eine ärztliche Betreuung eher die Ausnahme war. In den großen psychiatrischen Kliniken von Paris, z. B. in Bicêtre und Salpêtrière, wurden Arme, psychisch Kranke, Kriminelle, Obdachlose und Waisen gleichermaßen untergebracht und von der Gesellschaft isoliert (Tögel & Wellach, 2011).

Erst das Zeitalter der Aufklärung gegen Ende des 18. und Beginn des 19. Jahrhunderts führte zu einem Umdenken und einer anderen Betrachtung von psychisch Kranken als hilfs- und heilungsbedürftig (Hoff, 2008). In der Folge waren Psychiater zunehmend gezwungen, sich auch mit den rechtlichen Fragen einer Behandlung dieser Patienten auseinanderzusetzen.

Während nun zunächst Fragen der Zurechnungsfähigkeit bzw. Schuldfähigkeit (Strafrecht) bzw. der Urteils- und Geschäftsfähigkeit (Zivilrecht) in die Beurteilung eines Patienten einbezogen werden mussten, begannen Psychiater mit der Durchführung von Behandlungen, da man zunehmend an der Heilung von psychisch Erkrankten interessiert war. Mithilfe von Methoden wie Hungerkuren, Kastrationen, Erschrecken, Unterkühlung etc., versuchte man, die psychische Erkrankung zu heilen. Alle Maßnahmen wurden innerhalb von Einrichtungen durchgeführt, die das Ziel hatten, die Betroffenen von der Gesellschaft zu isolieren (Hoff, 2008).

Insbesondere die anthropologische Psychiatrie der 1950er- und 1960er-Jahre verursachte einen Paradigmenwechsel in der Psychiatrie mit einer stärker ganzheitlichen Betrachtung des Menschen. Die antipsychiatrische Strömung der 1960er- und 1970er-Jahre übte verstärkt Kritik an den Zwangsmaßnahmen und den häufig unkritisch eingesetzten Zwangsmedikationen der psychiatrisch erkrankten Patienten (Szasz, 1972). Die antipsychiatrische Strömung und die wissenschaftlichen Erkenntnisse auf dem Gebiet der Psychiatrie und Psychologie führten innerhalb der letzten 50–60 Jahre dazu, dass der Gedanke des Empowerments auch in der Psychiatrie zunehmend an Bedeutung gewann und zuletzt die Einsicht entstand, dass die ethischen Maximen der Eigenverantwortung insbesondere auf dem Gebiet der Psychiatrie einer besonders differenzierten Betrachtung bedürfen (Hoff, 2008).

Jede Form von Zwangsmaßnahme muss innerhalb eines freiheitlich-demokratischen Rechtsstaats – als Eingriff in die freie verfassungsgemäß geschützte Entfaltung der Persönlichkeit – durch stichhaltige Argumente gerechtfertigt werden (SAMW, 2017). Stets geht es, juristisch gesehen, um eine sogenannte Güterabwägung: Welches Gut würde durch eine Zwangsmaßnahme geschützt? Ein „juristisches Notfallinstrumentarium“ scheint unverzichtbar zu sein, wenn es um den Schutz des Patienten vor Selbstgefährdung oder den Erhalt des Lebens des Patienten geht (Simon, 2016). Seit den 1980er-Jahren hat sich die Debatte über Chancen und Risiken von legalen Möglichkeiten, im Krisenfall ärztliche Interventionen bei Patienten mit eingeschränkter Selbstbestimmungsfähigkeit durchzuführen, erheblich weiterentwickelt. In den letzten Jahren erfolgte eine intensive Auseinandersetzung zwischen Juristen und Ärzten, welche notwendigen Kriterien erfüllt sein müssen, um Zwangsmaßnahmen oder Zwangsbehandlungen auch normativ-ethisch zu rechtfertigen (Appelbaum, 2007, vgl. Urteil des Bundesverfassungsgerichts vom 23.03.2011 und Entscheidung des Bundesgerichtshofs vom 20.06.2012; Bundesärztekammer, 2013; DGPPN,

2012). Neben der juristischen und medizinischen Kontroverse um die Legitimität von Zwangsmaßnahmen und Zwangsbehandlungen werden auch Interessengruppen stärker in der Öffentlichkeit präsent, um ihre ethische Stellungnahme einzubringen (Lange, 2008). Ein Projekt aus Bochum mit dem Namen SALUS geht aktuell der Frage nach, wann und ob Zwang in der Behandlung psychisch Erkrankter moralisch gerechtfertigt ist (Gather et al., 2021). Der Landschaftsverband Westfalen-Lippe entwickelte 2017 einen „Standard zur Vermeidung, Anwendung und Dokumentation von freiheitsentziehenden Maßnahmen und Zwangsbehandlungen in der Psychiatrie“ (Gather et al., 2017). Darin enthalten sind die Verpflichtung zur Teilnahme an Deeskalationstrainings für Mitarbeiter und eine intensivierete Betreuung der Patienten durch das Personal, um die Frequenz von Zwangsmaßnahmen und Zwangsbehandlungen gering zu halten. Des Weiteren kommt es zum Einsatz von ausgebildeten Genesungsbegleitern, die eigene Psychiatrieerfahrung besitzen und zwischen Mitarbeitern und Patienten eine mediative Position einnehmen können.

Ein weit verbreiteter Konsens besteht darüber, dass Zwangsmaßnahmen nur dann zu vertreten sind, wenn selbstbestimmungsunfähige, psychisch kranke Personen sich selbst oder andere konkret und erheblich gefährden und alle anderen Mittel, diese Gefahr abzuwehren, ausgeschöpft sind (DGPPN, 2014). Die zugrunde liegende ethische Begründung beinhaltet die klinisch-prognostische Annahme, dass die psychische Krankheit die Selbstbestimmungsfähigkeit der Patienten so stark beeinträchtigt, dass es dem Patienten nicht mehr möglich ist, seine Handlungsfolgen abzuschätzen und er sich oder andere damit zum einen massiv gesundheitlich schädigen könnte, was er im Zustand der Selbstbestimmungsfähigkeit nicht gewollt hätte (DGPPN, 2014).

1.4. Psychiatrische Vorausplanungen (PADs)

Zwei konkrete Themen stehen vorrangig im Zusammenhang mit Zwangsmaßnahmen respektive Zwangsbehandlung und Selbstbestimmungs(un)fähigkeit und sind damit ebenfalls von hoher aktueller Relevanz für die vorliegende Arbeit. Im Detail wurden Aspekte hinsichtlich **psychiatrischer Vorausplanungen (PADs)** und der **Fähigkeit zum Treffen von Entscheidungen (DMC)** untersucht, wobei letztgenannte bereits

im vorangegangenen Kapitel dargestellt wurden. Zunächst soll demnach erläutert werden, was unter PADs zu verstehen ist und wie sich diese definieren.

Ärztliche Vorausplanungen werden oftmals auch als PAD – ein Akronym für „psychiatric advanced directives“ – bezeichnet. Sie sind als legale Hilfsmittel definiert, die es psychisch kranken Menschen ermöglichen, im Vorfeld Vorkehrungen und Direktiven für den Fall einer Verschlimmerung ihres Zustands bei entsprechend limitierter Selbstbestimmungsfähigkeit zu treffen (Elbogen et al., 2007). Man nennt diese PADs oft auch „Ulysses contract“ (Odysseus-Vertrag) nach dem homerischen Helden Odysseus, der sich von seinen Seeleuten an den Mast des Schiffes binden ließ, um nicht vom Sirengesang zum Suizid verführt zu werden (Widdershoven & Berghmans, 2001). Eine ähnliche Überlegung steht auch hinter den vom Patienten in einem Zustand von relativer Selbstbestimmungsfähigkeit getroffenen Vereinbarungen, die im Fall eingeschränkterer Selbstbestimmungsfähigkeit vom Arzt umgesetzt werden, um Selbstgefährdung zu verhindern. Das ethische Prinzip, das hier bedient wird, ist die Verhinderung von Schlimmerem, also die Prävention eines Übels in ethischer Sicht, wie der Selbstgefährdung, der Selbstverletzung oder dem Suizid des Patienten. Wichtig ist, dass die PADs in einem Zustand erstellt werden, der sich durch Freiwilligkeit und die Fähigkeit zur relativen Selbstreflexion auszeichnet, also in einem Zustand der DMC. Nur dann ist gewährleistet, dass sie ihre Gültigkeit im Fall der Verschlimmerung von Symptomen behalten können (Widdershoven & Berghmans, 2001).

Obwohl die ethische Relevanz der PAD offensichtlich ist, bestehen Kontroversen über ihren angemessenen Einsatz. Momentan besteht eine fortlaufende Diskussion über die Anwendbarkeit und Wirksamkeit von Vorausplanungen in der Medizin und noch ausgeprägter in der Psychiatrie. Psychiatrische Vorausplanungen sind also, zusammengefasst, Dokumente für Patienten mit psychischen Erkrankungen, die ihre persönlichen Behandlungspräferenzen (und die Ablehnung spezifischer Behandlungsmöglichkeiten) für zukünftige Phasen von möglicher eingeschränkter Selbstbestimmungsfähigkeit (z. B. durch einen erneuten Krankheitsschub) festhalten (Breden & Vollmann, 2004; Bundesärztekammer, 2013). Aktuell werden bereits mehrere Entwürfe für PADs verwendet, die jedoch inhaltlich und rechtlich variieren. Darunter befinden sich auch klassische PADs, sogenannte Facilitated PADs (f-PADs) und Joint Crisis Plans (JCPs) zum Handeln in schweren Fällen von psychischer Krankheit (Elbogen et al., 2007).

Es wurden generell drei realistisch zu erwartende Vorteile von PADs identifiziert, die deren Anwendung aus ethischer Sicht rechtfertigen. Es kam durch die Erstellung und Anwendung von PADs zu Verbesserungen in (Henderson et al., 2008; Scholten et al., 2019):

[1] der Patientenautonomie

[2] der therapeutischen Allianz zwischen Patienten und Behandelnden

[3] der Aufgabenkoordination zwischen mehreren Gesundheits- und Sozialdienstleistungen.

Der Aspekt [1] ist ein ethisch hoch relevanter Faktor, denn der Respekt vor der Selbstbestimmung ist nicht nur im Arzt-Patienten-Verhältnis unverzichtbar, sondern fest im Grundgesetz verankert und damit von höchster Relevanz (Ambrosini et al., 2008). Auch [2] und [3] sind, wenngleich weniger aus ethischen als aus praktisch-organisatorischen Gründen, unverzichtbar, denn „Auslöser, Ursachen und Interaktionen [sind] komplex verflochten“ (Steinert & Hirsch, 2019). Doch diese drei positiven Faktoren von PADs sind nicht immer in der Praxis umsetzbar. Eine systematische Überprüfung der Cochrane-Datenbank ergab, dass diese Erwartungen an die PADs durch die verfügbaren randomisierten Studien nicht ausreichend bestätigt werden konnten (Breden & Vollmann, 2004).

Die Bereitschaft der Psychiater, PADs zu verwenden, ist ein wichtiger Faktor, um ihre weitere Nutzung zu ermöglichen und auszubauen. PADs wurden zunächst als eine praktische Strategie entwickelt, um die aus ethischen Gründen erwünschte und erforderliche Patientenautonomie zu erhöhen, sowie die Anzahl und Intensität von Zwangsmaßnahmen möglichst zu minimieren (Olsen, 2016). PADs gelten als „joint narrative work“, als notwendiger Arzt-Patienten-Dialog, und dessen Ergebnis als handlungsleitende Direktive (Widdershoven & Berghmans, 2001). Es ist daher wichtig, dass sich die heutige ethische Forschung der Frage widmet, ob Psychiater eine PAD als geeignetes Instrument betrachten, um auch die Anzahl von Zwangsmaßnahmen zu reduzieren.

Ärzte können aus verschiedenen Gründen zögern, PADs zu befolgen. Manche Psychiater bezweifeln die Fähigkeit der Patienten zur informierten Entscheidung zum Zeitpunkt der Erstellung einer PAD (Ambrosini et al., 2008). Dementsprechend sind Psychiater nachweislich deutlich weniger überzeugt als andere Interessengruppen (28 % vs. 89 %), dass sie PADs benötigen, und stimmen weniger wahrscheinlich der

Aussage zu, dass Patienten mehr Kontrolle über ihre Behandlung erhalten sollten (Swanson et al., 2000). Es gibt noch einen weiteren Nachteil von PADs, der in der Fachliteratur diskutiert wird: die Unmöglichkeit, das Recht des Patienten auf Verweigerung von Behandlung zu realisieren (Widdershoven & Berghmans, 2001). PADs sollen den Patientenwillen im Krisenfall realisieren helfen, doch ihre typische Struktur ist die der vorausseilenden Einwilligung in ärztliche Maßnahmen, womit faktisch das Recht des Patienten auf Behandlungsverweigerung unterminiert wird. Interessanterweise waren Psychiater, die auf beschützten Stationen arbeiten und die sich Sorgen um das Gewaltrisiko und den Mangel an Einsichtsfähigkeit der Patienten machten, am ehesten bereit, dem Inhalt einer PAD zu folgen (Srebnik & Russo, 2008). Zusammenfassend ist festzustellen, dass die Forschung zur Untersuchung des Zugangs zu und der Nutzung von PADs im Allgemeinen begrenzt ist, insbesondere in Deutschland, wo es offensichtlich Vorbehalte auf Seiten der Psychiater zur standardisierten Anwendung von PADs gibt (Helmchen, 2021).

1.5. Forschungsziele

Angesichts der Begrenztheit früherer Untersuchungen soll diese Studie u. a. neue Daten über die Einstellung und Bereitschaft zur Nutzung von PADs bei in Deutschland tätigen Psychiatern bereitstellen und somit die Vertrautheit der Psychiater mit PADs und deren Anwendung im klinischen Alltag in konkreten Zahlen darstellen. Deshalb lauten die Forschungsfragen wie folgt:

Fragen zu PADs:

- Gibt es Arbeitserfahrungen von Psychiatern zu PADs?
- Nutzen die Psychiater PADs?
- Betrachten die Psychiater PAD als hilfreiches Instrument zur Reduzierung von Zwangsmaßnahmen?
- Inwiefern erkennen Psychiater die Wirksamkeit von PADs in Theorie und Praxis?
- Inwiefern glauben die Psychiater, dass die Selbstgefährdung von Patienten mit eingeschränkter Selbstbestimmungsfähigkeit in psychiatrischen Kliniken durch den Einsatz von PADs verhindert werden kann?
- Inwiefern werden PADs von den Psychiatern flächendeckend eingesetzt?

- Inwiefern spielt die Berufserfahrung eine Rolle im Einsatz von PADs?
- Inwiefern spielt es eine Rolle im Einsatz von PADs, ob Psychiater auch auf einer geschützten Station beschäftigt waren?

Fragen zu DMCs:

- Inwiefern sind sie von der Validität der Willensbestimmungen der Patienten durch die zur Verfügung stehenden standardisierten Erhebungsinstrumente überzeugt?
- Inwiefern stellen DMCs auch die Basis für die nachfolgenden ärztlichen Interventionen dar?
- Haben klinische Parameter einen starken Einfluss auf die Beurteilung der DMC durch Psychiater, insbesondere auf diejenigen, die mit selbstgefährdendem und selbstschädigendem Verhalten in Zusammenhang stehen?
- Beeinflusst das Vertrauen der Psychiater in die Zwangsmaßnahme eingebundenen Richter, sich in ihren Entscheidungen von diesen Vorausanweisungen leiten zu lassen?
- Inwieweit haben klinische Parameter einen Einfluss auf die Beurteilung der DMC durch Psychiater, insbesondere auf diejenigen, die mit selbstgefährdendem und selbstschädigendem Verhalten in Zusammenhang stehen?
- Inwiefern könnte die Fähigkeit von Psychiatern zur Beurteilung von DMC neben der Kenntnis der klinischen Parameter auch durch Arbeitserfahrung oder andere biografische Daten beeinflusst werden?

Die quantitative Studie beschäftigt sich inhaltlich zudem mit der praktischen Anwendung der rechtlich und ethisch geforderten Bedingungen für das Vorliegen von Selbstbestimmungsunfähigkeit und Selbstschädigung, die erfüllt sein müssen, um Zwangsmaßnahmen und Zwangsbehandlungen zu rechtfertigen.

Die aus den dargestellten Fragestellungen und dem bisherigen Stand der Forschung formulierten Hypothesen lauten wie folgt:

- [1] Klinische Parameter würden ihren starken Einfluss auf die Beurteilung der DMC durch Psychiater auch dann behalten, wenn jene über ausreichende Kenntnisse der gesetzlich und ethisch anwendbaren Kriterien für die Beurteilung der DMC verfügten.

- [2] Die individuelle Fähigkeit von Psychiatern zur Beurteilung von DMC könnte neben der Kenntnis der klinischen Parameter auch durch Arbeitserfahrung oder andere biografische Daten beeinflusst werden.
- [3] PADs werden von den Psychiatern noch nicht flächendeckend eingesetzt.
- [4] Psychiater mit mehr als 10 Jahren Berufserfahrung setzen PADs häufiger ein als Psychiater mit weniger als 10 Jahren Berufserfahrung.

Das Ziel der vorliegenden Studie ist es, die genannten Hypothesen über den möglichen Zusammenhang von klinischen Parametern, Berufserfahrung von praktizierenden Psychiatern sowie den Einsatz von PADs zu validieren bzw. zu falsifizieren. Im Einzelnen verfolgt die Studie folgende Forschungsziele:

- [1] Empirische Darstellung der praktischen Operationalisierung der für eine Rechtfertigung von Zwangsmaßnahmen und Zwangsbehandlung erforderlichen Bedingungen von Selbstbestimmungsunfähigkeit und Selbstgefährdung.
- [2] Untersuchung der Auswirkungen von ärztlicher Erfahrung mit Zwangsbehandlung und Zwangsmaßnahmen, Alter, Geschlecht oder anderen demografischen Daten auf die Anwendung der Kriterien für Selbstbestimmungsunfähigkeit und Selbstgefährdung.

2. Methodik

Im Folgenden sollen im Hinblick auf die Methodik folgende Aspekte beleuchtet werden: Konzeption und Aufbau des Fragebogens für Psychiater, Teilnehmer, Distribution des Fragebogens und statische Analyse gemäß zweier Hauptkriterien (PADs; DMC).

2.1. Konzeption und Aufbau des Fragebogens

Um die gewünschten Daten für die Forschung zu erhalten, wurde ein selbstkonzipierter Fragebogen entwickelt, dessen Beantwortung Daten zum Umgang mit Selbstbestimmung von Patienten bzw. der Anwendung von PADs liefern sollte. Die Inhalte des Fragebogens boten Aufschluss zum Sach- und Selbstverständnis der Psychiater. Der Fragebogen entstand unter der Berücksichtigung der gesichteten Literatur zum Thema der ethisch-rechtlichen Aspekte von Zwangsmaßnahmen innerhalb der Psychiatrie und unter Berücksichtigung von mehreren Interviews, welche im Frühjahr 2014 mit Psychiatern in der Universitätsklinik Heidelberg (Zentrum für Psychosoziale Medizin) geführt wurden.

Fragebögen sind effizient, da in kurzer Zeit eine große Zahl von Befragten erfasst werden kann. Die Qualität einer Umfrage hängt stark von der Gestaltung des verwendeten Fragebogens ab. Der Fragebogen wurde sorgfältig entworfen und vor der Verwendung pilotiert. Während des gesamten Entwicklungsprozesses wurde darauf geachtet, dass der Schwerpunkt nicht von der Forschungsfrage abweicht. Vor der Formulierung der Items wurde die einschlägige Literatur gesichtet und anschließend mit Experten zu diesem Thema diskutiert. Die beiden wichtigsten Dimensionen, die geprüft wurden, waren Validität und Reliabilität. Validität bewertet, ob das gemessen wird, was gemessen werden soll; Reliabilität bewertet die Fähigkeit, konsistente Ergebnisse zu liefern (Yaddanapudi & Yaddanapudi, 2019).

Als Regel wurde vorausgesetzt, dass die Fragen angemessen sind und die Antworten die Forschungsfrage beantworten. Sie sollten unvoreingenommen sein und keine Antwort gegenüber einer anderen bevorzugen (Stone, 1993).

Zur weiteren inhaltlichen Optimierung des Fragenkatalogs wurde das Forschungskolloquium im Institut für Ethik, Geschichte und Theorie der Medizin genutzt. Im weiteren Verlauf wurde eine Prätest-Version des Fragebogens entwickelt. Es wurden wertvolle Rückmeldungen von den teilnehmenden Psychiatern der Vorstudie einbezogen. Danach wurde die Genehmigung der Ethik-Kommission für die Durchführung der Exploration eingeholt. Der Fragenkatalog soll die Installation von PADs abfragen, und besteht dafür insgesamt aus 74 Items, welche in drei Blöcken geclustert wurden. Der erste Abschnitt enthält 42 Fragen und befasst sich mit der Bestimmung von Einwilligungsunfähigkeit in der Praxis im Kontext von Zwangsmaßnahmen und Zwangsbehandlungen. Im folgenden Bereich werden durch 21 Punkte erhebliche und konkrete Gefährdungen des Patienten selbst, die eine Zwangsmaßnahme bzw. Zwangsbehandlung aus Sicht der Teilnehmer rechtfertigen, überprüft. Der letzte Abschnitt, der aus elf Einzelfragen besteht, beschäftigt sich mit der Operationalisierung von Einwilligungsfähigkeit und Selbstgefährdung im Rahmen von Zwangsmaßnahmen und Zwangsbehandlungen. Der abschließende demografische Teil des Fragebogens erfasst schließlich folgende Parameter der Studienteilnehmer:

- [1] Geschlecht (männlich/weiblich)
- [2] Alter (Zahlenangabe, die später in Gruppen geclustert wurde)
- [3] Facharzt/-ärztin für Psychiatrie und Psychotherapie oder Nervenheilkunde (Ja/Nein)
- [4] Aktuell in der Facharztausbildung für Psychiatrie und Psychotherapie (Ja/Nein)
- [5] Aktuell Arbeit mit psychiatrischen Patienten (Ja/Nein)
- [6] Aktuell Arbeit auf einer beschützt-geführten Station (Ja/Nein)
- [7] Berufsjahre in einer psychiatrischen Einrichtung (Zahlenangabe, die später in Gruppen geclustert wurde)
- [8] Berufsjahre auf einer beschützt-geführten Station (Zahlenangabe, die später in Gruppen geclustert wurde)
- [9] Aktuelle Arbeitsstelle (Universitätsklinik, Versorgungshaus, niedergelassen, andere)
- [10] Aktuelle Position (Assistenzarzt, Oberarzt, Chefarzt, andere/niedergelassen)
- [11] Arbeit in welchem Bundesland (Freitext)

- [12] Anzahl von Zwangsmaßnahmen/Zwangsbehandlungen, die in der bisherigen beruflichen Laufbahn angeordnet wurden (Kästchen zum Ankreuzen mit der Zahlenbereichen von Zwangsmaßnahmen/Zwangsbehandlungen).

Mit dieser differenzierten Struktur der Fragebögen wird beabsichtigt, eine möglichst breite Datenbasis zur statistischen Auswertung zu erfassen und die Daten auch verschiedenen Kategorien wie personenbezogene und einstellungsbezogene Kriterien zuordnen zu können. Diese Vorgehensweise folgte Vorbildern zur Erstellung von Fragebögen-Studien zwecks Anwendung von PADs, wie sie in der Forschung schon bekannt waren (Ambrosini et al., 2008).

2.2. Studienteilnehmer

Die Teilnehmer der Studie waren Psychiater, welche an dem Kongress der DGPPN (Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde) im November 2014 teilnahmen. Die DGPPN ist die größte wissenschaftliche Vereinigung von praktisch tätigen Ärzten und Forschern im deutschsprachigen Raum mit rund 7.900 Mitgliedern und insofern besonders repräsentativ (DGPPN, 2019). Etwa 10.000 Mediziner arbeiten in Deutschland auf dem Fachgebiet Psychiatrie (Bundesärztekammer, 2014). Den Angaben zufolge, welche freundlicherweise von der Kongressorganisatorin mitgeteilt wurden, nahmen an der Veranstaltung 9.003 Personen teil. Davon waren 5.801 Teilnehmer psychiatrisch-klinisch tätige Ärzte und Wissenschaftler. Zunächst wurden 145 Befragte in die Interviewstudie eingeschlossen. Die Antworten von 3 Teilnehmern wurden darauffolgend aufgrund unvollständiger Daten aus den Analysen ausgeschlossen. Ebenso wurden 34 Probanden ausgeschlossen, welche in den demografischen Fragen keine Angabe ihrer Nationalität machten bzw. in anderen Ländern arbeiteten (z. B. Österreich oder der Schweiz). Der Grund hierfür war, dass ein Bias der Daten vermieden werden sollte, da hinsichtlich Zwangsmaßnahmen in anderen Ländern abweichende Gesetzmäßigkeiten im Vergleich zu Deutschland herrschen (zur Gesetzeslage in Kanada vgl. Ambrosini et al., 2008). Im finalen Datensatz waren somit 108 in der Psychiatrie klinisch tätige Ärzte eingeschlossen.

Den Probanden wurde versichert, dass ihre Antworten anonymisiert und vertraulich weiterverarbeitet werden, um den Datenschutz zu gewährleisten. Die Teilnehmer

wurden dazu angehalten, jeweils nur einen Fragebogen auszufüllen. Es durften nur in Deutschland tätige Ärzte teilnehmen, die in der Psychiatrie arbeiten. Ausgeschlossen waren damit z. B. Psychologen und Sozialarbeiter, die zwar in ihrem Berufsalltag auch Probleme der Selbstbestimmung von Patienten (Klienten) thematisieren müssen, aber berufs- und standesrechtlich nicht über die Berechtigung zum Erlass von Zwangsmaßnahmen und Zwangsbehandlungen verfügen.

2.3. Distribution des Fragebogens

Die fertige Version des quantitativen Interviews wurde zufallsbasiert auf dem DGPPN-Kongress im CityCube Berlin in den Tagungs- und den Pausenräumen des Gebäudes verteilt. Die Fragebögen wurden zufällig an dort anwesende und nicht namentlich bekannte ärztliche Kollegen verteilt, ohne diese vorab zu selektieren. Praktisch wurden die Fragebögen auf den Sitzen in der Veranstaltung platziert, die ausgefüllten Dokumente wurden nach Abschluss der Versammlung eingesammelt, als die Zuhörer den Raum verlassen haben. Im Vorfeld waren die potenziellen Probanden schriftlich über den Inhalt und die Ziele der Studie informiert worden.

2.4. Statistische Analyse

In der statistischen Analyse der Fragebögen wurden inhaltlich zwei Hauptaspekte erörtert: die Verwendung von und Einstellung zu PADs und die Verwendung von und Einstellung zu DMC. Im Folgenden werden die beiden Hauptthemen und die jeweiligen Antwortmöglichkeiten sowie der Entwicklung der einzelnen Items genauer beschrieben, bevor es zur Auswertung in konkreten Zahlen kommt.

2.4.1. Psychiatrische Vorausplanungen (PADs)

Den Teilnehmern stand zur Beantwortung eine vierkategoriale Likert-Skala mit den Antwortkategorien (1) *Ich stimme überhaupt nicht zu*, (2) *Ich stimme eher zu*, (3) *Ich stimme eher nicht zu* und (4) *Ich stimme zu* zur Verfügung. Die vierkategoriale Abbil-

derung der Antworten wurde im weiteren Verlauf der Datenanalyse in eine dichotomisierte, nominalskalierte Variable überführt. Hierfür wurden die Antwortkategorien 1 und 2 in einer Kategorie zusammengefasst. Gleichermaßen wurde mit den Antwortkategorien 3 und 4 verfahren. Der genaue Test nach Fisher mit einem Gesamt-alpha-Wert von 0,05 wurde verwendet, um die Abhängigkeit zwischen jeweils zwei Sätzen der drei Aussagen zu schätzen. Die Ergebnisse wurden bei Werten von p kleiner als der mit der Holm-Bonferroni (HB)-Methode bereinigte Alpha-Wert als statistisch signifikant angesehen. Die Daten wurden mit SPSS, Version 23 (IBM Ehningen, Baden-Württemberg, Deutschland) analysiert.

2.4.2. Entscheidungskompetenz (DMC)

Der erste Teil des Fragebogens bestand aus insgesamt 42 Items, die zunächst entsprechend dem Manual rekodiert wurden. Aufgrund der umfangreichen Datenmenge wurden die erhobenen Daten zunächst in Subkapitel unterteilt; das erste stellt die Ergebnisse im Hinblick auf die PADs dar, das zweite die Ergebnisse zur DMC. Abschließend werden die Ergebnisse in einer Gesamtschau diskutiert.

Anschließend wurden T-Tests für den Vergleich von Gruppenunterschieden berechnet. Die Gruppen bezogen sich hierbei auf die dichotomisierten Antwortkategorien ‚*stimme zu*‘ (Zustimmung) und ‚*stimme nicht zu*‘ (Ablehnung) und Fragen zu PADs, bzw. DMC etc.

3. Ergebnisse

Im Folgenden werden die Ergebnisse der vorliegenden Daten unter Berücksichtigung der entsprechenden Hypothesen dargestellt. Für eine übersichtliche Darstellung wurden hierzu Subkapitel erstellt, von denen das erste die Ergebnisse im Hinblick auf die PADs enthält, während das zweite eine Darstellung der Ergebnisse hinsichtlich des DMC umfasst. Abschließend werden die Ergebnisse innerhalb einer Synopse betrachtet und diskutiert.

3.1. Stichprobenbeschreibung

Die Gesamtanzahl der Teilnehmer der Fragebogen-Studie lag bei 108 in klinischen Einrichtungen tätigen Ärzten. Dies entspricht statistisch 1,1 % aller arbeitenden Psychiater in Deutschland ($n = 10088$) (Bundesärztekammer, 2014). Diese Quote gilt für alle Teilbereiche der Fragebogen-Studie.

Die Quote der Fragebogen-Teilnahme repräsentiert auch 1,9 % der Wissenschaftler und Ärzte, die an der DGPPN-Konferenz teilgenommen haben, und 1,2 % aller Konferenzteilnehmer. Es wurden 446 Fragebögen verteilt, was einer Rücklaufquote von 24,2 % entspricht. Von den 108 Teilnehmern beantworteten $n = 108$ (100,0 %) die erste Frage, $n = 106$ (98,1 %) die zweite Frage und $n = 107$ (99,1 %) die dritte Frage.

Unter den Teilnehmern waren $n = 49$ (44,1 %) Frauen (allgemeine Bevölkerung: 49,8 %) und $n = 59$ (55,9 %) Männer (allgemeine Bevölkerung: 50,2 %). Die Verteilung des Geschlechts in der Stichprobe war vergleichbar (keine signifikanten Unterschiede im Chi-Quadrat-Test, $p = 0,319$) mit der allgemeinen Bevölkerung der deutschen Psychiater (Bundesärztekammer, 2014).

In der Stichprobe waren $n = 12$ (11,1 %) jünger als 35 Jahre (allgemeine Bevölkerung: 1,3 %); $n = 5$ (4,6 %) waren 35–39 Jahre (allgemeine Bevölkerung: 6,7 %); $n = 32$ (29,6 %) waren 40–49 Jahre (allgemeine Bevölkerung: 4,8 %); $n = 36$ (33,3 %) waren 50–59 Jahre (allgemeine Bevölkerung: 43,4 %); $n = 16$ (14,8 %) waren 60–65 Jahre (allgemeine Bevölkerung: 10,4 %); und $n = 5$ (4,6 %) waren älter als 65 Jahre (allgemeine Bevölkerung: 3,5 %); Zwei Probanden machten keine Angaben zu ihrem Alter. Die Altersverteilung in der Stichprobe war auch mit der deutscher Psychiater

vergleichbar, außer wenn die Gruppe der Psychiater unter 35 Jahren einbezogen wurde (Bundesärztekammer, 2014).

Es gibt einen signifikanten Unterschied ($p < 0,001$) im Chi-Quadrat-Test für die Stichprobe und die allgemeine Population von Psychiatern, wenn die Psychiater einbezogen werden, die jünger als 35 Jahre waren, aber keinen signifikanten Unterschied ($p = 0,232$), wenn diese Gruppe ausgeschlossen wird. Die Überrepräsentation dieser Untergruppe ist für eine Konferenzbevölkerung zu erwarten, und ihre Einbeziehung in die Berechnung muss bei der Interpretation der Ergebnisse berücksichtigt werden. Deshalb wurde diese Untergruppe in den Berechnungen belassen.

3.2. Psychiatrische Vorausplanungen (PADs)

Zunächst wurden die Psychiater danach befragt, ob sie bei einwilligungsunfähigen Patienten so weit wie möglich nach den Inhalten von bestehenden PADs fragen. Hierbei zeigte sich, dass mit $n = 55$ (50,9 %) der Psychiater regelhaft nach PADs fragten, während weitere $n = 35$ (32,4 %) diese Frage mit ‚trifft eher zu‘ beantworteten. Damit fragten insgesamt $n = 90$ (73,1 %) der teilnehmenden Psychiater mindestens (eher) nach PADs. Insgesamt $n = 18$ (16,7 %) fragten eher nicht bzw. nicht nach PADs (siehe auch Tabelle 2). Der Unterschied zwischen der Gruppe, die (eher) nach PADS fragte, und der Gruppe, die (eher) nicht nach PADs fragte, war bei $p < 0,001$ statistisch signifikant. Die Gruppe der Psychiater, die nach PADs fragte, war demnach in der Überzahl.

Tabelle 1: Ergebnisse der Häufigkeitsanalyse 'Fragen nach PADs' ($n = 108$)

Fragen nach PADs

	Häufigkeit	Prozent
Gültig		
Trifft nicht zu	4	3,7
Trifft eher nicht zu	14	13,0
Trifft eher zu	35	32,4
Trifft zu	55	50,9
Gesamt	108	100,0

Die Häufigkeitsanalyse der tatsächlichen Handlung nach PADs im Klinikalltag ähnelt der Häufigkeitsanalyse hinsichtlich der regelhaften Frage nach PADs. Sie kann Tabelle 2 entnommen werden.

Es handelten insgesamt $n = 89$ (82,4 %) der teilnehmenden Psychiater (eher) nach PADs. Insgesamt $n = 17$ (15,8 %) handelten eher nicht bzw. nicht nach PADs (siehe auch Tabelle 2). Der Unterschied zwischen der Gruppe, die (eher) nach PADs handelte und der Gruppe, die (eher) nicht nach PADs handelte, war bei $p < 0,001$ statistisch signifikant. Die Gruppe der Psychiater, die nach PADs handelte, war demnach auch hier in der Überzahl.

Tabelle 2: Ergebnisse der Häufigkeitsanalyse 'Handeln nach PADs' ($n = 108$)

Handeln nach PADs

		Häufigkeit	Prozent
Gültig	Trifft nicht zu	6	5,6
	Trifft eher nicht zu	11	10,2
	Trifft eher zu	46	42,6
	Trifft zu	43	39,8
	Gesamt	106	98,1
Fehlend	System	2	1,9
Gesamt		108	100,0

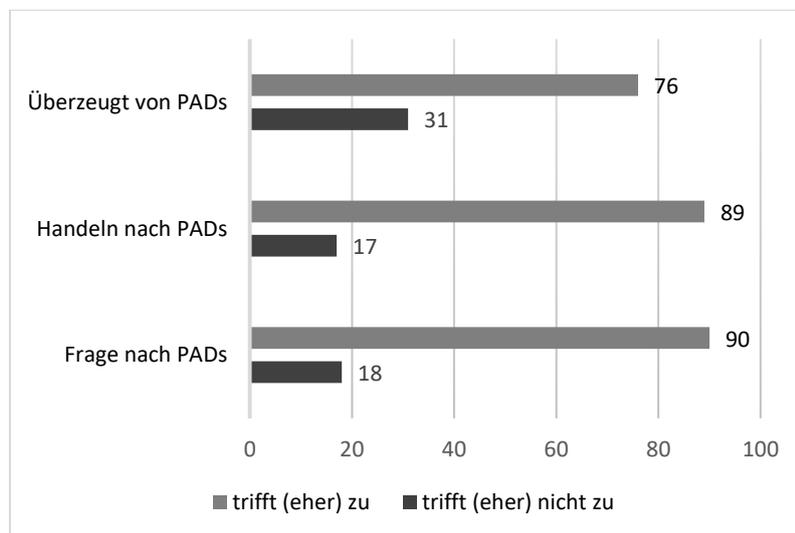
Weiterhin wurde erhoben, ob die befragten Psychiater der Meinung waren, dass durch das Handeln nach PADs Zwangsmaßnahmen verhindert werden (siehe auch Tabelle 3). Hierbei zeigte sich, dass $n = 76$ (70,4 %) (eher) überzeugt davon waren, dass der Einsatz von PADs dazu beiträgt, Zwangsmaßnahmen zu vermeiden, während $n = 31$ (28,7 %) (eher) nicht davon überzeugt waren. Der Unterschied zwischen der Gruppe, die (eher) von der Wirksamkeit von PADs überzeugt war, und der Gruppe, die (eher) nicht von PADs überzeugt war, war bei $p < 0,001$ statistisch signifikant. Die Gruppe der Psychiater, die vom Einsatz der PADs zur Verhinderung von Zwangsmaßnahmen überzeugt war, war signifikant umfangreicher als die Gruppe der Psychiater, die von der Wirksamkeit der PADs nicht überzeugt war. Ein graphischer Vergleich dieser drei Parameter kann Abbildung 1 entnommen werden.

Tabelle 3: Ergebnisse der Häufigkeitsanalyse Verhinderung von ‚Zwangsmaßnahmen durch PADs‘ (n = 108)

PADs verhindern Zwangsmaßnahmen

		Häufigkeit	Prozent
Gültig	Trifft nicht zu	8	7,4
	Trifft eher nicht zu	23	21,3
	Trifft eher zu	49	45,4
	Trifft zu	27	25,0
	Gesamt	107	99,1
Fehlend	System	1	0,9
Gesamt		108	100,0

Abb. 1: Balkendiagramm Einstellung und Verhalten in Bezug auf PADs



Zudem wurde der Einfluss von demografischen Parametern auf den Einsatz von PADs und das Vertrauen in PADs untersucht. Im Mittel hatten die befragten Psychiater $M = 15,88$ ($SD = 10,22$) Jahre Berufserfahrung auf einer psychiatrischen Station, wobei ein Jahr die kürzeste Erfahrungszeit und 40 Jahre die längste Erfahrungszeit waren. Es wurde nun untersucht, ob und inwieweit sich Psychiater mit wenig Berufserfahrung (weniger als 10 Jahre) von Psychiatern mit mehr Berufserfahrungen auf psychiatrischen Stationen (mehr als 10 Jahre) hinsichtlich des Handelns nach PADs voneinander unterscheiden. Hierfür wurden die Antwortoptionen ‚trifft zu‘ und ‚trifft eher zu‘ als Zustimmung gewertet und die Antwortoptionen ‚trifft eher nicht zu‘, bzw.

‚trifft nicht zu‘ als Ablehnung. Die deskriptiven Statistiken zu dieser Berechnung können Tabelle 4 entnommen werden.

*Tabelle 4: Deskriptive Statistik zu Berufserfahrung * Handeln nach PADs*

Berufserfahrung auf psychiatrischer Station Handeln nach PADs*

	Handeln nach PADs				Gesamt	
	trifft (eher) zu		trifft (eher) nicht zu			
	n	%	n	%	n	%
Berufserfahrung/Psychiatrie						
weniger als 10 Jahre	38	42,7	4	25,0	42	40,0
mehr als 10 Jahre	51	57,3	12	75,0	63	60,0
Gesamt	89	100,0	16	100,0	105	100,0

Bei $\chi^2(1) = 1,77$ und $p = 0,269$ war das Ergebnis statistisch nicht signifikant. Die Berufserfahrung der Psychiater wirkte sich nicht auf das Handeln nach PADs aus.

Im Mittel hatten die befragten Psychiater $M = 6,07$ ($SD = 6,93$) Jahre Berufserfahrung auf einer geschützten Station, wobei die kürzeste Erfahrungszeit unterhalb eines Jahres und 37 Jahre die längste Erfahrungszeit waren. Es wurde nun untersucht, ob und inwieweit sich Psychiater mit wenig Berufserfahrung auf einer geschützten Station (weniger als 10 Jahre) sich von Psychiatern mit mehr Berufserfahrungen auf geschützten Stationen (mehr als 10 Jahre) hinsichtlich des Handelns nach PADs voneinander unterscheiden. Die deskriptiven Statistiken zu dieser Berechnung können Tabelle 5 entnommen werden.

Tabelle 5: Deskriptive Statistik zu Berufserfahrung auf geschützter Station * Handeln nach PADs

*Berufserfahrung; geschützte Station * Handeln nach PADs*

Berufserfahrung, geschützte Station	Handeln nach PADs				Gesamt	
	trifft (eher) zu		trifft (eher) nicht zu			
	n	%	n	%	n	%
Ja	75	87,2	13	86,7	88	87,1
Nein	11	12,8	2	13,3	13	12,9
Gesamt	86	100,0	15	100,0	101	100,0

Bei $\chi^2(1) = 0,003$ und $p = 0,954$ war das Ergebnis statistisch nicht signifikant. Die Berufserfahrung der Psychiater auf geschützten Stationen wirkte sich nicht auf das Handeln nach PADs aus.

3.3. Entscheidungskompetenz (DMC)

Weiterhin bestand Interesse daran, welche Möglichkeiten Psychiater nutzen, um die Einwilligungsfähigkeit zu beurteilen. Zunächst wurde erhoben, inwieweit Psychiater hinsichtlich der Einschätzung der Einwilligungsfähigkeit der Patienten durch die zur Verfügung stehenden standardisierten Erhebungsinstrumente überzeugt sind. Hierzu wurden Psychiater gebeten, darüber Auskunft zu geben, ob sie zur Erhebung der Einwilligungsfähigkeit einen anerkannten Test (z. B. MacCAT-T) in Betracht ziehen. Die deskriptiven Kennwerte können Tabelle 6 entnommen werden. Hierbei zeigte sich, dass $n = 97$ (89,8 %) (eher) nicht auf anerkannte Tests zur Beurteilung der Einwilligungsfähigkeit von Patienten zurückgriffen, während $n = 11$ (10,2 %) dementsprechende Tests nutzte. Der Unterschied zwischen der Gruppe, die (eher) anerkannte Tests zur Beurteilung der Einwilligungsfähigkeit zurückgriffen, und denjenigen Psychiatern, die keine Tests nutzten, war bei $p < 0,001$ statistisch signifikant. Die Gruppe der Psychiater, die derlei Tests nutzte, war signifikant geringer als die Gruppe der Psychiater, die Tests zur Beurteilung der Einwilligungsfähigkeit nutzte.

Tabelle 6: Ergebnisse der Häufigkeitsanalyse; Einsatz von anerkannten Tests zur Beurteilung der Einwilligungsfähigkeit (n = 108)

Beurteilung der Einwilligungsfähigkeit durch einen anerkannten Test (z. B. MacCAT-T)

	Häufigkeit	Prozent
Trifft nicht zu	65	60,2
Trifft eher nicht zu	32	29,6
Trifft eher zu	7	6,5
Trifft zu	4	3,7
Gesamt	108	100,0

Zudem wurde erhoben, inwieweit sich die Psychiater bei der Beurteilung der Einwilligungsfähigkeit eher auf ihre Erfahrung berufen. Die deskriptiven Parameter können Tabelle 7 entnommen werden. Hierbei zeigte sich, dass n = 95 (88,0 %) (eher) zur Beurteilung der Einwilligungsfähigkeit von Patienten eher auf ihre Erfahrungen zurückgriffen, während n = 13 (12,0 %) eher nicht auf ihre Erfahrung zurückgriffen. Der Unterschied zwischen der Gruppe der Psychiater, die (eher) zur Beurteilung der Einwilligungsfähigkeit auf ihre Erfahrungen zurückgriffen, und denjenigen Psychiatern, die dies eher nicht taten, war bei $p < 0,001$ statistisch signifikant. Die Gruppe der Psychiater, die (eher) auf ihre Erfahrung zurückgriff, war größer als die Gruppe derjenigen, die dies nicht taten.

Tabelle 7: Ergebnisse der Häufigkeitsanalyse; Erfahrungswissen zur Beurteilung der Einwilligungsfähigkeit (n = 108)

Beurteilung der Einwilligungsfähigkeit durch eigene Erfahrungen

		Häufigkeit	Prozent
Gültig	Trifft nicht zu	0	0
	Trifft eher nicht zu	13	12,0
	Trifft eher zu	62	57,4
	Trifft zu	33	30,6
	Gesamt	108	100,0

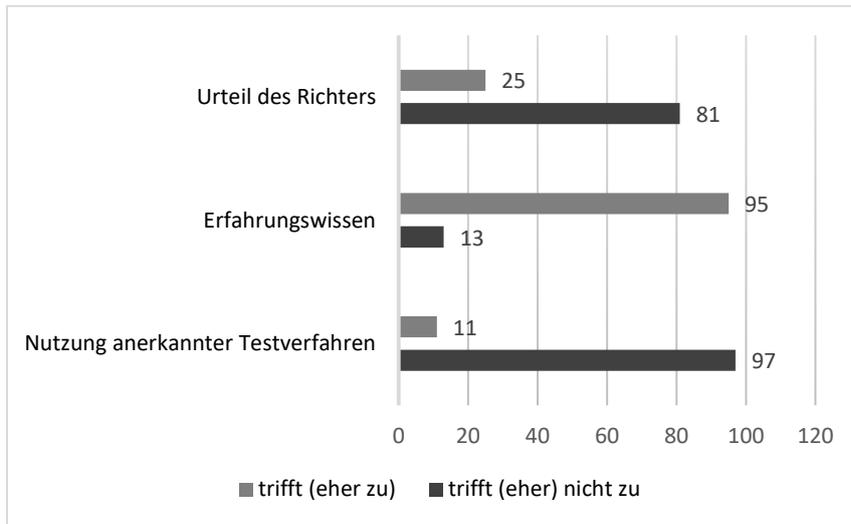
Weiterhin bestand Interesse an der Frage, inwieweit sich Psychiater bei der Beurteilung zur Einwilligungsfähigkeit auf die Anweisungen eines Richters verlassen. Die deskriptiven Parameter können Tabelle 8 entnommen werden. Hierbei zeigte sich, dass $n = 25$ (23,2 %) (eher) auf das Urteil eines Richters hinsichtlich der Beurteilung der Einwilligungsfähigkeit von Patienten zurückgriffen, während $n = 81$ (75 %) eher nicht auf die Beurteilung eines Richters zurückgriffen. Der Unterschied zwischen der Gruppe der Psychiater, die (eher) auf das Urteil eines Richters vertrauen, und denjenigen, die dies eher nicht taten, war bei $p < 0,001$ statistisch signifikant. Die Gruppe der Psychiater, die (eher) auf das Urteil eines Richters zurückgriffen, war geringer als die Gruppe derjenigen, die dies nicht taten.

Tabelle 8: Beurteilung der Einwilligungsfähigkeit durch einen Richter?

Urteil des Richters zur Beurteilung der Einwilligungsfähigkeit

		Häufigkeit	Prozent
Gültig	Trifft nicht zu	32	29,6
	Trifft eher nicht zu	49	45,4
	Trifft eher zu	23	21,3
	Trifft zu	2	1,9
	Gesamt	106	98,1
Fehlend	System	2	1,9
Gesamt		108	100,0

Abb. 2: Balkendiagramm Urteilsfindung hinsichtlich der Einwilligungsfähigkeit



Eine Überprüfung der Antworten hinsichtlich des Vertrauens in das Urteil der Richter in Bezug auf die Beurteilung der Einwilligungsfähigkeit zeigte, dass jene Psychiater, welche berichten, dass sie sich bei Zwangsmaßnahmen auf die Urteilskraft des Richters verlassen, diesen auch ein hohes Vertrauen aussprechen. Insgesamt $n = 17$ (38,6 %) der Psychiater gaben an, sich hinsichtlich der Einwilligungsfähigkeit auf einen Richter zu verlassen, dessen Urteil sie dann auch vertrauen, während $n = 8$ (12,9 %) das Urteil des Richters einholen, diesem dann aber nicht vertrauen; $n = 27$ (61,4 %) holen kein Urteil des Richters ein, würden diesem Urteil jedoch vertrauen, während mit $n = 54$ (87,1 %) weder ein Urteil eines Richters einholt noch diesem Urteil vertrauen würde. Der Unterschied zwischen den Gruppen war bei $\chi^2(1) = 9,46$ und $p = 0,003$ statistisch signifikant. Ein Vergleich der Gruppen zeigte, dass sich alle Gruppen bezüglich des Vertrauens in das Urteil des Richters signifikant voneinander unterscheiden (siehe Tabelle 9). Psychiater, die das Urteil eines Richters einholen, vertrauen seinem Urteil entsprechend, während Psychiater, die kein Urteil einholen, diesem auch nicht trauen würden.

Tabelle 9: Deskriptive Statistik zur Nutzung eines Richterurteils zur Beurteilung der Einwilligungsfähigkeit in Abhängigkeit zum Vertrauen in das Urteil

Urteil des Richters * Vertrauen in das Urteil des Richters

Urteil des Richters	Vertrauen in das Urteil des Richters				Gesamt	
	Ja		Nein			
	n	%	n	%	n	%
Ja	17 _a	38,6	8 _b	12,9	25	23,6
Nein	27 _a	61,4	54 _b	87,1	81	76,4
Gesamt	44	100,0	62	100,0	106	100,0

Jeder tiefgestellte Buchstabe gibt eine Teilmenge von ‚Urteil des Richters‘ (Kategorien) an, deren Spaltenanteile sich auf dem 0,05-Niveau nicht signifikant voneinander unterscheiden.

3.4. PADs als Entscheidungsgrundlage

Es bestand Interesse daran, ob Psychiater, die den Richter als eine wichtige Stütze für die Entscheidung über Zwangsmaßnahmen zu betrachten, sich verstärkt auf PADs als wichtiges Entscheidungswerkzeug berufen würden. Die deskriptiven Statistiken können Tabelle 10 entnommen werden

Tabelle 10: Deskriptive Statistik zum Vertrauen in das richterliche Urteil und das Handeln nach PADs

Handeln nach PADs * Vertrauen in Urteil des Richters

Vertrauen in Richterurteil	Handeln nach PADs				Gesamt	
	trifft zu		trifft nicht zu			
	n	%	n	%	n	%
Ja	41 _a	46,6	2 _b	12,5	43	41,3
Nein	47 _a	53,4	14 _b	87,5	61	58,7
Gesamt	88	100,0	16	100,0	104	100,0

Jeder tiefgestellte Buchstabe gibt eine Teilmenge von ‚Handeln nach PADs‘ (Kategorien) an, deren Spaltenanteile sich auf dem 0,05-Niveau nicht signifikant voneinander unterscheiden.

Insgesamt n = 17 (46,6 %) der Psychiater gaben an, hinsichtlich der Fähigkeit zur Einwilligungsfähigkeit einem Richter zu vertrauen und nach PADs zu handeln, wäh-

rend $n = 47$ (53,4 %) dem Urteil des Richters nicht vertrauen, aber nach PADs handeln; $n = 2$ (12,5 %) vertrauen dem Richterurteil, handeln jedoch nicht nach PADs, während $n = 14$ (87,5 %) weder einem Richter vertrauen noch nach PADs handeln. Der Unterschied zwischen den Gruppen war bei $\chi^2(1) = 6,49$ und $p = 0,012$ statistisch signifikant. Ein Vergleich der Gruppen zeigte, dass sich alle Gruppen bezüglich des Handelns nach PADs voneinander unterschieden, wenn das Vertrauen in das Urteil des Richters mit in die Betrachtungen einbezogen wurde. Psychiater unterschieden sich demnach hinsichtlich des Handelns nach PADs auch darin, inwieweit sie einem richterlichen Urteil zur Beurteilung der Willensbestimmung vertrauten.

3.5. Deskriptive Ergebnisse der Skalen

Die drei hier genutzten Skalen (1) Medizinische Kriterien, (2) Rechtlich-Ethische Kriterien sowie (3) Philosophische Kriterien wurden zunächst hinsichtlich ihrer Reliabilität geprüft. Zudem wurden die Lageparameter der Skalen bestimmt. Die interne Konsistenz aller Skalen lag über Cronbachs Alpha $\alpha > 0,70$ und waren damit sehr gut ($\alpha > 0,80$), bzw. gut ($\alpha > 0,70$) (Cronbach, 1951: 297–332) (siehe auch Tabelle 11):

Tabelle 11: Deskriptive Skalenstatistiken

Deskriptive Statistiken

	Cronbachs Alpha	Mini- mum	Maxi- mum	Median	Std.-Abwei- chung
Medizinische Kriterien	0,78	28,0	65,0	46,42	8,36
Rechtlich-Ethische Kriterien	0,816	8,0	31,0	20,37	5,10
Philosophische Kriterien	0,852	9,0	31,0	16,87	4,95
Gültige Werte (listenweise)	106				

Weiterhin wurde die Verteilung der Skalen geprüft. Hierfür wurden Histogramme zur grafischen Beurteilung angefertigt und die Verteilung mithilfe eines Levene-Tests geprüft.

Die Skalen (1) Medizinische Kriterien sowie (2) Rechtlich-Ethische Kriterien waren bei $p = 0,2$ am unteren Rand der echten Signifikanz, sodass die Normalverteilung für diese beiden Skalen angenommen werden konnte (Döring & Bortz, 2016: 105). Die Prüfung der Skala ‚Philosophische Kriterien‘ war bei $F(107) = 0,106$ und $p = 0,005$ statistisch signifikant, sodass die Normalverteilung für diese Skala nicht angenommen werden konnte.

3.6. Prüfung der Hypothesen

Zunächst wurde entsprechend der medizinischen Kriterien zur Beurteilung der Fähigkeit zur Willensbestimmung eine Skala durch Addition der Items gebildet. Diese Skala umfasste insgesamt 30 Items der folgenden Faktoren:

- (1) Ethisch-rechtliche Aspekte (1 Item)
- (2) Riskantes Verhalten (6 Items)
- (3) Symptome einer Psychose (4 Items)
- (4) Affektive Störungen und Angst (3 Items)
- (5) Aspekte von innerem Zwang (2 Items)
- (6) Symptome von Bewusstseinsstörungen (2 Items)
- (7) vorliegende Substanzabhängigkeit (1 Item)

Die interne Konsistenz der Skala ‚Medizinische Kriterien‘ mit 30 Items war bei einem Cronbachs Alpha von 0,832 sehr gut. Die Subskala ‚Riskantes Verhalten‘ mit 6 Items wies bei einem Cronbachs Alpha von 0,815 ebenfalls eine sehr gute Reliabilität auf (Cronbach, 1951: 297–332).

Hypothese 1

[1] Klinische Parameter haben einen starken Einfluss auf die Beurteilung der DMC durch Psychiater, insbesondere auf diejenigen, die mit selbstgefährdendem und selbstschädigendem Verhalten in Zusammenhang stehen.

Bei einem Mittelwert von $M = 46,64$ ($SD = 8,50$) für Psychiater ($n = 93$), die sich bei der Beurteilung der Fähigkeit zur Willensbestimmung auf ihre Erfahrung verlassen und einem Median von $M = 44,92$ ($SD = 7,37$) für Psychiater, die sich hinsichtlich der Beurteilung nicht auf ihre Erfahrung verlassen ($n = 13$), war der Unterschied zwischen den Gruppen bei $t(16) = 0,769$ und $p = 0,452$ statistisch nicht signifikant. Psychiater unterschieden sich demnach nicht hinsichtlich der Priorität, die sie medizinischen Kriterien entgegenbrachten in Abhängigkeit davon, ob sie sich bezüglich der Beurteilung der Fähigkeit der Willensbestimmung auf ihre Erfahrung als Psychiater verließen.

Wurden lediglich die Aspekte riskanten Verhaltens und hinsichtlich der Beurteilung der Willensbestimmungsfähigkeit durch Erfahrungen betrachtet, ergab sich folgendes Bild: Bei einem Median von $M = 15,38$ ($SD = 4,27$) für Psychiater, die nach eigenen Erfahrungen urteilten und einem Median von $M = 12,35$ ($SD = 4,60$) war der Unterschied zwischen den Gruppen hinsichtlich des riskanten Verhaltens bei $t(104) = 1,983$ und $p = 0,050$ am Rande der Signifikanz. Psychiater, die eine Beurteilung der Willensbestimmungsfähigkeit durch ein eigenes Urteil vornahmen, achteten stärker auf riskante Verhaltensweisen der Patienten als Psychiater, die sich eher nicht auf ihre Erfahrungen verließen.

Hypothese 2

[2] Klinische Parameter würden ihren starken Einfluss auf die Beurteilung der DMC durch Psychiater auch dann behalten, wenn jene über ausreichende Kenntnisse der gesetzlich und ethisch anwendbaren Kriterien für die Beurteilung der DMC verfügten.

Für die Prüfung dieser Hypothese wurde eine Kovarianzanalyse mit der abhängigen Variablen ‚Medizinische Kriterien‘ und der Kovariaten ‚Ethisch-Rechtliche Kriterien‘ durchgeführt. Als unabhängige Variable und Faktor wurde das Item: ‚Ich ziehe zu jeder Beurteilung der Notwendigkeit von Zwangsmaßnahmen einen weiteren Psychi-

ater hinzu“ gewählt, welches vorab dichotomisiert wurde (ja/nein). Ein vorab durchgeführter Levene-Test zur Prüfung der Varianzhomogenität war bei $F(104) = 0,035$ und $p = 0,851$ statistisch nicht signifikant. Die Varianzhomogenität konnte demnach angenommen werden. Die Prüfung der Unabhängigkeit zwischen der Kovariaten und der abhängigen Variablen zeigte ein signifikantes Ergebnis. Es wurde dennoch eine ANCOVA berechnet.

Ohne die Berücksichtigung der Kovariaten war das Modell bei $F(1) = -0,690$ und $p = 0,492$ statistisch nicht signifikant. Es bestand demnach kein Unterschied zwischen denjenigen Psychiatern, die zur Beurteilung der DMC auf ihre Erfahrungen vertrauten, und denjenigen, die das nicht taten.

Auch unter Berücksichtigung der Kovariaten war das Modell bei $F(1) = 1,160$ und $p = 0,284$ statistisch nicht signifikant. Demnach unterschieden sich die Psychiater hinsichtlich der Berücksichtigung ihrer eigenen Erfahrungen zur Beurteilung der DMC auch dann nicht voneinander, wenn sie über ausreichende Kenntnisse der gesetzlich und ethisch anwendbaren Kriterien für die Beurteilung der DMC verfügten.

Hypothese 3

[3] Die individuelle Fähigkeit von Psychiatern zur Beurteilung von DMC könnte neben der Kenntnis der klinischen Parameter auch durch Arbeitserfahrung oder andere biografische Daten beeinflusst werden.

Zunächst wurde geprüft, ob und inwieweit Fachärzte sich stärker auf ihre eigenen Erfahrungen bei der Beurteilung der Willensbekundung verlassen und ob und inwieweit sich Fachärzte von Nicht-Fachärzten hinsichtlich der Berücksichtigung der medizinischen Kriterien zur Beurteilung der Willensbekundung voneinander unterscheiden.

Insgesamt $n = 10$ Fachärzte verließen sich zur Beurteilung der Willensbekundung (eher) nicht auf ihre Erfahrungen, während $n = 82$ Fachärzte sich hinsichtlich der Willensbekundung hauptsächlich auf ihre eigenen Erfahrungen verließen. Insgesamt $n = 3$ Ärzte ohne Facharztausbildung verließen sich eher nicht auf ihre eigenen Erfahrungen zur Beurteilung der Willensbekundung, während $n = 13$ Nicht-Fachärzte sich (eher) auf ihre Erfahrungen verließen. Dieser Unterschied war bei $\chi^2(1) = 0,799$ und $p = 0,371$ statistisch nicht signifikant. Fachärzte unterschieden sich demnach

nicht von Nicht-Fachärzten hinsichtlich des Vertrauens auf ihre eigenen Verfahren bei der Beurteilung der Willensbekundung von Psychatriepatienten.

Bei einem Median von $M = 46,22$ ($SD = 8,19$) für die Nutzung Medizinischer Kriterien zur Beurteilung der Willensbekundung von Fachärzten und einem Median von $M = 47,56$ ($SD = 9,47$) von Nicht-Fachärzten war dieser Unterschied bei $t(104) = -0,589$ und $p = 0,557$ statistisch nicht signifikant. Fachärzte unterschieden sich demnach nicht von Nicht-Fachärzten hinsichtlich des Vertrauens auf die medizinischen Kriterien zur Beurteilung der Willensbekundung.

Insgesamt $n = 3$ Ärzte verließen sich zur Beurteilung der Willensbekundung (eher) nicht auf ihre Erfahrungen und arbeiteten zum Befragungszeitpunkt auf einer geschützten Station, während $n = 16$ Ärzte sich hinsichtlich der Willensbekundung hauptsächlich auf ihre eigenen Erfahrungen verließen und ebenfalls auf einer geschützten Station tätig waren; $n = 10$ Ärzte verließen sich eher nicht auf ihre eigenen Erfahrungen zur Beurteilung der Willensbekundung und waren nicht auf einer geschützten Station tätig, während $n = 74$ Ärzte sich (eher) auf ihre Erfahrungen verließen, aber nicht auf einer geschützten Station tätig waren. Dieser Unterschied war bei $\chi^2(2) = 0,938$ und $p = 0,626$ statistisch nicht signifikant. Ärzte, die auf einer geschützten Station arbeiteten, unterschieden sich demnach nicht von Ärzten, die nicht auf einer geschützten Person beschäftigt waren hinsichtlich der Nutzung ihres Erfahrungsschatzes zur Beurteilung der Willensbekundung von Patienten.

Bei einem Median von $M = 45,74$ ($SD = 9,41$) für die Nutzung Medizinischer Kriterien zur Beurteilung der Willensbekundung von Ärzten, die zum Befragungszeitpunkt auf einer geschützten Station tätig waren, und einem Median von $M = 46,71$ ($SD = 8,17$) von Ärzten, die nicht auf einer geschützten Station beschäftigt waren, war dieser Unterschied bei $t(100) = -0,456$ und $p = 0,650$ statistisch nicht signifikant. Ärzte, die auf einer geschützten Station arbeiteten, unterschieden sich demnach nicht von Ärzten, die nicht auf einer geschützten Station tätig waren, hinsichtlich des Vertrauens auf die medizinischen Kriterien zur Beurteilung der Willensbekundung.

Es wurde angenommen, dass Ärzte, die länger auf einer psychiatrischen Station arbeiteten, eher auf ihre Erfahrung zur Beurteilung der Willensbekundung vertrauten als Ärzte, die eine geringere Zeitspanne auf einer psychiatrischen Station beschäftigt waren. Insgesamt $n = 13$ Ärzte waren im Mittel $M = 11,32$ ($SD = 8,43$) Jahre auf einer

psychiatrischen Station beschäftigt und vertrauten zur Beurteilung der Willensbekundung eher nicht auf ihre Erfahrungen, während $n = 94$ Ärzte im Mittel $M = 16,51$ ($SD = 10,32$) Jahre auf einer psychiatrischen Station arbeiteten und auf ihre Erfahrungen vertrauten. Bei $t(105) = -1,732$ und $p = 0,043$ war dieser Unterschied statistisch signifikant. Der Effekt war bei $d = |0,513|$ von mittlerer Effektstärke (Cohen, 1988). Psychiater, die länger auf einer psychiatrischen Station beschäftigt waren, vertrauten demnach häufiger auf ihre Erfahrungen als Psychiater, die eine geringere Zeitspanne auf einer psychiatrischen Station beschäftigt waren.

Bei einem Median von $M = 4,51$ ($SD = 5,24$) für die Beschäftigungsdauer in Jahren auf einer geschützten Station von Ärzten, die sich zur Beurteilung der Willensbekundung (eher) nicht auf ihre Erfahrungen verließen und einem Median von $M = 6,28$ ($SD = 7,12$) Jahren Beschäftigungsdauer, bei den Ärzten, die (eher) auf ihre Erfahrungen vertrauten, war dieser Unterschied bei $t(101) = -0,828$ und $p = 0,409$ statistisch nicht signifikant. Ärzte, die länger auf einer geschützten Station beschäftigt waren, unterschieden sich nicht hinsichtlich ihrer eigenen Erfahrungen, auf die sie zur Beurteilung der Willensbekundung zurückgriffen, von Ärzten, die weniger lang auf einer geschützten Station beschäftigt waren.

Hypothese 4

[4] PADs werden von den Psychiatern noch nicht flächendeckend eingesetzt.

Die deskriptiven Statistiken zu dieser Hypothese können Tabelle 12 entnommen werden.

Tabelle 12: Deskriptive Statistik zu Hypothese 5

*Bundesland * Handeln nach PADs Kreuztabelle*

		Handeln nach PADs		
		trifft zu	trifft nicht zu	Gesamt
		n	n	n
Bundes- land	Baden-Württemberg	14	5	19
	Bayern	18	2	20
	Berlin	4	0	4
	Brandenburg	3	0	3
	Bremen	2	1	3
	Hamburg	1	1	2
	Hessen	5	0	5
	Mecklenburg-V.	4	0	4
	Niedersachsen	8	6	14
	Nordrhein-W.	13	1	14
	Rheinland-P.	2	0	2
	Saarland	1	0	1
	Sachsen	2	0	2
	Sachsen-A.	3	0	3
	Schleswig-H.	9	0	9
	Thüringen	0	1	1
Gesamt	89	17	106	

Bei $\chi^2(15) = 24,25$ und $p = 0,061$ war der Unterschied zwischen der Anwendung von PADs zwischen den Bundesländern statistisch nicht signifikant. Die Bundesländer unterschieden sich demnach nicht hinsichtlich des Handelns nach PADs voneinander. PADs finden flächendeckend Anwendung.

4. Diskussion

In der folgenden Diskussion der Ergebnisse aus den Untersuchungen werden die beiden Hauptaspekte (Psychiatrische Vorausplanungen PADs; Decision-making-capacity DMC) analysiert und in einen Zusammenhang mit den genannten Hypothesen gestellt. Zusätzlich wird nach medizinischen, medizinisch-ethischen und soziologischen Bedingungen dieser Ergebnisse gefragt und diese Aspekte dann vor dem Hintergrund der aktuellen Literatur zu den Themen (Düwell, 2008) beleuchtet. Ziel der Diskussion ist die Interpretation der vorgestellten Ergebnisse im Hinblick auf das Psychiater-Patienten-Verhältnis und den Umgang mit der Selbstbestimmungsfähigkeit. Daraus folgend soll erklärt werden, inwiefern die Anwendung von PADs schwierig ist und der Umgang mit DMC nicht, bzw. nur ansatzweise standardisiert werden kann. Im Ausblick sollen dann potenzielle Lösungen eruiert werden.

4.1. Psychiatrische Vorausplanungen (PADs)

Die vorläufigen Ergebnisse dieser Untersuchung zeigen, dass die Bereitschaft der Psychiater, nach PADs zu fragen und sie zu nutzen, hoch ist (82,4 % zu 15,8 %, siehe Tabelle 1 und Tabelle 2). Auch die Einschätzungen, wie effektiv PADs bei der Reduzierung von Zwangsmaßnahmen sind, lassen vermuten, dass Psychiater die Effektivität von PADs zur Verhinderung von Zwangsmaßnahmen befürworten. Papageorgiou et al. (2002) fanden dagegen in einer randomisiert kontrollierten Studie an 156 stationären Patientinnen und Patienten keine Verbesserungen hinsichtlich der Anzahl von Wiederaufnahmen oder unfreiwilliger Aufnahmen, der Aufenthaltsdauer in der Einrichtung oder hinsichtlich des Einsatzes von Zwangsmaßnahmen durch PADs. Auch die Zufriedenheit mit der Versorgung hatte sich durch PADs aus der Perspektive der Patienten nicht verbessert. Die Forschungsarbeit von Henderson et al. aus dem Jahr 2004, welche 160 Patienten umfasste, zeigte jedoch eine signifikante Reduktion von Zwangseinweisungen und Zwangsbehandlungen bei der Nutzung von PADs (Henderson et al., 2004). Eine Reduktion der Klinikeinweisungen konnte innerhalb der Studie jedoch nicht dargestellt werden. Eine Studie aus dem Jahr 2012, innerhalb derer PADs bei an einer Psychose Erkrankten und Patienten mit einer bipolaren Störung im stationären Kontext angewendet wurden, konnte keine

Reduktion freiwilliger oder unfreiwilliger Aufnahmen durch den Einsatz von PADs feststellen (Henderson et al., 2012). Lediglich für eine Patientengruppe mit gerichtlich angeordneten Einweisungen ließ sich eine Reduktion von Einweisungen gegenüber einer Kontrollgruppe darstellen (Ruchlewska et al., 2014). Dieses Ergebnis stimmt mit den innerhalb dieser Arbeit gefundenen Ergebnissen überein. Auch hier zeigte sich eine Reduktion von Zwangsmaßnahmen und Zwangseinweisungen nur bei denjenigen Patienten, für die ein entsprechender Gerichtsbeschluss vorlag.

Auch wenn die Ergebnisse der dargestellten Forschungsarbeiten sich stark unterscheiden und auch keine Tendenz im Sinne einer allgemeinen Reduktion von Zwangsmaßnahmen durch den Einsatz von PADs abzulesen ist, ist es bereits aus ethischer Sicht bedenklich, keine PADs einzusetzen. PADs sind nicht einfach Anordnungen an den Arzt, sondern ein Teil einer essenziellen Kommunikation zwischen Arzt und Patienten (Widdershoven & Berghmans, 2001). PADs mögen möglicherweise nicht immer zu konkreten Resultaten im Sinne der Verhinderung von Zwangsmaßnahmen führen, jedoch zeigte sich in der vorliegenden Untersuchung, dass die Teilnehmer nach PADs fragen und sich wünschen, dass dementsprechend gehandelt wird. 70,4 % waren überzeugt, dass PADs dazu beitragen, Zwangsmaßnahmen zu vermeiden, nur 28,7 % waren eher nicht davon überzeugt. Dieser Unterschied war bei $p < 0,001$ statistisch signifikant (siehe Tabelle 3). Es bleibt zu überlegen, ob PADs nicht auch möglicherweise die Compliance und damit auch das Vertrauen in die angeordneten Maßnahmen erhöhen, wenn Patienten, wie berichtet, die Etablierung von PADs wünschen.

Die Rate von Psychiatern, die angeben, dass sie dennoch nach PADs fragen und entsprechend handeln, könnte sich aus den jüngsten Entwicklungen in der Medizin im Allgemeinen und in der Psychiatrie im Besonderen sowie aufgrund der juristischen Lage ergeben. Der Wunsch nach PADs betont auch das zunehmende Verständnis über die Bedeutung der persönlichen Selbstbestimmung des Patienten, welche ein freiheitlich-demokratisches Grundrecht ist und bleibt (Art. 2, Absatz 1, GG), auch bei Vorliegen klinischer Parameter. Gemeinsame Entscheidungsfindung („shared decision making“) charakterisiert die ideale Arzt-Patienten-Beziehungen in der Medizin. In Deutschland wurden in den letzten Jahren viele Diskussionen über Vorausplanungen (ADs – advanced directives) und Änderungen ihrer gesetzlichen Bestimmungen geführt. Das neue deutsche Gesetz über ADs unterstreicht nachdrücklich die Auto-

nomie der Patienten und bietet mehr Rechtssicherheit für ADs: Eine AD muss eingehalten werden, wenn sie auf die aktuelle medizinische Situation anwendbar ist (Wiesing et al., 2010). Die jüngsten Diskussionen über Zwangsmaßnahmen und PADs unter deutschen Psychiatern, Rechtsanwälten und anderen Fachleuten auf diesem Gebiet wurden durch Änderungen des deutschen Rechts vorangetrieben. Das Bundesverfassungsgericht und der Bundesgerichtshof in Deutschland haben 2011 und 2012 die rechtlichen Grundlagen von Zwangsmedikation psychiatrischer Patienten in Deutschland kritisiert (Flammer & Steinert, 2015). Der Bundesrat verabschiedete daraufhin Änderungen im Betreuungsrecht, das bundesweit (ähnlich wie Gesetze zur psychischen Gesundheit) gilt (Bundesärztekammer, 2013; Flammer & Steinert, 2015). Da andere Regelungen für Zwangsmaßnahmen in der Psychiatrie wie die „Psychisch-Kranken-Gesetze (Psych-KG)“ in Deutschland nicht gleichzeitig angepasst wurden, nahmen die Diskussionen über die Selbstbestimmung in der Psychiatrie zu (Flammer & Steinert, 2015).

Die in der vorliegenden Studie gewonnenen Daten deuten darauf hin, dass deutsche Psychiater die Relevanz von PADs in der psychiatrischen Versorgung erkennen, da die meisten Teilnehmer angaben, dass sie nach PADs fragen und danach handeln. Dies könnte ein Ergebnis der oben genannten rechtlichen Diskussionen in Deutschland sein und der Aufmerksamkeit auf die Selbstbestimmung der Patienten, die in der Medizin an Bedeutung gewonnen hat. Studien aus anderen Ländern implizieren ähnliche Tendenzen. Psychiater scheinen zu erkennen, dass PADs dazu beitragen können, die Selbstbestimmung als grundlegenden Aspekt ethischer und rechtlicher Überlegungen im Kontext der Psychiatrie zu implementieren. Ebenso können sie auch helfen, andere potenzielle Vorteile von PADs zu etablieren, beispielsweise eine Verbesserung des therapeutischen Bündnisses (Nicaise et al., 2013; Swanson et al., 2000). Psychiater erkennen möglicherweise außerdem, dass PADs dazu dienen können, eine breitere Auswahl an Behandlungsoptionen für Patienten und somit mehr Optionen zu erhalten (Nicaise et al., 2013; Swartz et al., 2006). Gleichzeitig scheinen Psychiater jedoch eine negative Einschätzung der Wirksamkeit von PADs zu haben, möglicherweise Zwangsmaßnahmen reduzieren zu können. Die Studie zeigt, dass die Arbeit in einer beschützten Abteilung die Bereitschaft der Psychiater, nach PADs zu fragen und entsprechend zu handeln, leicht, aber statistisch nicht signifikant erhöht. Andererseits hat aber die langjährige Erfahrung in einer beschützten Abteilung (>10 Jahre) ihre Zustimmung dazu verringert, dass PADs bei der Reduzierung von

Zwangmaßnahmen hilfreich sind. Die langjährige Erfahrung in einer beschützten Abteilung (>10 Jahre) verminderte ihre Überzeugung, dass PADs hilfreich sind, um Zwangmaßnahmen zu reduzieren. Es ist anzunehmen, dass Psychiater mit einer so langen Erfahrung in einer beschützten Abteilung wahrscheinlich über die neuesten Entwicklungen des deutschen Rechts informiert und daran interessiert sind. Sie wissen vermutlich um die potenziellen Vorteile von PADs und sind daher bereit, im Vergleich zu anderen Psychiatern noch häufiger nach PADs fragen und auch entsprechend zu handeln. Diejenigen, die weniger von PADs als nützliches Instrument zur Reduzierung von Zwangmaßnahmen ausgehen, werden nach PADs fragen und entsprechend handeln, solange aus der Sicht ihres klinischen Urteils keine Zwangmaßnahmen erforderlich sind. Ihre negative Einstellung gegenüber dem Potenzial von PADs zur Reduzierung von Zwangmaßnahmen findet sich auch in Ergebnissen von Forschungen in anderen Ländern. Viele Studien haben gezeigt, dass Ärzte in einer Krise PADs ablehnen würden, die Bestimmungen zur Verweigerung von Behandlungen enthalten (Atkinson et al., 2004; Elbogen et al., 2006; Nicaise et al., 2013; Swartz et al., 2006). Diese Untersuchungen deuten darauf hin, dass Ärzte befürchten, dass alle Behandlungen durch ein proskriptives PAD abgelehnt werden könnten und dass die Patienten sich der Folgen einer Verweigerung der Behandlung möglicherweise nicht bewusst sind (Atkinson et al., 2004; Atkinson, 2007). Deshalb wollen Psychiater nicht, dass ihre eigene Autonomie in Krisensituationen beschränkt wird (Atkinson et al., 2004; Nicaise et al., 2013).

In der vorliegenden Studie wurde festgestellt, dass 83,3 % der Psychiater nach PADs fragen („Trifft zu“: 50,9 %, „Trifft eher zu“: 32,4 %) und 82,4 % danach handeln („Trifft zu“: 39,8 %, „Trifft eher zu“: 42,6 %); die Akzeptanz von PADs als nützliches Instrument gegen Zwangmaßnahmen ist also als hoch einzuschätzen. Dabei müssen ihre Erfahrungen mit unterschiedlichen Inhalten und Funktionen von PADs berücksichtigt werden. Denn es kann zu einem Konflikt zwischen den in einer PAD erbetenen Maßnahmen und den in einer Krise für notwendig erachteten medizinischen und rechtlichen Interventionen kommen, die Zwangmaßnahmen umfassen können. Statistisch signifikant konnte diese theoretische Annahme allerdings nicht durch die Ergebnisse untermauert werden, denn Psychiater mit langjähriger Erfahrung in einer beschützten Abteilung zeigten keine Unterschiede dahingehend, wie viele von ihnen nach PADs fragen, wie sie danach handeln und wie viele von ihnen glauben, dass PADs Zwangmaßnahmen reduzieren könnten. Dies steht im Widerspruch mit den Ergebnissen

einer anderen Studie, die zeigte, dass die Bereitschaft, ein PAD umzusetzen, höher war, wenn Psychiater in beschützten Abteilungen arbeiteten und „sich um das Gewaltisiko und die mangelnde Einsichtsfähigkeit der Patienten sorgten“ (Hammervold et al., 2019; Swanson et al., 2007).

Einer der limitierenden Faktoren der vorliegenden quantitativen Interviewstudie ist die geringe Antwortrate. Es konnten lediglich 108 Teilnehmer, die die Einschlusskriterien erfüllten, für unser Projekt gewonnen werden. Die Ergebnisse sind dennoch auf die Gesamtpopulation der in Deutschland tätigen Psychiater übertragbar, da sich die Population, die auf dem Kongress befragt werden konnten, sehr gut mit der Gesamtpopulation deckt. Es konnten sowohl männliche als auch weibliche Psychiater befragt werden, die Teilnehmer stammen aus unterschiedlichen Teilen Deutschlands, haben unterschiedliches Alter und unterschiedliche Berufserfahrung. Sie arbeiten in diversen Strukturen und haben einen unterschiedlichen Grad an Erfahrung bei der Durchführung von Zwangsmaßnahmen und Zwangsbehandlungen. Ebenso ist eine Unterscheidung nach der jeweiligen Qualifikation (Assistenzarzt, Oberarzt etc.) gegeben. Außerdem hat die Teilnahme an der Konferenz weder Einfluss auf die Einstellung von Psychiatern gegenüber PADs noch auf deren Verwendung und folglich nicht auf die Beantwortung der Fragen in der Studie.

Es sind weitere Forschungen notwendig, um die Gründe für die Unterschiede in der Bereitschaft der Psychiater zu verstehen, nach PADs zu fragen und entsprechend zu handeln, und um PADs als nützliche Instrumente gegen Zwangsmaßnahmen zu implementieren. Weitere Untersuchungen sind erforderlich, um zu bestimmen, wie der Arbeitsplatz und die Dauer der Arbeitserfahrung mit Patienten in Krisensituationen die Einstellung von Psychiatern zu PADs beeinflussen. Zusätzliche Forschung ist auch erforderlich in Bezug darauf, wie Psychiater glauben, dass Zwangsmaßnahmen durch PADs reduziert werden könnten.

4.2. Entscheidungskompetenz (DMC)

Das wichtigste Ergebnis ist: Zwei der initial aufgestellten Hypothesen konnten durch die statistischen Analysen nicht bestätigt werden – der Zusammenhang zwischen klinischen Parametern und der Beurteilung von DMC durch den Psychiater und der Validität der Einwilligungsfähigkeit der Patienten durch die zur Verfügung stehenden

standardisierten Erhebungsinstrumente. Es zeigte sich, dass der Unterschied zwischen den Psychiatern, die anerkannte Tests zur Beurteilung der Einwilligungsfähigkeit verwendeten, und denjenigen Psychiatern, die keine Tests nutzten, statistisch signifikant war ($p < 0,001$). Die Mehrheit der Psychiater nutzten die Tests zur Beurteilung der Einwilligungsfähigkeit. Ebenso signifikant ($p < 0,001$) war der Unterschied zwischen den Psychiatern, die zur Beurteilung der Einwilligungsfähigkeit auf ihre Erfahrungen zurückgriffen und denjenigen Psychiatern, die dies eher nicht taten. Die meisten Psychiater griffen (eher) auf ihre Erfahrung zurück. Allerdings ergab die Interferenzstatistik, dass ohne Berücksichtigung der Kovarianzen das Ergebnis nicht signifikant war ($p = 0,492$), es gab keinen Unterschied zwischen Psychiatern, die zur Beurteilung der DMC auf ihre Erfahrungen vertrauten und denjenigen, die das nicht taten.

Im Detail zeigten sich folgende Ergebnisse:

1. Die Hypothese, ob klinische Parameter tatsächlich auf signifikante Weise die Einschätzung der Psychiater hinsichtlich der Fähigkeit von Patienten, Entscheidungen zu treffen, beeinflussen, konnte statistisch nicht belegt werden – dieses Ergebnis der Studie passt nicht zu den vormaligen diesbezüglichen Befunden von Candia und Barba (2011). Die Autoren kamen in ihrem Literaturüberblick zu dem Schluss, dass psychopathologische Variablen tatsächlich einen profunden Einfluss auf diese Fähigkeit haben. Vergleichbare Ergebnisse zeigte die vorliegende Studie nicht. Dennoch erscheint angesichts der Limitationen der vorliegenden Studie als glaubwürdig, dass Vorwissen über klinische Parameter ein Bild des Patienten erzeugt, an dem sich Psychiater bei ihrer Einschätzung von DMC leiten lassen.
2. Die durchgeführten Untersuchungen zeigen weiterhin, dass besonders Variablen, welche in Zusammenhang mit fremd- oder selbstverletzenden Verhaltensweisen stehen, bedeutsam für die Einschätzung der Psychiater hinsichtlich der Fähigkeit zum Treffen von Entscheidungen sind. So zeigten sich auch in den im Rahmen der vorliegenden Arbeit durchgeführten Analysen Items wie „zeigt aggressives Verhalten“ oder „berichtet von Suizidtendenzen“ als relevant. Dieses Ergebnis überrascht nicht, da solche Umstände einen dringenden Handlungsbedarf generieren und dadurch von ungemein großer und akuter Bedeutung sind, was den Einsatz von Zwangsmaßnahmen und Zwangsbe-

handlungen ethisch rechtfertigen kann. Der „Ulysses contract“ der PADs bedeutet in solchen Fällen, dass einer Suizidgefährdung oder akuter Tendenz zur Selbstverletzung des Patienten entgegengehandelt werden kann, was bei entsprechender Symptomatik deutlich an Relevanz gewinnt (Elbogen et al., 2007). Entsprechend relevant fanden die damit konfrontierten Psychiater jene Willensverfügungen der Patienten für den Krisen- und Eskalationsfall.

Hinsichtlich der Frage, inwieweit sich Psychiater bei der Beurteilung zur Willensbestimmung auf die Anweisungen eines Richters verlassen, ergab die vorliegende Studie, dass sich nur ein Viertel (23,2 %) der Psychiater bei der Beurteilung der Fähigkeit zur Willensbestimmung von Patienten auf das Urteil eines Richters stützt, während drei Viertel (75,0 %) dies eher nicht taten. Dieser Unterschied war bei $p < 0,001$ statistisch signifikant. Die Gruppe der Psychiater, die (eher) auf das Urteil eines Richters zurückgriffen, war geringer als die Gruppe derjenigen, die dies nicht taten.

Diejenigen Psychiater, die sich bei Zwangsmaßnahmen auf die Urteilskraft des Richters verlassen, sprechen diesen auch ein hohes Vertrauen aus. 38,6 % der Psychiater gaben an, sich hinsichtlich der Fähigkeit zur Willensbestimmung auf einen Richter zu verlassen, dessen Urteil sie dann auch vertrauen; nur 12,9 % ersuchten ein Urteil des Richters, vertrauten diesem dann aber nicht. 61,4 % holen kein Urteil des Richters ein, würden diesem Urteil jedoch vertrauen. Psychiater, die das Urteil eines Richters einholen, vertrauen seinem Urteil, während Psychiater, die kein Urteil einholen, diesem auch nicht vertrauen würden.

Auch Morán-Sánchez et al. (2016) betonen, dass die korrekte Einschätzung der DMC wichtig sei, um eine – fälschliche – Stigmatisierung von Patienten zu vermeiden. Die Autoren schreiben weiterhin, dass – wie auch in der durchgeführten Fragebogenstudie gefunden – die Einschätzung der Fähigkeit zum Treffen von Entscheidungen stark von psychotischen Diagnosen beeinflusst wird, während dem Angstbereich zuzuordnende Diagnosen einen geringeren Einfluss auf die Beurteilung haben. Auch Silberfeld und Checkland (1999) heben hervor, dass die Einschätzung der Fähigkeit zum Treffen von Entscheidungen stark von den klinischen Symptomen der Patienten abhängt. Die Autoren betonen ebenfalls, dass die rechtlichen Rahmenbedingungen eine zentrale Herausforderung in der Betrachtung von DMC darstellen. Damit diese rechtlichen Rahmenbedingungen effektiv und erfolgreich sind, so Silberfeld und

Checkland, ist es zwingend notwendig, dass die klinischen Symptome eindeutig identifizierbar sind, was ein hohes Ausmaß an Expertise der Psychiater erfordert. Die Analysen der vorliegenden Studie zeigten, dass die Urteilskraft der Richter für viele Psychiater eine wichtige Stütze in der Entscheidungsfindung ist. Insbesondere jene Psychiater, welche den Richtern zusprachen, hier hilfreich zu sein, verließen sich auch bei ihrer Entscheidung über die Anwendung von Zwangsmaßnahmen (was ein Indikator für mangelnde Entscheidungsfähigkeit des Patienten ist) verstärkt auf die Richter. Zusätzlich zeigte sich, dass Psychiater, welche verstärkt den Einschätzungen der Richter folgten, auch über geringeres Vertrauen in ihre eigenen Fähigkeiten berichteten. Zu beachten ist hier, dass eine Korrelation keine Aussage über eine Kausalität zulässt oder impliziert: So ist nicht vollständig abzuschätzen, ob der geringe Glaube an die eigene Urteilsfähigkeit zum gesteigerten Vertrauen in die Einschätzung des Richters führt, oder ob das Gegenteil der Fall ist. Davon abgesehen könnte das hohe Vertrauen in die Richter zu weniger Selbstvertrauen führen oder weitere medierende oder moderierende Variablen für den Zusammenhang verantwortlich sein. Aufgrund der Verteilung in der Stichprobe konnten diesbezüglich keine abschließenden Konklusionen gezogen werden.

5. Schlussfolgerungen

Ähnlich wie bereits im Diskussionsteil befasst sich auch der Schlussfolgerungsteil mit den Ergebnissen der Untersuchung, konkretisiert in den Datensätzen zu PADs und DMC. Die Schlussfolgerungen sollen die in den Diskussionen zusammengefassten Ergebnisse zu psychiatrischen Vorausplanungen und Urteilen oder Einschätzungen zur Entscheidungskompetenz kritisch weiterdenken. Ein Ziel der Schlussfolgerungen ist es, mögliche Effekte und Verbesserungsansätze im klinischen Umgang mit selbstgefährdenden oder selbstbestimmungsunfähigen Patienten benennen.

Die vorliegende Studie zeigte eine hohe Bereitschaft von Psychiatern, nach PADs zu fragen und entsprechend zu handeln, was beweist, dass der Sinn dieser PADs weitgehend erfasst worden ist. Ein kleiner Teil dieser Psychiater war jedoch überzeugt, dass PADs die Zwangsmaßnahmen reduzieren könnten, insbesondere wenn ein Psychiater mehr als 10 Jahre Erfahrung in einer beschützten Abteilung arbeiteten.

Die Ergebnisse der Befragung deckten sich gut mit der zu Beginn aufgestellten Hypothese: Psychiater fragen signifikant häufiger nach PADs und geben auch an, entsprechend zu handeln. Auch die Frage, ob PADs helfen, Zwangsmaßnahmen und Zwangsbehandlung zu reduzieren, wurde deutlich häufiger befürwortet als verneint („Trifft zu“ und „Trifft eher zu“: 70,4 % gegenüber „Trifft eher nicht zu“ und „Trifft nicht zu“: 28,7 %). Es fand sich keine signifikante Bestätigung, dass Berufserfahrung bzw. Tätigkeit auf einer beschützt-geführten psychiatrischen Station sich auf das Handeln nach PADs auswirkte.

Zudem zeigte sich kein signifikanter Einfluss der soziodemografischen Variablen – vor allem hinsichtlich der Erfahrung. Auch diese Ergebnisse bestätigen, dass diese informellen Einschätzungen nur für eine ausgewählte Gruppe an Psychiatern ein reliables Werkzeug darstellen können, was als Erkenntnis jedoch über den Rahmen der formulierten Hypothesen hinausgeht. Der eigenen praktischen Erfahrung in der klinischen Arbeit mit akut oder chronisch selbstbestimmungsunfähigen Patienten kommt damit also doppelte Wichtigkeit zu: Die tatsächliche Erfahrung ist ein wertvoller Prädiktor der Einschätzung der Fähigkeit zum Treffen von Entscheidungen, andererseits zeigte sich auch das Vertrauen in diese Erfahrung als bedeutsam für die Beurteilung der Entscheidungskompetenz durch die Psychiater.

Dies wird ebenso durch den Zusammenhang zwischen dem Vertrauen in die eigenen Fähigkeiten und dem Glauben an die Urteilsfindung durch den Richter betont: Es zeigte sich hierbei ein negativer Zusammenhang oder eine negative Korrelation, welche darauf hinweist, dass Psychiater mit einem hohen Vertrauen in die eigenen Fähigkeiten weniger geneigt sind, sich auf die Einschätzung des Richter zu verlassen und umgekehrt (Vertrauen in richterliche Entscheidungen seitens der Psychiater statistisch $p < 0,001$). Dem entspricht, dass es derzeit rund 120 Instrumente zur Prognose aggressiven Verhaltens gibt, die dem erfahrenen Arzt vertrauter sein mögen als richterliches Ermessen zur Sachlage (Steinert & Hirsch, 2019).

Literaturverzeichnis

- Ambrosini, D., Crocker, A. G., Perreault, M. & Israël, M. (2008). Perceptions of Psychiatric Advance Directives Among Legal and Mental Health Professionals in Ontario and Quebec. *Journal of Ethics in Mental Health*, 3(2), 1–12.
- Appelbaum, P. S. (2007). Clinical practice. Assessment of patients' competence to consent to treatment. *The New England Journal of Medicine*, 357(18), 1834–1840. <https://doi.org/10.1056/NEJMcp074045>.
- Atkinson, J. M. (2007). *Advance Directives in Mental Health: Theory, Practice and Ethics*. Jessica Kingsley Publishers.
- Atkinson, J. M., Garner, H. C. & Gilmour, W. H. (2004). Models of advance directives in mental health care: stakeholder views. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 39(8), 673–680. <https://doi.org/10.1007/s00127-004-0788-7>
- Balluch, M. (2007). *Recht auf Autonomie statt Pflicht zur Leidensminimierung: Kritik an Konsequentialismus und Pathozentrismus*. Martin Balluchs Blog. <https://martinballuch.com/recht-auf-autonomie-statt-pflicht-zur-leidensminimierung-kritik-an-konsequentialismus-und-pathozentrismus/>
- Banner, N. F. (2012). Unreasonable Reasons: Normative judgements in the assessment of mental capacity. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 18(5), 1038–1044. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2753.2012.01914.x>
- Beauchamp, T. L. & Childress, J. F. (2013). *Principles of Biomedical Ethics* (7. Aufl.). Oxford University Press.
- Bonner, G., Lowe, T., Rawcliffe, D. & Wellman, N. (2002). Trauma for all: a pilot study of the subjective experience of physical restraint for mental health inpatients and staff in the UK. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 9(4), 465–473. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2850.2002.00504.x>
- Breden, T. M. & Vollmann, J [Jochen] (2004). The cognitive based approach of capacity assessment in psychiatry: a philosophical critique of the Mac CAT-T // The cognitive based approach of capacity assessment in psychiatry: a philosophical critique of the MacCAT-T. *Health Care Analysis*, 12(4), 273-283. <https://doi.org/10.1007/s10728-004-6635-x>
- Bundesärztekammer (2013). Stellungnahme der zentralen Kommission zur Wahrung ethischer Grundsätze in der Medizin und ihren Grenzgebieten - Zwangsbehandlung bei psychischen Erkrankungen. *Deutsches Ärzteblatt*, 110(26), A-1334/B-1170/C-1154.
- Bundesärztekammer. (2014). *Ärztestatistik*. https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/pdf-Ordner/Statistik2014/Stat14Ab-bTab.pdf

- Bundesministerium für Gesundheit (BMG). (2021). *Patientenrechte*.
<https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/praevention/patientenrechte/patientenrechte.html>
- BVerfG, Beschluss vom 16. Juli 2016, 1 BvL 8/15.
http://www.bverfg.de/e/ls20160726_1bvl000815.html
- Cairns, R., Maddock, C., Buchanan, A., David, A. S., Hayward, P., Richardson, G., Szmukler, G. & Hotopf, M. (2005). Prevalence and predictors of mental incapacity in psychiatric in-patients. *British Journal of Psychiatry*, 187(4), 379–385. <https://doi.org/10.1192/bjp.187.4.379>
- Candia, P. C. & Barba, A. C. (2011). Mental capacity and consent to treatment in psychiatric patients: the state of the research. *Current Opinion in Psychiatry*, 24(5), 442–446. <https://doi.org/10.1097/ycp.0b013e328349bba5>
- Candilis, P. J., Fletcher, K. E., Geppert, C. M. A., Lidz, C. W. & Appelbaum, P. S. (2008). A direct comparison of research decision-making capacity: schizophrenia/schizoaffective, medically ill, and non-ill subjects. *Schizophrenia Research*, 99(1-3), 350–358. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2007.11.022>
- Carney, M. T., Neugroschl, J., Morrison, R. S., Marin, D. & Siu, A. L. (2001). The Development and Piloting of a Capacity Assessment Tool. *Journal of Clinical Ethics*, 12(1), 17–23.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. Erlbaum.
- Cronbach, L. J. (1951). Coefficient alpha and the internal structure of tests. *Psychometrika*, 16(3), 297–334. <https://doi.org/10.1007/BF02310555>
- DGPPN. (2012, 16. Januar). *Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN) zum Urteil des Bundesverfassungsgerichts vom 23.03.2011 zur Zwangsbehandlung im Maßregelvollzug*. Berlin. Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN).
- DGPPN (2014). Achtung der Selbstbestimmung und Anwendung von Zwang bei der Behandlung psychisch erkrankter Menschen: Eine ethische Stellungnahme der DGPPN [Respect for self-determination and use of coercion in the treatment of mentally ill persons: an ethical position statement of the DGPPN]. *Der Nervenarzt*, 85(11), 1419–1431.
<https://doi.org/10.1007/s00115-014-4202-8> (Task Force "Ethik in Psychiatrie und Psychotherapie").
- DGPPN. (2019). *Die DGPPN - eine lebendige Fachgesellschaft*. Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN).
<https://www.dgppn.de/schwerpunkte/zahlenundfakten.html>

- Döring, N. & Bortz, J. (2016). *Forschungsmethoden und Evaluation in den Sozial- und Humanwissenschaften* (5. Aufl.). Springer. <https://doi.org/10.1007/978-3-642-41089-5>
- Duden. (2021a). *Autonomie*. <https://www.duden.de/rechtschreibung/Autonomie>
- Duden. (2021b). *Heteronomie*. <https://www.duden.de/rechtschreibung/Heteronomie>
- Dunn, L. B., Nowrangi, M. A., Palmer, B. W., Jeste, D. V. & Saks, E. R. (2006). Assessing decisional capacity for clinical research or treatment: a review of instruments. *American Journal of Psychiatry*, 163(8), 1323–1334. <https://doi.org/10.1176/ajp.2006.163.8.1323>
- Düwell, M. (2008). *Bioethik: Methoden, Theorien und Bereiche*. J. B. Metzler. <https://doi.org/10.1007/978-3-476-05008-3>
- Elbogen, E. B., Swanson, J. W., Appelbaum, P. S., Swartz, M. S., Ferron, J., van Dorn, R. A. & Wagner, H. R. (2007). Competence to complete psychiatric advance directives: effects of facilitated decision making. *Law and Human Behavior*, 31(3), 275–289. <https://doi.org/10.1007/s10979-006-9064-6>
- Elbogen, E. B., Swartz, M. S., van Dorn, R. A., Swanson, J. W., Kim, M. & Scheyett, A. (2006). Clinical Decision Making and Views About Psychiatric Advance Directives. *Psychiatric Services*, 57(3), 350–355. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.57.3.350>
- Flammer, E. & Steinert, T. (2015). Involuntary medication, seclusion, and restraint in German psychiatric hospitals after the adoption of legislation in 2013 // Involuntary Medication, Seclusion, and Restraint in German Psychiatric Hospitals after the Adoption of Legislation in 2013. *Frontiers in Psychiatry*, 6(6), Artikel 153. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2015.00153>
- Friedrich, O. & Heinrichs, J.-H. (2014). Autonomie als Rechtfertigungsgrund psychiatrischer Therapien. *Ethik in der Medizin*, 26(4), 317–330. <https://doi.org/10.1007/s00481-013-0284-2>
- Frueh, B. C., Knapp, R. G., Cusack, K. J., Grubaugh, A. L., Sauvageot, J. A., Cousins, V. C., Yim, E., Robins, C. S., Monnier, J. & Hiers, T. G. (2005). Patients' reports of traumatic or harmful experiences within the psychiatric setting. *Psychiatric Services*, 56(9), 1123–1133. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.56.9.1123>
- Gamm, G. & Hetzel, A. (Hrsg.). (2015). *Edition Moderne Postmoderne. Ethik – wozu und wie weiter?* (1. Aufl.). Transcript.
- Ganner, M. (2005). *Selbstbestimmung im Alter: Privatautonomie für alte und pflegebedürftige Menschen in Österreich und Deutschland*. Springer Rechtswissenschaft. Springer. <https://doi.org/10.1007/3-211-30869-5>

- Gather, J., Noeker, M. & Juckel, G. (Hrsg.). (2017). *LWL-Standard zur Vermeidung, Anwendung und Dokumentation von freiheitsentziehenden Maßnahmen und Zwangsbehandlungen in der Psychiatrie*. Pabst.
- Gather, J., Scholten, M., Efke, S., Potthoff, S., Braun, E., Faissner, M., Gailard, A.-S., Werning, A., Hempeler, C. & Juckel, K. (2021). The ethics of coercion: : Striking a balance between autonomy, well-being and security in psychiatry practice. https://www.dgsp-ev.de/fileadmin/user_files/dgsp/pdfs/PPPraesentationen_Vortraege/Sozialpsychiatrisches_Forschungsforum_2021/Staff_Attitudes_towards_Coercion_DGPS_Forschungsforum_2021.pdf
- Grisso, T., Appelbaum, P. S. & Hill-Fotouhi, C. (1997). The MacCAT-T: a clinical tool to assess patients' capacities to take treatment decisions // The MacCAT-T: a clinical tool to assess patients' capacities to make treatment decisions. *Psychiatric Services*, 48(48 // 11), 1415–1419. <https://doi.org/10.1176/ps.48.11.1415>
- Hammervold, U. E., Norvoll, R., Aas, R. W. & Sagvaag, H. (2019). Post-incident review after restraint in mental health care -a potential for knowledge development, recovery promotion and restraint prevention. A scoping review. *BMC Health Services Research*, 19(1), 235. <https://doi.org/10.1186/s12913-019-4060-y>
- Helmchen, H. (2021). Zwangsmaßnahmen in der Psychiatrie: praktische Konsequenzen ethischer Aspekte. *Der Nervenarzt*, 92(3), 259–266. <https://doi.org/10.1007/s00115-020-00998-7>
- Henderson, C., Brohan, E., Clement, S., Williams, P., Lassman, F., Schauman, O., Murray, J., Murphy, C., Slade, M. & Thornicroft, G. (2012). A decision aid to assist decisions on disclosure of mental health status to an employer: protocol for the CORAL exploratory randomised controlled trial. *BMC Psychiatry*, 12, 1–9. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-12-133>
- Henderson, C., Flood, C., Leese, M., Thornicroft, G., Sutherby, K. & Szmukler, G. (2004). Effect of joint crisis plans on use of compulsory treatment in psychiatry: single blind randomised controlled trial. *British Medical Journal (Clinical Research Edition)*, 329(7458), 136. <https://doi.org/10.1136/bmj.38155.585046.63>
- Henderson, C., Swanson, J. W., Szmukler, G., Thornicroft, G. & Zinkler, M. (2008). A Typology of Advance Statements in Mental Health Care. *Psychiatric Services*, 59(1), 63–71. <https://doi.org/10.1176/ps.2008.59.1.63>
- Hill, S. A., Mather, G. I. & James, A. J. B. (2006). Assessing decision-making capacity: a survey of psychiatrists' knowledge. *Medicine, Science, and the Law*, 46(1), 66–68. <https://doi.org/10.1258/rsmmsl.46.1.66>

- Hoff, P. (2008). Geschichte der Psychiatrie. In H.-J. Möller, G. Laux & H.-P. Kapfhammer (Hrsg.), *Psychiatrie und Psychotherapie: Band 1: Allgemeine Psychiatrie* (3. Aufl., S. 3–27). Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-540-33129-2_1
- Hoff, P. (2014). Zwangsmaßnahmen in der Psychiatrie. In B. S. Elger, N. Biller-Andorno & B. Rüttsche (Hrsg.), *Ethik und Recht in Medizin und Biowissenschaften* (S. 111–126). De Gruyter. <https://doi.org/10.1515/9783110285512.111>
- Kant, I. (2012). *Reclams Universal-Bibliothek. Grundlegung zur Metaphysik der Sitten: Reclams Universal-Bibliothek* (T. Valentiner, Hg.). Reclam.
- Kon, A. A., Davidson, J. E., Morrison, W., Danis, M. & White, D. B. (2016). Shared Decision Making in ICUs: An American College of Critical Care Medicine and American Thoracic Society Policy Statement. *Critical Care Medicine*, 44(1), 188–201. <https://doi.org/10.1097/CCM.0000000000001396>
- Lange, K. (2008). Erfahrene verändern die Psychiatrie: Europäisches Pilotprojekt EX-IN schafft Modelle der Nutzerbeteiligung. *Psychosoziale Umschau*, 23(1), 4–5.
- Lenk, H. & Maring, M. (2003). *Natur – Umwelt – Ethik*. LIT.
- Lepping, P., Stanly, T. & Turner, J. (2015). Systematic review on the prevalence of lack of capacity in medical und psychiatric settings // Systematic review on the prevalence of lack of capacity in medical and psychiatric settings. *Clinical Medicine Journal*, 15(15 // 4), 337–343. <https://doi.org/10.7861/clinmedicine.15-4-337>
- Liessmann, K., Zenaty, G. & Lacina, K. (2007). *Vom Denken: Einführung in die Philosophie* (5. Aufl.). Braumüller.
- Meyer-Drawe, K. (1998). Streitfall "Autonomie": Aktualität, Geschichte und Systematik einer modernen Selbstbeschreibung. In W. Bauer (Hrsg.), *Jahrbuch für Bildungs- und Erziehungsphilosophie: Bd. 1. Fragen nach dem Menschen in der umstrittenen Moderne* (S. 31–49). Schneider Hohengehren.
- Morán-Sánchez, I., Luna, A. & Pérez-Cárceles, M. D. (2016). Assessment of Capacity to Consent to Research Among Psychiatric Outpatients: Prevalence and Associated Factors. *Psychiatric Quarterly*, 87(1), 89–105. <https://doi.org/10.1007/s11126-015-9365-3>
- Nicaise, P., Lorant, V. & Dubois, V. (2013). Psychiatric Advance directives as a complex and multistage intervention: a realistic systematic review // Psychiatric Advance Directives as a complex and multistage intervention: a realist systematic review. *Health and Social Care in the Community*, 21(1), 1–14. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2524.2012.01062.x>

- Olsen, D. P. (2016). Ethically relevant differences in advance directives for psychiatric and end-of-life care // Ethically Relevant Differences in Advance Directives for Psychiatric and End-of-Life Care. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*, 22(1), 52–59.
<https://doi.org/10.1177/1078390316629958>
- Papageorgiou, A., King, M., Janmohamed, A., Davidson, O. & Dawson, J. (2002). Advance directives for patients compulsorily admitted to hospital with serious mental illness: Randomised controlled trial. *British Journal of Psychiatry*, 181(6). <https://doi.org/10.1192/bjp.181.6.513>
- Parliament of the United Kingdom (2005). Mental Capacity Act (MCA).
<https://www.legislation.gov.uk/ukpga/2005/9/contents>
- Pico della Mirandola, G. (1989). *Über die Würde des Menschen* (H. W. Rüssel, Übers.) (2. Aufl.). *Manesse-Bücherei: Bd. 8*. Manesse.
- Purser, K. J. & Rosenfeld, T. (2014). Evaluation of legal capacity by doctors and lawyers: the need for collaborative assessment. *The Medical Journal of Australia*, 201(8), 483–485. <https://doi.org/10.5694/mja13.11191>
- Ruchlewska, A., Wierdsma, A. I., Kamperman, A. M., van der Gaag, M., Smulders, R., Roosenschoon, B.-J. & Mulder, C. L. (2014). Effect of crisis plans on admissions and emergency visits: a randomized controlled trial. *PLoS ONE*, 9(3), Artikel e91882. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0091882>
- SAMW. (2017). *Zwangsmaßnahmen in der Medizin*. Bern.
- Scholten, M., Gieselmann, A., Gather, J. & Vollmann, J [Jochen] (2019). Psychiatric Advance Directives Under the Convention on the Rights of Persons With Disabilities: Why Advance Instructions Should Be Able to Override Current Preferences. *Frontiers in Psychiatry*, 10, 631.
<https://doi.org/10.3389/fpsy.2019.00631>
- Silberfeld, M. & Checkland, D. (1999). Faulty judgment, expert opinion, and decision-making capacity. *Theoretical Medicine and Bioethics*, 20(4), 377–393.
<https://doi.org/10.1023/a:1009980228440>
- Simon, A. (2016). Zwangsbehandlung bei Selbstgefährdung – Medizinethische Aspekte. In D. Coester-Waltjen, V. Lipp, E. Schumann & B. Veit (Hrsg.), *Göttlinger juristische Schriften: Bd. 19. Zwangsbehandlung bei Selbstgefährdung: 14. Göttinger Workshop zum Familienrecht 2015* (S. 55–64). Universitätsverlag.
- Sjöstrand, M., Karlsson, P., Sandman, L., Helgesson, G., Eriksson, S. & Juth, N. (2015). Conceptions of decision-making capacity in psychiatry: interviews

- with Swedish psychiatrists // Conceptions of decision-making capacity in psychiatry: interviews with Swedish psychiatrists. *BMC Medical Ethics*, 16(16), 34. <https://doi.org/10.1186/s12910-015-0026-8>
- Srebnik, D. & Russo, J. (2008). Use of psychiatric advance directives during psychiatric crisis events. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 35(4), 272–283. <https://doi.org/10.1007/s10488-008-0172-0>
- Stange, L. (2021). Midterm-Symposium der BMBF-Forschungsgruppe SALUS: „Zwang im Voraus planen? Risiken und Chancen von Odysseus-Verfügungen in der Psychiatrie“. *Ethik in der Medizin*, 1–4. <https://doi.org/10.1007/s00481-021-00667-6>
- Steiner, G. (1999). Selbstbestimmung und Assistenz. *Gemeinsam leben*, 7(3). <http://bidok.uibk.ac.at/library/gl3-99-selbstbestimmung.html>
- Steinert, T. & Hirsch, S. (2019). *S3-Leitlinie Verhinderung von Zwang: Prävention und Therapie aggressiven Verhaltens bei Erwachsenen* (1. Update 2018 (Langversion), Stand: 10.09.2018). Springer. <https://doi.org/10.1007/978-3-662-58684-6>
- Stoecker, R. (2014). Philosophie der Menschenwürde und die Ethik der Psychiatrie [Philosophy of human dignity and the ethics of psychiatry]. *Psychiatrische Praxis*, 41(S01), S19-25. <https://doi.org/10.1055/s-0034-1370002>
- Stone, D. H. (1993). Design a questionnaire. *British Medical Journal (Clinical Research Edition)*, 307(6914), 1264–1266. <https://doi.org/10.1136/bmj.307.6914.1264>
- Sturman, E. D. (2005). The capacity to consent to treatment and research: a review of standardized assessment tools // The capacity to consent to treatment and research: a review of standardized assessment tools. *Clinical Psychology Review*, 25(25 // 7), 954–974. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2005.04.010>
- Supady, A., Voelkel, A., Witzel, J., Gubka, U. & Northoff, G. (2011). How is informed consent related to emotions and empathy? An exploratory neuroethical investigation. *Journal of Medical Ethics*, 37(5), 311–317. <https://doi.org/10.1136/jme.2010.037937>
- Swanson, J. W., Tepper, M. C., Backlar, P. & Swartz, M. S. (2000). Psychiatric advance directives: an alternative to coercive treatment? *Psychiatry*, 63(2), 160–172. <https://doi.org/10.1080/00332747.2000.11024908>
- Swanson, J. W., van McCrary, S., Swartz, M. S., van Dorn, R. A. & Elbogen, E. B. (2007). Overriding psychiatric advance directives: factors associated with psychiatrists' decisions to preempt patients' advance refusal of hospitalization and medication. *Law and Human Behavior*, 31(1), 77–90. <https://doi.org/10.1007/s10979-006-9032-1>

- Swartz, M. S., Swanson, J. W., van Dorn, R. A., Elbogen, E. B. & Shumway, M. (2006). Patient Preferences for Psychiatric Advance Directives. *International Journal of Forensic Mental Health*, 5(1), 67–81.
<https://doi.org/10.1080/14999013.2006.10471231>
- Szasz, T. S. (1972). The Ethics of Addiction. *Journal of Drug Issues*, 2(1), 42–49.
<https://doi.org/10.1177/002204267200200109>
- Tögel, C. & Wellach, P. (Hrsg.). (2011). *Dämonen und Neuronen: Quellen zur Entwicklung der Psychiatrie, von der Antike bis zur Gegenwart* (1. Aufl.). SALUS-Institut; Schlüter.
- Tomoda, A., Yasumiya, R., Sumiyama, T., Tsukada, K., Hayakawa, T., Matsubara, K., Kitamura, F. & Kitamura, T. (1997). Validity and reliability of Structured Interview for Competency Incompetency Assessment Testing and Ranking Inventory // Validity and reliability of structured interview for competency incompetency assessment testing and ranking inventory. *Journal of Clinical Psychology*, 53(5), 443–450. [https://doi.org/10.1002/\(sici\)1097-4679\(199708\)53:5%3C443::aid-jclp4%3E3.0.co;2-o](https://doi.org/10.1002/(sici)1097-4679(199708)53:5%3C443::aid-jclp4%3E3.0.co;2-o)
- Vellinga, A., Smit, J. H., van Leeuwen, E., van Tilburg, W. & Jonker, C. (2004). Instruments to assess decision-making capacity: an overview // Instruments to assess decision-making capacity: an overview. *International Psychogeriatrics*, 16(4), 397–419. <https://doi.org/10.1017/S1041610204000808>
- Vollmann, J [Jochen]. (2008). *Patientenselbstbestimmung und Selbstbestimmungsfähigkeit: Beiträge zur Klinischen Ethik* (1. Aufl.). Kohlhammer.
- Vollmann, J [Jochen] & Vollmann, J [J.] (2014). Zwangsbehandlungen in der Psychiatrie: Eine ethische Analyse der neuen Rechtslage für die klinische Praxis [Compulsory treatment in psychiatry: an ethical analysis of the new legal regulations for clinical practice]. *Der Nervenarzt*, 85(5), 614–620.
<https://doi.org/10.1007/s00115-013-3866-9>
- Widdershoven, G. & Berghmans, R. (2001). Advance directives in psychiatric care: a narrative approach. *Journal of Medical Ethics*, 27(2), 92–97.
<https://doi.org/10.1136/jme.27.2.92>
- Wiesemann, C. (2013). Die Autonomie des Patienten in der modernen Medizin. In C. Wiesemann & A. Simon (Hrsg.), *Patientenautonomie: Theoretische Grundlagen – Praktische Anwendungen* (1. Aufl., S. 13–26). mentis.
https://doi.org/10.30965/9783897859661_003
- Wiesing, U., Jox, R. J., Hessler, H.-J. & Borasio, G. D. (2010). A new law on advance directives in Germany. *Journal of Medical Ethics*, 36(12), 779–783.
<https://doi.org/10.1136/jme.2010.036376>

Wittink, H. & Oosterhaven, J. (2018). Patient education and health literacy. *Musculoskeletal Science and Practice*, 38, 120–127.
<https://doi.org/10.1016/j.msksp.2018.06.004>

Yaddanapudi, S. & Yaddanapudi, L. N. (2019). How to design a questionnaire. *Indian Journal of Anaesthesia*, 63(5), 335–337.
https://doi.org/10.4103/ija.IJA_334_19

Anhang

Tabelle 13: Fragebogen der qualitativen Interviewstudie

A. Einwilligungsunfähigkeit				
In den komplexen Situationen von Zwangsmaßnahmen (u. a. Zwangsbehandlung) ziehen Sie als Psychiater/in in Ihrer Praxis bestimmte Kriterien heran, um das Fehlen von Einwilligungsfähigkeit zu beurteilen. Uns würde interessieren, welche Kriterien das sind und wie wichtig diese für ihre Beurteilung sind. ²				
Inwieweit treffen folgende Aussagen für Sie zu?				
Ein wichtiges Kriterium zur Bestimmung von <u>Einwilligungsunfähigkeit</u> im Kontext von Zwangsmaßnahmen ist für mich in der Praxis, dass der Patient aktuell...	trifft nicht zu	trifft eher nicht zu	trifft eher zu	trifft zu
	1	2	3	4
1. an einer lebensbedrohlichen Essstörung leidet.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. alle Therapieangebote trotz ausreichender Zuwendung und Vertrauensbildung ablehnt.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. an einer schweren Abhängigkeitserkrankung leidet.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. andere gefährdet.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. anders handelt, als seine Biografie erwarten lässt.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. anders handelt, als seine bisherigen Therapieziele erwarten lassen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Behandlungsangebote für seine gesundheitlichen Probleme nicht erkennt.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Bewusstseinsstörungen hat.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. seine Behandlungsentscheidung nicht mitteilen kann.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. durch seine Affekte gehindert ist, nach seinen rationalen Überzeugungen zu handeln.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. durch Zwänge in seinem Verhalten deutlich beeinflusst ist.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. entgegen seinen eigenen Überzeugungen handelt.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

² Männliche Formulierungen im Fragebogen beziehen sich auf alle Geschlechter.

13. inhaltliche Denkstörungen aufweist.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. formale Denkstörungen aufweist.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. Behandlungsalternativen und das Für und Wider seiner Entscheidung nicht abwägen kann.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16. Impulsdurchbrüche hat.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17. in seinen Überlegungen und Handlungen stark von sozialen Einflüssen geleitet ist.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18. einen Suizidversuch unternommen hat.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19. Wahnsymptome hat.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ein wichtiges Kriterium zur Bestimmung von <u>Einwilligungsunfähigkeit</u> im Kontext von Zwangsmaßnahmen ist für mich in der Praxis, dass der Patient aktuell...	trifft nicht zu	trifft eher nicht zu	trifft eher zu	trifft zu
	1	2	3	4
20. in seinem Sozialverhalten schwer gestört ist.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
21. Art, Bedeutung und Folgen der in Aussicht gestellten Behandlung nicht erfassen kann.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22. keine Krankheitseinsicht hat.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
23. keine passenden Mittel wählen kann, um seine eigenen Ziele umzusetzen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
24. auf der Grundlage des Aufklärungsgesprächs keine Entscheidung treffen kann.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
25. körperlich selbstschädigendes Verhalten zeigt, auch ohne Lebensgefahr.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
26. nicht nach objektiv guten Gründen (wie Vermeidung von Krankheit oder Tod) handelt.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
27. Suizidabsichten äußert.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
28. relevante Informationen aus dem Aufklärungsgespräch nicht verstehen und verarbeiten kann.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
29. relevante Informationen hinsichtlich der eigenen Lebenssituation nicht bewerten kann.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
30. schwere kognitive Defizite aufweist.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
31. seine Handlungen und Werthaltungen nicht kritisch reflektieren kann.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
32. eine halluzinatorische Symptomatik aufweist.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

33. seine Handlungsgründe nicht plausibel machen kann.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
34. seinen Alltag nicht selbstständig bewältigen kann.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
35. Störungen des Ich-Erlebens hat.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
36. selbstschädigendes Verhalten in der Lebensführung zeigt (z. B. Geldverschwendung).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
37. eine Störung der Affektivität aufweist.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
38. nicht entsprechend seiner Behandlungseinsicht handeln kann.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
40. eine ausgeprägte Angstsymptomatik zeigt.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
41. widersprüchliche Handlungswünsche hat.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
42. zeitlich, örtlich, situativ und zur Person nicht orientiert ist.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Andere:.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

B. Selbstgefährdung

Uns interessiert, anhand welcher Kriterien Sie eine erhebliche Selbstgefährdung in Ihrer Praxis bestimmen.

Inwieweit treffen folgende Aussagen für Sie zu?

Eine <u>erhebliche Selbstgefährdung</u> , die Zwangsmaßnahmen rechtfertigt, besteht für mich in der Praxis, wenn der Patient aktuell...	trifft nicht zu	trifft eher nicht zu	trifft eher zu	trifft zu
	1	2	3	4
1. seine Lebenspläne nicht verwirklichen kann.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Alkohol- oder Drogenintoxikationserscheinungen zeigt.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. selbstschädigendes Verhalten in der Lebensführung zeigt (z. B. Geldverschwendung).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. ohne Behandlung chronisch erkranken könnte.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. verwahrlost ist.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. an einer schweren Abhängigkeitserkrankung leidet.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. an einem lebensbedrohlichen Entzugsdelir leidet.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. seinen Alltag nicht selbstständig bewältigen kann.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. eine schwere Störung in seinem Sozialverhalten aufweist.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. körperlich selbstschädigendes Verhalten zeigt, auch ohne Lebensgefahr.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. durch Zwänge in seinem Verhalten deutlich beeinflusst ist.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. starke Impulsdurchbrüche zeigt.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. lebenswichtige medizinische Maßnahmen verweigert.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. an einer lebensbedrohlichen Essstörung leidet.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. in einem starken Erregungszustand ist.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16. einen Suizidversuch unternommen hat.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17. Wahnideen hat oder Stimmen hört, die ihn zu selbstschädigendem Verhalten auffordern.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

18. eine starke Störung der Affektivität aufweist.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19. Suizidabsichten äußert.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20. eine ausgeprägte Angstsymptomatik zeigt.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
21. eine schwere Bewusstseinsstörung hat.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Andere:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Andere:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

C. Rahmenbedingungen

Inwieweit treffen folgende Aussagen für Sie zu?	trifft nicht zu	trifft eher nicht zu	trifft eher zu	trifft zu
	1	2	3	4
1. Es gelingt mir häufig durch vermehrte Zuwendung einwilligungsunfähige Patienten von einer Behandlung zu überzeugen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Ich ziehe zu jeder Beurteilung der Notwendigkeit von Zwangsmaßnahmen einen weiteren Psychiater hinzu.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Ich verlasse mich bei Zwangsmaßnahmen auf die Urteilskraft des Richters.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Der Richter ist mir bei der Entscheidung über eine Zwangsmaßnahme eine wichtige Stütze.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Ich erwarte, dass der Richter meinen Antrag auf Zwangsmaßnahmen bewilligt.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Angehörige, Betreuer und vorbehandelnde Ärzte liefern mir wichtige Informationen, um die Notwendigkeit von Zwangsmaßnahmen zu beurteilen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Ich führe einen anerkannten Test (z. B. MacCAT-T) durch, um die Einwilligungsfähigkeit zu beurteilen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Ich verlasse mich bei der Beurteilung der Einwilligungsfähigkeit auf meine Erfahrung.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Bei einwilligungsunfähigen Patienten frage ich nach Dokumenten der Vorausplanung (z. B. psychiatrische Patientenverfügung, Behandlungsvereinbarungen).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Bei einwilligungsunfähigen Patienten handle ich so weit wie möglich nach den Inhalten von Dokumenten der Vorausplanung.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Dokumente der Vorausplanung helfen Zwangsmaßnahmen zu verhindern.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Zu einer leichteren Operationalisierung der Kriterien „Einwilligungsunfähigkeit“ und „Selbstgefährdung“ im Rahmen von Zwangsmaßnahmen wünsche ich mir:				

Danksagung

Mein erster Dank gilt Herrn Prof. Dr. med. Georg Marckmann für die Aufnahme in das Institut für Ethik, Geschichte und Theorie der Medizin und die Betreuung der Doktorarbeit. Besonders danke ich Frau Jun. Prof. Dr. med. Dr. phil. Orsolya Friedrich für die Bereitstellung des Themas und für die kompetente Anleitung sowie die kontinuierliche Betreuung des Projektes. Ich bedanke mich ebenso bei den Mitarbeitern des Instituts für Ethik, Geschichte und Theorie der Medizin sowie Herrn Prof. Dr. med. Oliver Pogarell für ihre konstruktiven Anmerkungen zur quantitativen Interviewstudie. Des Weiteren danke ich Herrn Dr. med. Tobias Skuban und Herrn Dr. med. Matthias Nörtemann für ihre Teilnahme am Prätest des Fragebogens. Bei Frau Stefanie Nörtemann möchte ich mich sehr für ihre Hilfe bei der statistischen Auswertung der Ergebnisse bedanken. Ein besonderer Dank gilt Frau Julia Holzhausen für die Teilnahme am DGPPN Kongress 2014 und die Erlaubnis für die Befragungen. Ebenso danke ich den Kollegen aus dem ZPM des Universitätsklinikums Heidelberg für ihre Teilnahme an den qualitativen Interviews, deren Ergebnisse miteinfließen in die Arbeit an der Fragebogenstudie. Zuletzt danke ich den Ärzten, die wir auf dem DGPPN Kongress 2014 befragen durften, für ihre Teilnahme an der Umfrage.

Affidavit



Eidesstattliche Versicherung

Krüger, Robert

Name, Vorname

Ich erkläre hiermit an Eides statt, dass ich die vorliegende Dissertation mit dem Titel:

Selbstbestimmungsunfähigkeit und Selbstgefährdung bei Zwangsmaßnahmen und Zwangsbehandlung in der Psychiatrie: eine empirisch-ethische Untersuchung

selbständig verfasst, mich außer der angegebenen keiner weiteren Hilfsmittel bedient und alle Erkenntnisse, die aus dem Schrifttum ganz oder annähernd übernommen sind, als solche kenntlich gemacht und nach ihrer Herkunft unter Bezeichnung der Fundstelle einzeln nachgewiesen habe.

Ich erkläre des Weiteren, dass die hier vorgelegte Dissertation nicht in gleicher oder in ähnlicher Form bei einer anderen Stelle zur Erlangung eines akademischen Grades eingereicht wurde.

Gars Bahnhof, 25.01.2023

Robert Krüger