

RISIKO

GRUNDLAGEN

Was «Risiko und Recht»
mit einer Just Culture zu
tun haben sollten
(Gastbeitrag)
[Mark Roth]

POLIZEI & MILITÄR

Demografie, Delinquenz
und psychische Störungen
bei jungen Erwachsenen
mit einer Massnahme nach
Art. 61 StGB

[Elisa Lanzi / Jana Dreyer /
Christoph Sidler / Karoline
Niedenzu / Évi Forgó Baer /
Carmelo Campanello /
Andreas Wepfer / Thierry
Urwyler / Francesco
Castelli / Marc Graf /
Marcel Aebi]

Amtsmissbrauch:
Polizist:innen vor Gericht:
Ein Blick auf Art. 312 StGB
mit Fokus auf die Zwangs-
anwendung durch
Angehörige der Polizei
[Jan Imhof]

Elektrokonvulsionstherapie
unter Zwang im stationären
Massnahmenvollzug
[Lena Machetanz / Michael
Pommerehne / Gian Ege /
Madeleine Kassar / Elmar
Habermeyer / Johannes
Kirchebner]

RISIKO & RECHT

AUSGABE 01 / 2025

RECHT

RISIKO RECHT

Risiko & Recht macht es sich zur Aufgabe, Rechtsfragen der modernen Risikogesellschaft zu analysieren. Berücksichtigung finden Entwicklungen in verschiedensten Gebieten, von denen Sicherheitsrisiken für Private, die öffentliche Ordnung, staatliche Einrichtungen und kritische Infrastrukturen ausgehen. Zu neuartigen Risiken führt zuvorderst der digitale Transformationsprozess und der damit verbundene Einsatz künstlicher Intelligenz; des Weiteren hat die Covid-Pandemie Risikopotentiale im Gesundheitssektor verdeutlicht und auch der Klimawandel zwingt zu umfassenderen Risikoüberlegungen; schliesslich geben gesellschaftliche Entwicklungen, u.a. Subkulturenbildung mit Gewaltpotential, Anlass zu rechtlichen Überlegungen. Risiko und Recht greift das breite und stets im Wandel befindliche Spektrum neuartiger Risikosituationen auf und beleuchtet mit Expertenbeiträgen die rechtlichen Herausforderungen unserer Zeit.

Editorial 4

GRUNDLAGEN

GASTBEITRAG:

Was «Risiko und Recht» mit einer Just Culture zu tun
haben sollten

[Mark Roth] 6

POLIZEI & MILITÄR

Demografie, Delinquenz und psychische Störungen bei
jungen Erwachsenen mit einer Massnahme nach Art. 61 StGB

[Elisa Lanzi / Jana Dreyer / Christoph Sidler / Karoline
Niedenzu / Évi Forgó Baer / Carmelo Campanello / Andreas
Wepfer / Francesco Castelli / Thierry Urwyler / Marc
Graf / Marcel Aebi]

14

Amtsmissbrauch: Polizist:innen vor Gericht – Ein Blick auf
Art. 312 StGB mit Fokus auf die Zwangsanwendung durch
Angehörige der Polizei

[Jan Imhof] 44

Elektrokonvulsionstherapie unter Zwang im stationären
Massnahmenvollzug

[Lena Machetanz / Michael Pommerehne / Gian Ege / Madeleine
Kassar / Elmar Habermeyer / Johannes Kirchebner]

65

Editorial

Sehr geehrte Damen und Herren

Die vorliegende Ausgabe 1/2025 der Risiko & Recht deckt ein breites Themenspektrum aktueller Sicherheitsfragen ab. Eingangs untersucht der Autor Mark Roth in seinem Gastbeitrag was «Risiko und Recht» mit einer Just Culture zu tun haben sollten. Gemeint ist die «Redlichkeitskultur», die in Hochrisikobranchen wie der Luftfahrt und der Medizin eine zunehmend zentrale Bedeutung erlangt.

Die Autorinnen und Autoren Elisa Lanzi, Jana Dreyer, Christoph Sidler, Karoline Niedenzu, Évi Forgó Baer, Carmelo Campanello, Andreas Wepfer, Francesco Castelli, Thierry Urwyler, Marc Graf und Marcel Aebi setzen sich in einem weiteren Beitrag mit Demografie, Delinquenz und psychischer Störungen bei jungen Erwachsenen mit einer Massnahme nach Art. 61 StGB auseinander. Hiernach besteht in der Schweiz die Möglichkeit, bei einer zum Tatzeitpunkt 18-25-jährigen Person, bei welcher eine erhebliche Störung der Persönlichkeitsentwicklung im Zusammenhang mit dem Tatverhalten sowie dem Rückfallrisiko besteht, eine spezifische, auf das Alter zugeschnittene Massnahme anzuordnen.

Jan Imhof setzt sich mit dem Strafverfahren gegen Angehörige der Polizei auseinander. In seinem Beitrag behandelt er die rechtliche Überprüfung polizeilichen Handelns unter dem Gesichtspunkt des Strafrechts.

Schliesslich befassen sich die Autorinnen und Autoren Lena Machetanz, Michael Pommerehne, Gian Ege, Madeleine Kassar, Elmar Habermeyer und Johannes Kirchebner mit der Elektrokonvulsionstherapie unter Zwang im stationären Massnahmenvollzug. Sie gehen aus medizinischer, ethischer und juristischer Perspektive der Frage nach, ob ein psychisch kranker Mensch mit therapierefraktärer Schizophrenie und fehlenden Rehabilitationsperspektiven auch gegen seinen Willen einer Elektrokonvulsionstherapie unterzogen werden darf.

Wir wünschen Ihnen, geschätzte Leserinnen und Leser, eine anregende Lektüre und erlauben uns noch auf die Möglichkeit eines [Print-Abonnements](#) hinzuweisen.

Tilman Altwicker
Dirk Baier
Goran Seferovic
Franziska Sprecher
Stefan Vogel
Sven Zimmerlin

Elektrokonvulsionstherapie unter Zwang im stationären Massnahmenvollzug*

Lena Machetanz / Michael Pommerehne / Gian Ege /
Madeleine Kassar / Elmar Habermeyer / Johannes Kirchebner**

Die forensische Psychiatrie hat ein Doppelmandat: Sie zielt nicht nur darauf ab, das individuelle Leiden eines Patienten oder einer Patientin zu lindern, sondern auch das Risiko von erneuten Gewalttaten aufgrund der Erkrankung zu reduzieren. Dabei stehen Fachpersonen oft vor der Herausforderung, mit schweren psychiatrischen Erkrankungen umzugehen, die auch auf intensive therapeutische Bemühungen nicht hinreichend ansprechen.

In diesem Spannungsfeld liegt die Verantwortung darin, ärztliches Handeln an medizinischen und ethischen Prinzipien auszurichten und gleichzeitig gesetzlichen Vorgaben zu folgen. Anhand eines Fallbeispiels aus der Schweiz wird deutlich gemacht, wie diese Herausforderung konkret werden kann: Die Frage, ob ein psychisch kranker Mensch mit therapierefraktärer Schizophrenie und fehlenden Rehabilitationsperspektiven auch gegen seinen Willen einer Elektrokonvulsionstherapie unterzogen werden darf, wird aus medizinischer, ethischer und juristischer Perspektive beleuchtet.

* Dieser Aufsatz wurde in der Zeitschrift psychopraxis.neuropraxis am 19. August 2024 erstveröffentlicht. Die identische Zweitveröffentlichung erfolgt, um eine breitere juristische Leserschaft zu erreichen.

** Dr. med. LENA MACHETANZ, Oberärztin a.i., Erwachsenenpsychiatrie und Psychotherapie, Psychiatrische Universitätsklinik Zürich; RA MLaw MICHAEL POMMEREHNE, Rechtsanwalt bei Kellerhals-Carrard und ehemaliger wissenschaftlicher Assistent von Prof. Dr. iur. Gian Ege; Prof. Dr. iur. GIAN EGE, Assistenzprofessor für Strafrecht und Strafprozessrecht, an der Universität Zürich; Dr. MADELEINE KASSAR, Leiterin MRV, kbo-Isar-Amper-Klinikum, kbo-Klinik für Forensische Psychiatrie und Psychotherapie Taufkirchen (Vils); Prof. Dr. med. ELMAR HABERMEYER, Direktor Forensische Psychiatrie und Psychotherapie der Psychiatrischen Universitätsklinik Zürich; PD Dr. med. JOHANNES KIRCHEBNER, Leitender Arzt an der Psychiatrischen Universitätsklinik Zürich.

Inhalt

I. Einleitung	66
II. Falldarstellung	67
III. EKT aus forensisch-psychiatrischer Sicht	70
IV. Ethische Aspekte	73
V. Juristische Aspekte	76
VI. Konklusion	78
Literaturverzeichnis	79

I. Einleitung

Die forensische Psychiatrie verpflichtet sich im Sinne eines «Doppelmandats» nicht primär, das individuelle Leiden eines Patienten zu mildern, sondern vor allem das Risiko erneuter, aus der Erkrankung resultierender Gewalttaten zu reduzieren. Hierbei ist sie immer wieder konfrontiert mit therapierefraktären Verläufen schwerer psychiatrischer Grunderkrankungen. In diesem besonderen Spannungsfeld besteht die besondere Verantwortung, das ärztliche Handeln nach medizinischen und ethischen Maximen auszurichten und sich an die rechtlichen Vorgaben zu halten. Im Folgenden soll dieses Spannungsfeld anhand eines Fallbeispiels, welches nach Kenntnis der Autoren ein Novum in der Schweiz darstellt, illustriert werden: Die Frage, ob ein psychisch erkrankter Mensch auch nach zwangsweiser Anordnung einer Elektrokonvulsionstherapie unterzogen werden darf.

Vor Erstellung dieses Fallberichts wurden der betroffene Patient wie auch sein Beistand umfassend über die Rahmenbedingungen dieser Arbeit aufgeklärt. Dies beinhaltete insbesondere auch den Hinweis darauf, dass trotz Ausschlusses von Informationen, welche Rückschlüsse auf die Identität des Betroffenen ermöglichen, aufgrund der Einzigartigkeit des Falls eine Anonymisierung nur bedingt möglich ist. Die Aufklärung des Patienten erfolgte durch eine nicht in Behandlungs- und Lockerungsentscheidungen eingebundene Ärztin. Sowohl der Patient wie auch der Beistand erteilten ihr schriftliches Einverständnis zur Erstellung dieses Artikels. Hier muss angemerkt werden, dass der Patient aufgrund seiner krankheitsbedingten gravierenden Einschränkungen als nicht urteilsfähig bezüglich einer Publikation seines Falls angesehen werden muss. Entsprechend der ethischen Richtlinien war es uns jedoch ein Anliegen, nicht

nur dem Beistand, sondern auch dem Betroffenen zumindest die Gelegenheit zur Willensäusserung zu geben und diese zu würdigen.

II. Falldarstellung

Der zum Zeitpunkt seiner Einweisung ins Zentrum für Stationäre Forensische Therapie der Psychiatrischen Universitätsklinik Zürich (ZSFT) 24-jährige Patient kam in Ostafrika zur Welt. Die Mutter verliess die Familie im frühen Kindesalter des Patienten, sodass dieser nach der Emigration des Vaters in die Schweiz bei der Grossmutter aufwuchs. Nachdem der Vater erfolgreich einen Familiennachzug beantragt hatte, erhielt der Junge einen Asylstatus und zog mit 14 Jahren zum Vater sowie dessen neuer Familie. Er besuchte zunächst die Schule und spielte in seiner Freizeit Teamsport bei zwei Vereinen.

Aufgrund rasch einsetzender Konflikte mit dem Vater kam es jedoch kurz nach der Einreise zu einer Platzierung in einer Pflegefamilie und in der Folge zu einem Platzierungsversuch in einer betreuten Jugendwohneinrichtung. Auch dieser gestaltete sich aufgrund wiederholter Schlägereien sowie eines intensiven Cannabiskonsums des Patienten schwierig. Kurz vor Erreichen der Volljährigkeit geriet der Patient erstmalig mit dem Gesetz in Konflikt, nachdem er sich nach Pöbeleien den Anweisungen der hinzugezogenen Beamten widersetzte und kurze Zeit später den Leiter der Wohneinrichtung attackierte und drohte, ihn mit Benzin zu überschütten. Es folgte die erste psychiatrische Hospitalisierung per fürsorgerischer Unterbringung. Hier erklärte der Patient viele der Konflikte damit, dass er sich von Mitbewohnern bedroht und über Kameras auf den Toiletten beobachtet gefühlt habe.

Nach Ausschluss einer organischen Erkrankung mittels EEG und MRT wurde die Erstdiagnose einer paranoiden Schizophrenie (ICD-10: F20.0 [International Classifications of Diseases and Related Health Problems]) gestellt. Ein Therapieversuch mit 8 mg Risperidon führte zu einem Rückgang der Symptomatik, wenngleich sich der Behandlungsverlauf aufgrund fehlender Kooperation unverändert schwierig gestaltete. Es folgten unstete Jahre mit Verlust diverser Wohnplätze aufgrund von Regelbrüchen und Konflikten, zwischenzeitlicher Obdachlosigkeit und wiederholter Selbst- sowie fürsorgerischer Fremdzuweisung in psychiatrische Kliniken. Zusätzlich zu einer produktiv-psychotischen Symptomatik mit Grössenwahn, Beeinträchtigungserleben und Halluzinationen diverser Sinnesmodalitäten fiel der Patient zunehmend auch durch distanzgemindertes bis klar grenzüberschreitendes und delinquentes Verhalten auf, z.B. durch Bespucken einer Servicekraft, nicht eingrenzbarer Konsum und Handel von Cannabis in Kliniken und Wohneinrichtungen, Gewaltandrohung

sowie sexuelle Belästigung von Mitpatientinnen und sexuelle Nötigung einer Pflegefachfrau.

Auch die medikamentöse Behandlung blieb trotz diverser polypharmazeutischer Therapieversuche erfolglos: Ein im Alter von 20 Jahren kurzzeitig etabliertes Paliperidondepot zeigte unzureichende Wirksamkeit, die Zugabe von Olanzapin, Lurasidon, Quetiapin, Benzodiazepinen oder Valproat ebenso. Der zusätzliche Einsatz von Clozapin blieb durch fehlende Compliance aufgrund eines aufgetretenen Tremors limitiert. 2019 wurde der Patient schliesslich gerichtlich wegen sexueller Nötigung, Exhibitionismus, mehrfacher sexueller Belästigung, Gewalt und Drohung gegen Behörden und Beamte sowie Hinderung einer Amtshandlung verurteilt. Im Rahmen der Begutachtung wurde die Vordiagnose einer paranoiden Schizophrenie sowie eines schädlichen Cannabisgebrauchs bestätigt. Die Delikte liessen sich der Sachverständigenmeinung nach auf eine psychopathologisch bedingte Dissozialität mit Verlust des Werte- und Normengefüges sowie die erhöhte Aggressionsbereitschaft und mangelnde Impulskontrolle im chronifiziert psychotischen Zustandsbild zurückführen.

Aufgrund der vom Gutachter festgestellten erheblich geminderten, wenn nicht gar aufgehobenen Steuerungsfähigkeit zu den Tatzeitpunkten galt der Patient als schuldunfähig. Aufgrund des anhaltend hohen Risikos für erneute einschlägige Delikte wurde eine stationäre Massnahme nach Art. 59 StGB¹ angeordnet. Für diese wurde der damals 22-jährige Patient im Februar 2020 in eine schweizerische forensisch-psychiatrische Institution eingewiesen. Hier präsentierte er sich mit einem hochakuten, polymorph-psychotischen Zustandsbild mit Submutismus, katatoner Komplexsymptomatik, bizarrem Grössenwahn, Halluzinationen und ausgeprägter Hostilität. Teilweise kam es aufgrund situativer Verknennung zu unabsichtlicher Selbstverletzung, etwa durch das Verschlucken glimmender Zigarettenstummel. Die Pharmakotherapie schlug trotz intensiver Bemühung und verschiedener Kombinationsversuche nicht in befriedigender Weise an: Auf die anfangs etablierte Therapie mit 30 mg Olanzapin und 20 mg Diazepam sprach der Patient nicht an, ebenso wenig auf eine Kombination aus 9 mg Paliperidon und 4 mg Lorazepam.

Nach einer erneuten Umstellung auf 15 mg Olanzapin, 6 mg Haloperidol und Zuclopenthixol war vereinzelt eine Integration in die Patientengruppe möglich, sie musste jedoch aufgrund wiederholter heftiger raptusartiger Fremdaggression abgebrochen werden. Nachdem auch noch das Haloperidol aufgrund

¹ Schweizerisches Strafgesetzbuch vom 21. Dezember 1937 (StGB, SR 311.0).

einer okulogyren Krise mit Pleurothotonus ausgeschlichen werden musste, blieb der Patient aufgrund der anhaltenden Fremdaggression über mehrere Monate durchgehend im geschlossenen Intensivzimmer, wo er vom hausinternen Sicherheitsdienst betreut werden musste. Eine Therapieteilnahme war zu keinem Zeitpunkt möglich.

Im Juni 2020 wurde der Patient schliesslich aufgrund des stagnierenden Verlaufs einer anderen forensisch-psychiatrischen Institution zugewiesen. Auch hier blieb die psychische Verfassung des Patienten desolat: Neben erheblichen kognitiven Funktionseinbussen und anhaltendem Grössenwahn stand mittlerweile ein ausgeprägtes katatonisches Zustandsbild mit Stereotypien, Rigor, Echolalie, Haltungsverharren und wiederholten, raptusartigen Erregungszuständen im Vordergrund. Mehrfach kam es zu unvermittelten Angriffen auf Mitpatienten sowie auf Personal. Entsprechend sah sich die behandelnde Institution gezwungen, den Patienten auch weiterhin weitgehend von der übrigen Patientengruppe abgeschirmt zu betreuen.

Im September 2020 wurde erstmals die Möglichkeit einer Elektrokonvulsions-therapie (EKT) eingehend geprüft, mit welcher sich der Patient zunächst einverstanden erklärte, dieses Einverständnis nach ausführlicher Aufklärung über die Intervention zwischenzeitlich wieder zurückzog, dann wieder erteilte. Verschiedene pharmakotherapeutische Versuche zeigten sowohl im Hochdosisbereich wie auch in Kombination keinen zufriedenstellenden Effekt. Auch eine zwischenzeitlich mit Clozapin etablierte Therapie erbrachte keine Zustandsbesserung. Zusätzlich traten vermehrt Nebenwirkungen auf, wie etwa eine ausgeprägte therapieresistente Hypersalivation und intermittierende Tachykardie.

Nachdem es im März und April 2021 zu insgesamt drei Angriffen auf Pflegefachkräfte kam, wurde der Patient zusätzlich zur Isolation einer 24-stündigen mobilen Fixation unterzogen – es gelang immer nur intermittierend, diese Sicherungsmassnahmen aufzuheben. Um die Betreuung des Patienten weiterhin adäquat zu gewährleisten, aber auch in Rücksichtnahme auf die ohnehin im psychiatrischen Sektor knapp bemessenen Personalressourcen, wurde eine Vollzeitbetreuung durch einen Sicherheitsdienst etabliert.

Aufgrund des über nunmehr fast eineinhalb Jahre vollends stagnierenden Verlaufs des noch recht jungen Patienten bei leitlinienkonform ausgeschöpfter Pharmakotherapie ohne erwartbares Erreichen des Massnahmenziels beantragte die Massnahmenvollzugseinrichtung schliesslich die zwangsweise Durchführung einer EKT. Ein entsprechendes forensisch-psychiatrisches Sachverständigengutachten befürwortete dies in Abwägung des potenziellen

Nutzens sowie der möglichen Nebenwirkungen. Im April 2022 hiess das Amt für Justizvollzug und Wiedereingliederung des Kantons Zürich die Durchführung der EKT für eine Dauer von maximal sechs Monaten gut. Ein vom Rechtsbeistand des Patienten hiergegen aufgrund des hypothetischen Patientenwillens eingelegter Rekurs wurde vonseiten der Direktion der Justiz und des Innern im Juli 2022 abgewiesen. Das schweizerische Bundesgericht entschied allerdings mit Urteil vom 22. Februar 2023 letztinstanzlich, dass die Vollzugsbehörde nicht zuständig für die Anordnung der zwangsweisen Durchführung der EKT war.²

III. EKT aus forensisch-psychiatrischer Sicht

Während die EKT in den 1940er- und frühen 1950er-Jahren häufig und regelmässig bei Patienten mit akuter Psychose eingesetzt wurde, ging ihr Einsatz in der Behandlung einer Schizophrenie-Spektrum-Störung (SSS) mit der Entwicklung antipsychotischer Medikamente deutlich zurück.³ Diese Entwicklung war auch in erheblichem Masse von der in den 1970er-Jahren teilweise intensiven, aber auch wenig sachlichen Debatte um die EKT getrieben: Basierend auf den Erfahrungen bis in die frühen 1950er-Jahre, als die Behandlung im Gegensatz zu heute ohne Narkose durchgeführt wurde und somit erheblich mehr Nebenwirkungen mit sich brachte, galt die EKT aufgrund ihrer Risiken als überholtes Verfahren.⁴ Filme wie Miloš Formans «Einer flog über das Kuckucksnest» trugen zur negativen gesellschaftlichen Wahrnehmung der EKT als Ausdruck repressiv-paternalistischer, ja gar missbräuchlicher, inhumaner Psychiatrie bei.⁵

Der mittlerweile vor allem in Europa zurückhaltende Einsatz der EKT ist jedoch aus fachlicher Sicht ungerechtfertigt: Trotz unzureichender Studiendaten – unter anderem bedingt durch den eher stiefmütterlichen Einsatz der Intervention – konnten bei Auswertung klinischer Studien deutliche Hinweise erbracht werden, dass die Kombination aus EKT und antipsychotischer Pharmakotherapie bei therapierefraktären Verläufen, wie dem hier dargestellten Fall, von Nutzen sein kann.⁶ In einer prospektiven randomisierten Studie konnten PETRIDES ET AL. für etwa die Hälfte aller eingeschlossenen Patienten

² Urteil des Bundesgerichts 6B_1322/2022 vom 22. Februar 2023.

³ LEHNHARDT/KONKOL/KUHN, 501 ff.; ENDLER, 5 ff.; SANGHANI/PETRIDES/KELLNER, 213 ff.

⁴ CHIKERE/VOCKE/GRÖZINGER, 59 ff.

⁵ FOLKERTS, 314 f.; JARCHOW, 1 ff.

⁶ HASKETT/LOO, 196 ff.; CHANPATTANA/ANDRADE, 4 ff.; PAINULY/CHAKRABARTI, 59 ff.

mit zuvor Clozapin-refraktärer SSS ein Ansprechen verzeichnen.⁷ Zu einer ähnlichen Response-Rate kamen LALLY ET AL. in einem systematischen Review.⁸

Dies deckt sich mit Ergebnissen früher kontrollierter Studien, welche insbesondere bei Kombination von Clozapin als potentes Antipsychotikum mit der EKT in bis zu 70 % der zuvor therapierefraktären Fälle ein Ansprechen verzeichnen konnten⁹ (wenngleich hier einschränkend bemerkt werden muss, dass es sich jeweils um kleine Fallzahlen handelte). Entsprechend wird die augmentative EKT von internationalen Leitlinien für therapierefraktäre Patienten empfohlen.¹⁰ Dies, obwohl der genaue Wirkmechanismus der EKT bei SSS noch nicht abschliessend erschlossen ist. In der Literatur werden unter anderem Einflüsse auf diverse Neurotransmittersysteme, Zytokinlevel wie auch auf die neuronale Plastizität genannt.¹¹ Unklarheiten bestehen auch in weiten Teilen noch darüber, welche Symptome am ehesten Ziel der Intervention sein können.

Für die katatone Symptomdomäne wird die EKT in zahlreichen Leitlinien sogar als Therapie der ersten Wahl angesehen (und ist im geschilderten klinischen Fall entsprechend durchaus aus medizinischer Sicht vertretbar bzw. indiziert.¹² Die American Psychiatric Association sowie THARYAN/ADAMS empfehlen die Augmentation der EKT auch bei Patienten, die aufgrund einer besonderen Schwere der Erkrankung eines raschen Ansprechens bedürfen.¹³ Aufgrund der guten Evidenz für die Wirksamkeit der EKT bei depressiven Störungen wurde auch diskutiert, ob möglicherweise Patienten mit einer ausgeprägten affektiven Komponente profitieren könnten.¹⁴ Dies liess sich jedoch in Folgestudien nicht klar belegen.¹⁵

Betrachtet man die Risiken der EKT, so zeigt sich eine deutliche Diskrepanz zwischen der gesellschaftlichen Wahrnehmung und dem tatsächlich wissenschaftlich ermittelten Risiko. Mit einer Mortalität von 1:100.000 – einer Rate, die bei Eingriffen in Kurzzeitznarkose üblich ist – handelt es sich bei der EKT um ein sehr sicheres Verfahren.¹⁶ Häufigste Nebenwirkung sind reversible,

⁷ PETRIDES ET AL., 52 ff.

⁸ LALLY ET AL., 215 ff.

⁹ HAVAKI-KONTAXAKI ET AL., 52 ff.; MASOUDZADEH/KHALILIAN, 4287 ff.; KUPCHIK ET AL., 14 ff.

¹⁰ ALI ET AL., 75 ff.; KEEPERS ET AL., 868 ff.; GAEBEL/HASAN/FALKAI, 1 ff.

¹¹ JIANG/WANG/LI, 339 ff.

¹² ZERVAS/THELERITIS/SOLDATOS, 96 ff.

¹³ KEEPERS ET AL., 868 ff.; THARYAN/ADAMS.

¹⁴ CHANPATTANA/ANDRADE, 4 ff.; JOHNS/THOMPSON, 607 ff.

¹⁵ ZERVAS/THELERITIS/SOLDATOS, 96 ff.

¹⁶ BRUHN, 1700 f.; KAYSER ET AL., 81 ff.

also vorübergehende kognitive Funktionseinbußen im Sinne von Kurzzeitgedächtnisstörungen.¹⁷ Andere beschriebene Nebenwirkungen, wie Kopfschmerzen, Muskelschmerzen oder Schwindel, treten in der Regel in milder Form auf und bilden sich ebenfalls zurück.¹⁸ Die EKT gilt auch in Kombination mit Antipsychotika als sicher.¹⁹ Hier muss auch berücksichtigt werden, dass Antipsychotika, welche mit weit weniger Zurückhaltung als die EKT und insbesondere in der forensischen Psychiatrie im Hochdosisbereich eingesetzt werden, in keiner Weise ohne Risiken und Nebenwirkungen sind.²⁰ Bei Patienten, welche eine Langzeitmedikation mit Clozapin erhalten, zeigt sich eine Mortalität von bis zu 6,7:100.000.²¹ Nebenwirkungen der Antipsychotika sind vielgestaltig und betreffen unter anderem das Herz-Kreislauf-System in Form von Herzrhythmusstörungen, Tachykardie und posturaler Instabilität; ausserdem erhöhen sie das Risiko für Gewichtszunahme, Dyslipidämie und Diabetes.²² Hinzu kommen extrapyramidale Nebenwirkungen wie zum Beispiel Akathisie, welche für die Patienten mitunter derart quälend sind, dass sie die Therapie abbrechen.²³ Es zeigt sich also, dass die EKT ungerechtfertigterweise als überdurchschnittlich gefährlich angesehen wird.

Zur Anwendung der EKT in der forensischen Psychiatrie liegen nur wenige empirische Daten vor: Zwar scheint die relative Indikation vergleichbar mit der Allgemeinpsychiatrie zu sein, jedoch erfolgt der Einsatz einer EKT deutlich seltener.²⁴ In einer kürzlich erschienenen Studie von BESSE ET AL. zum Stellenwert und Bedarf der EKT im forensisch-psychiatrischen Behandlungskontext, in welcher 79 Massnahmenvollzugseinrichtungen abgebildet wurden, gaben die befragten behandelnden Ärzte an, bei Anwendung der EKT durchschnittlich eine deutliche Besserung des klinischen Gesamtzustands erzielt zu haben.²⁵ Gleichzeitig sahen 21% der forensisch-psychiatrischen Institutionen zwar bei ihren Patienten eine Indikation zur EKT, wandten diese aber schlussendlich trotz Durchführbarkeit nicht an. Dies wurde einerseits mit strukturellen Hindernissen und den erhöhten Sicherheitsvorschriften begründet, welche die Durchführbarkeit erschwerten, andererseits auch mit ethischen und juristischen Bedenken.

¹⁷ BRUHN, 1700 f.; INGRAM/SALING/SCHWEITZER, 3 ff.

¹⁸ TREVINO/MCCLINTOCK/HUSAIN, 186 ff.

¹⁹ BRAGA/PETRIDES, 75 ff.

²⁰ MACHETANZ ET AL., 3243.

²¹ VERMEULEN ET AL., 315 ff.

²² ARANA, 5 ff.

²³ SHIRZADI/GHAEMI, 152 ff.; CITROME/VOLAVKA, 49 ff.

²⁴ WITZEL/HELD/BOGERTS, 129 ff.

²⁵ BESSE ET AL., 9 ff.

IV. Ethische Aspekte

Der vorliegende Fallbericht beleuchtet unterschiedliche Formen der Ausübung von Zwang. Schon die strafrechtliche Unterbringung in der forensischen Psychiatrie stellt für den Patienten eine Einschränkung des freien Willens dar. Hinzu kommen die häufigen Zwangsmassnahmen wie Isolation und Fixation im Klinikalltag aufgrund der wiederholten, unmittelbar fremdgefährdenden Ereignisse. An die raptusartigen Erregungszustände, welche im Rahmen der schizophrenen Grunderkrankung auftreten, kann sich der Patient stets maximal bruchstückhaft erinnern. Eine gemeinsame Reflexion des Geschehenen mit dem Behandlungsteam ist daher aufgrund der starken psychischen Beeinträchtigung des Patienten nicht möglich.

Trotz professioneller Intensivbetreuung des Patienten kann die gemeinsame Bearbeitung der krankheitsbedingten Faktoren, die im Zusammenhang mit der Aggressivität stehen, nicht erfolgen, was jedoch Voraussetzung für das erfolgreiche Absolvieren der vom Gericht auferlegten Therapiemassnahme wäre. Dieser besondere und psychiatrisch komplexe Fall, bei welchem eine Zwangsmassnahme der anderen gegenübersteht, fordert zu einer ethischen Prüfung des beschriebenen Zwangskontextes mit den vielseitigen Zwangsmassnahmen auf.

Grundsätzlich sind Ärzte jeglicher Fachdisziplin ethisch dazu verpflichtet, im besten Interesse ihres Patienten zu handeln und Schaden von ihm abzuwenden. Dieser Fürsorgepflicht werden sie gerecht, indem sie evidenz- und erfahrungsbasiertes Wissen massvoll einsetzen. In der Regel ist das Ziel hierbei, das individuelle Leiden des Patienten zu mildern oder zu beseitigen.²⁶ In der forensisch-psychiatrischen Versorgung ergibt sich die Besonderheit, dass die Fürsorgepflicht nicht nur auf das subjektive Befinden des Patienten bezogen wird, sondern auch einem übergeordneten gesellschaftlichen Ziel zuträglich sein soll – der Verminderung gefährlichen Verhaltens.²⁷ Dies bezieht sich auch auf Massnahmen, die gegen den ausdrücklichen Willen des Patienten erfolgen. Hierbei ergibt sich jedoch ein Spannungsverhältnis zwischen der Fürsorgepflicht und dem Selbstbestimmungsrecht des Betroffenen: So kann ein Patient dringend einer Behandlung bedürfen, diese jedoch aufgrund einer seine individuelle Wahrnehmung beeinträchtigenden Grunderkrankung nicht mehr annehmen. Will der Behandler in solchen Fällen weiteren Schaden vom Patienten abwenden und zum Wohl des Patienten handeln, muss er das Recht auf

²⁶ HELMCHEN, 259 ff.

²⁷ HACHTEL/HEER/GRAF, 245 ff.

Selbstbestimmung tangieren. Die Anwendung von Zwang stellt eine erhebliche Verletzung der Autonomie des Patienten dar und ist ethisch ergo erst dann vertretbar, wenn sie die einzige Möglichkeit darstellt, um die Sicherheit des Patienten und die langfristige Wiederherstellung seiner Identität und Autonomie zu gewährleisten.²⁸

Es gilt hierbei stets die Maxime der Verhältnismässigkeit und Subsidiarität: Sofern die Anwendung von Zwang nach Abwägung der genannten Prinzipien unumgänglich ist, ist jenes geeignete Mittel zu wählen, welches mit der geringstmöglichen Einschränkung der persönlichen Freiheit einhergeht.²⁹ Das Fallbeispiel zeigt deutlich, dass eine Vermeidung der dauerhaften Zimmerisolation und gelegentlichen Fixierung erst durch eine Verbesserung des psychischen Zustandsbildes erreicht werden kann. Im Gegensatz zu einem Gross- teil der Patienten spricht der Patient im geschilderten Fall in keiner Weise auf die medikamentöse Behandlung an – sowohl zum Erreichen des Vollzugs- ziels (also der Reduktion der Gefährlichkeit) als auch zur Verbesserung des Zustandsbildes des Patienten (einschliesslich der Reduktion der Aggressivität) hat sich die Pharmakotherapie als nicht geeignet erwiesen. Entsprechend trug sie auch nicht zur Wiederherstellung der Selbstbestimmung des Patienten bei. Von weiteren pharmakologischen Anpassungen ist aus psychiatrischer Sicht keine nennenswerte Besserung zu erwarten.

Das geringere Mittel, welches der Patient in der Regel freiwillig akzeptiert, ist somit zwar praktisch durchführbar, jedoch nicht geeignet, das Behandlungs- ziel zu erreichen. Nun ergibt sich aus der Ambivalenz des Patienten bezüglich der Durchführung der EKT auch die Frage, wie es um die Fähigkeit zur Selbstbestimmung des Patienten bestimmt ist: Ausgehend vom Aufklärungs- gedanken und KANTS Hauptwerk «Kritik der praktischen Vernunft» soll die Selbstbestimmungsfähigkeit auch in diesem Fall definiert werden als die Fähigkeit zur Bildung des vernünftigen Willens, welcher den Patienten dazu befähigt, sein Handeln an rationalen Gesichtspunkten auszurichten.³⁰ Wird die praktische Vernunft wie im oben genannten Fall durch eine psychische Erkrankung schwer beeinträchtigt, wird aufklärungsphilosophisch auch die Sub- jekthaftigkeit des Betroffenen belangt – und die Selbstbestimmungsfähigkeit angezweifelt.³¹ Eine Stellungnahme des deutschen Ethikrats differenziert wei- ter und beschreibt die Fähigkeit zum freiverantwortlichen Handeln im Ver-

²⁸ CHIEZE ET AL.

²⁹ Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften, SAMW.

³⁰ KANT.

³¹ FORNEFELD, 183 ff.

gleich zur blossen Willensbildungsfähigkeit als die Fähigkeit, Handlungsoptionen im Kontext der absehbaren Folgen einer Entscheidung konsistent und rational abzuwägen und diese Entscheidung auch in den Kontext des individuellen Lebensentwurfs einordnen zu können.³²

Auch an dem geschilderten Fall zeigt sich, dass es dem Patienten nicht an der Fähigkeit mangelt, Wünsche und Bedürfnisse zu äussern, es fehlt jenem Willen – dem sogenannten «natürlichen Willen» – jedoch an der Freiverantwortlichkeit. Nun ist bei der Definition der Ausübung von Zwang unerheblich, ob es sich um eine Überwindung des natürlichen oder freiverantwortlichen Willens handelt. Es ist gleichermassen Zwang.³³ Somit obliegt den zuständigen Fachpersonen die grosse Verantwortung, die Entscheidung für oder gegen die EKT ohne ausdrückliche, konsistente Zustimmung des Patienten unter den oben genannten Maximen abzuwägen. Unbestritten ist, dass der Patient eine schwere, chronifizierte und therapierefraktäre psychiatrische Grunderkrankung hat, die ihn seiner Fähigkeit zur Teilhabe und selbstbestimmten Lebensführung beraubt. Für diese Erkrankung gibt es Behandlungsoptionen, nämlich die augmentative EKT. Sie ist gemäss den Empfehlungen der Fachgesellschaften und dem aktuellen wissenschaftlichen Kenntnisstand geeignet, die Symptome des Patienten zu mildern, was wiederum mit der Wahrscheinlichkeit zur verbesserten Teilhabe- und Selbstbestimmungsfähigkeit einherginge. Die Anwendung der EKT würde somit dem Prinzip der Fürsorgepflicht gegenüber dem krankheitsbedingt aussergewöhnlich vulnerablen Patienten gerecht. Hier spricht die Ethik von «wohltätigem Zwang». Da davon auszugehen ist – wie in den verschiedenen Gutachten konstatiert –, dass auch die Gefährlichkeit des Patienten Symptomcharakter hat, wäre die Behandlung der Erkrankung auch geeignet, das Vollzugsziel zu erreichen und dem gesellschaftlichen Nutzen zu dienen. Ohne wirksame Behandlung ist aus psychiatrischer Sicht bestenfalls von einer Stagnation auszugehen. Im konkreten Fall würde dies bedeuten, dass der Patient aufgrund seiner Gefährlichkeit keine weiteren Vollzugslockerungen und Bewährungsräume erhalten kann; er verbliebe in einem hochgesicherten, geschlossenen Setting, in welchem er den Grossteil der Zeit in einer Form der Bewegungseinschränkung im Sinne einer (mobilen) Fixation verbrächte.

Basierend auf den Erfahrungen des bisherigen Verlaufs ergäbe sich bei den zu erwartenden akuten Gefährdungssituationen auch wiederkehrend die Notwendigkeit von Zwangsmedikationen, welche ebenfalls traumatisierend für

³² DEUTSCHER ETHIKRAT, 191; vgl. auch BOBBERT/WERNER, 105 ff.

³³ DEUTSCHER ETHIKRAT, 192.

den Betroffenen sein können, zumindest aber einen erheblichen Vertrauensverlust in die Bezugspersonen nach sich zieht. Die Reintegration in die Gesellschaft, aber auch schon nur in ein weniger begrenztes Setting, wäre nicht nur aufgrund der anhaltenden Gefährlichkeit, sondern auch aufgrund der massiven Funktionseinschränkungen, welche mit der Schizophrenie einhergehen, nicht durchführbar. Im Prinzip geht es in der Frage also weniger darum, ob Zwang angewendet wird, sondern vielmehr, welche der unter Zwang respektive gegen den ausdrücklichen Willen des Patienten durchgeführte Therapie angewendet wird.

Mit der EKT ergibt sich eine neue Behandlungsperspektive – wenngleich einschränkend bemerkt werden muss, dass nicht gesichert ist, dass im konkreten Fall eine EKT tatsächlich eine Zustandsbesserung erzielen könnte. In der Nutzen-Risiko-Abwägung muss jedoch auch bedacht werden, dass die EKT, wie oben beschrieben, vergleichsweise geringe Risiken und Nebenwirkungen mit sich bringt. Sie stehen den potenziellen und häufigen Nebenwirkungen der vom Patienten regelmässig eingenommenen Psychopharmaka in nichts nach.³⁴ Die möglichen Vorteile der EKT, selbst wenn diese gegen den Willen durchgeführt wird, überwiegen somit die für den Patienten potenziell erwartbaren Nachteile. Die Wiederherstellung seiner Identität und Autonomie kann durch eine EKT gelingen, während andere Therapieoptionen weder greifen noch als Alternative herangezogen werden können. Eine zwangsweise durchgeführte EKT kann selbstverständlich nicht grundsätzlich befürwortet werden, in dem konkreten Fall kann die zwangsweise Anwendung einer EKT, insbesondere nach eingehender Prüfung der Alternativen, aus ethischer Sicht jedoch gewinnbringend sein.

V. Juristische Aspekte

Medizinische Behandlungen dürfen grundsätzlich nur mit der Zustimmung des einwilligungsfähigen Patienten durchgeführt werden. Gegenüber einwilligungsunfähigen Patienten ist demgegenüber unter strengen Voraussetzungen eine Zwangsbehandlung möglich. Gerade im Straf- und Massnahmenvollzug treten, wie im vorliegenden Fall, Situationen auf, in denen die zwangsweise Durchführung einer Behandlung unumgänglich erscheint, sei es, weil sie medizinisch (Gesundheitsfürsorge) oder massnahmenindiziert (Verbesserung der Legalprognose) ist. Dabei sind die juristischen Rahmenbedingungen oft unklar. So hat sich das schweizerische Bundesgericht im vorliegenden Fall erstmals

³⁴ GATHER/VOLLMANN, 313.

mit der Frage auseinandersetzen müssen, ob die Vollzugsbehörde befugt war, die zwangsweise Durchführung einer EKT anzuordnen.³⁵ Im Folgenden werden die Voraussetzungen einer zwangsweise durchgeführten EKT überblicksartig behandelt und verdeutlicht, welche juristischen Streitpunkte bestehen:

Die zwangsweise Durchführung einer EKT stellt als (medizinische) Zwangsbehandlung, wie die Zwangsmedikation, einen schweren Grundrechtseingriff für die betroffene Person dar.³⁶ Ihre persönliche Freiheit und das aus ihr abgeleitete Selbstbestimmungsrecht sind tangiert, sowie ihre menschliche Würde zentral betroffen. Die Einschränkung verfassungsmässiger Rechte bedarf dabei einer klaren gesetzlichen Grundlage, eines öffentlichen Interesses (oder der Grundrechtseingriff muss durch den Schutz der Grundrechte Dritter gerechtfertigt sein), und diese muss sich als verhältnismässig erweisen (Art. 36 Abs. 1–3 BV). Zudem darf der Kerngehalt der tangierten Grundrechte nicht verletzt werden (Art. 36 Abs. 4 BV).

Bezüglich der Thematik der Zwangsbehandlung im Sanktionenvollzug wird bereits das Vorliegen einer gesetzlichen Grundlage kontrovers diskutiert. So gilt grundsätzlich, dass je intensiver und einschränkender der Grundrechtseingriff wiegt, desto bestimmter und klarer die Norm im legitimierenden Gesetz sein muss.³⁷ Im Hinblick auf intensivste Eingriffe wie Zwangsbehandlungen an Personen, die sich in staatlichem Gewahrsam befinden, ergibt sich dabei ein Spannungsverhältnis zwischen einer möglichst klaren gesetzlichen Regelung und den möglichen (medikamentösen und nicht medikamentösen) Behandlungsformen, die im Einzelnen kaum umfassend in einem Gesetz «aufgelistet» werden können. Der Gesetzgeber ist insofern in der Verantwortung, die Voraussetzungen und Bedingungen sowie das anordnende Verfahren und den Rechtsschutz der betroffenen Person möglichst genau zu umschreiben.

Das Bundesgericht bestätigt im Entscheid zum vorliegenden Fall seine zu kritisierende Ansicht, dass Art. 59 StGB eine genügende gesetzliche Grundlage für eine Zwangsbehandlung darstelle, sofern die Art der Behandlung im Anordnungsentscheid bezeichnet wurde.³⁸ Dies war vorliegend nicht der Fall, eine EKT wurde im Urteil, in dem die Schutzmassnahme angeordnet wurde, nicht genannt. Insofern fehlt die gesetzliche Grundlage und die Anordnung der zwangsweisen EKT war rechtswidrig.³⁹ Dem ist im Ergebnis zuzustimmen,

³⁵ BGer 6B_1322/2022 E. 2 f.

³⁶ BGer_1322/2022 E. 3.1. m.V.a. BGE 130 I 16 E. 3; BGE 127 I 6 E. 5.

³⁷ BGE 123 I 122, E. 7a.

³⁸ BGer 6B_1322/2022 E. 3.4.

³⁹ BGer 6B_1322/2022 E. 3.6.

auch wenn die Herleitung wenig überzeugt. Es ist höchst zweifelhaft, dass Art. 59 StGB, und damit die allgemeine Anordnungsnorm für eine Massnahme zur Behandlung von psychischen Störungen, eine genügend bestimmte Grundlage darstellt, da jegliche Erwähnung von Zwangsbehandlungen im Massnahmenvollzug fehlen.⁴⁰

Unbeachtlich der strittigen gesetzlichen Grundlage müssen medizinische (Zwangs-)Behandlungen zudem nach den allgemein anerkannten Regeln der ärztlichen Kunst und Ethik durchgeführt werden und verhältnismässig sein. Das Bundesgericht hat diese Frage im vorliegenden Fall aufgeworfen, zog verschiedene Literatur aus der Psychiatrie heran und zitierte auch die Rechtsprechung des deutschen Bundesgerichtshofs, welcher sich kürzlich mit der zwangsweisen Durchführung der EKT beschäftigte.⁴¹ Im Endeffekt liess das Bundesgericht die Frage jedoch offen, da es das Bestehen einer gesetzlichen Grundlage verneinte. Insofern ist auch bei Schaffung einer klaren gesetzlichen Grundlage bzw. einer anderen Anordnungsgrundlage offen, ob das höchste Schweizer Gericht eine zwangsweise durchgeführte EKT als rechtskonform einstufen würde. Wie zuvor dargelegt, spricht die forensisch-medizinische Faktenlage für eine gewisse Wirksamkeit der EKT. Allerdings wäre die Verhältnismässigkeit der Anordnung im Einzelfall genau zu prüfen. Zu berücksichtigen sind dabei insbesondere auch die Einschränkungen, welche die betroffene Person aufgrund des Vollzugsregimes zu erdulden hat – wie etwa vorliegend die längerfristige Isolation und Fixation. Nur unter Würdigung aller Umstände wird eine Entscheidung ergehen können.

VI. Konklusion

Die Wertschätzung der Autonomie gehört zu den Kernprinzipien ärztlichen Handelns. Sie ist darum auch fest in gesetzlicher, politischer und gesellschaftlicher Praxis verankert. Schwierigkeiten ergeben sich dann, wenn Erkrankte die Fähigkeit zur Selbstbestimmung verloren haben, wie im oben geschilderten Fall angenommen werden muss. Die Hoffnung des Behandlungsteams, durch eine EKT dem Patienten wieder ein höheres Mass an Autonomie ermöglichen zu können, ohne dass dieser selbst oder Dritte gefährdet werden, ist aus psychiatrisch-fachlicher Sicht nachvollziehbar, besteht doch zumindest eine

⁴⁰ BSK StGB-HEER/HABERMEYER, Art. 59 Rz. 84b.

⁴¹ BGH, Beschluss vom 15. Januar 2020, XII ZB 381/19; BGH, Beschluss vom 30. Juni 2021, XII ZB 191/21.

gewisse Wahrscheinlichkeit einer Zustandsverbesserung – was bei einem einfachen «Weiter so» nach dem langen frustrierten Verlauf nicht erwartbar ist.

Es stellt sich die Frage, ob der Verweis auf die Autonomie des Patienten als Argument gegen eine Zwangsintervention nicht ethisch als der Versuch, Verantwortung abzutreten, gewertet werden muss – was somit einem weiteren Kernprinzip der Medizin widerspräche, nämlich der Fürsorgepflicht. Kommt man dieser besser nach, indem man, wohlgemerkt ebenfalls zwangsweise, Akutintervention über Akutintervention durchführt, ohne therapeutische Nachhaltigkeit? Findet hier eine sinnhafte Güterabwägung im Sinne des Patienten statt? Und wie stehen wir als Gesellschaft zur Anwendung von Zwang zur Herstellung der persönlichen Freiheit?

Wie bei übrigen Zwangsbehandlungen – etwa der Zwangsmedikation – bestehen auch bei einer zwangsweise angeordneten EKT verschiedene juristische Probleme. Das Bestehen einer geeigneten gesetzlichen Grundlage ist zumindest auf Bundesebene zweifelhaft, weshalb sich höchstens auf kantonale Behandlungs- oder Vollzugsgesetze gestützt werden könnte. Letztlich dürfte die zwangsweise Anordnung einer Behandlungsform wie der EKT stark einzelfallabhängig sein. Hier gilt es jeweils, alle interdisziplinären Aspekte hinreichend zu würdigen, um eine tragfähige Entscheidung zu treffen.

Literaturverzeichnis

- ALI SANA A. ET AL., Electroconvulsive therapy and schizophrenia: a systematic review, *Complex Psychiatry* 2019, 75 ff.
- ARANA GEORGE W., An overview of side effects caused by typical antipsychotics, *J Clin Psychiatry* 2000, 5 ff.
- BESSE MATTHIAS ET AL., Stellenwert der Elektrokonvulsionstherapie (EKT) in der forensischen Psychiatrie, *Nervenarzt* 2020, 9 ff.
- BOBBERT MONIKA/WERNER MICHA H., Autonomie/Selbstbestimmung, in: Lenk Christian/Duttge Gunnar/Fangerau Heiner (Hrsg.), *Handbuch Ethik und Recht der Forschung am Menschen*, Berlin/Heidelberg 2014, 105 ff.
- BRAGA RAPHAEL J./PETRIDES GEORGIOS, The combined use of electroconvulsive therapy and antipsychotics in patients with schizophrenia, *J ECT* 2005, 75 ff.
- BRUHN CLAUDIA, Heilsame Krämpfe: Was leistet die Elektrokonvulsionstherapie?, *Dtsch Med Wochenschr* 2013, 1700 ff.
- CHANPATTANA WORRAWAT/ANDRADE CHITTARANJAN, ECT for treatment-resistant schizophrenia: a response from the far East to the UK. NICE report, *J ECT* 2006, 4 ff.
- CHIEZE MARIE ET AL., Coercive measures in psychiatry: a review of ethical arguments, *Front Psychiatry* 2021, 790886.

- CHIKERE YVONNE/VOCKE SEBASTIAN/GRÖZINGER MICHAEL, Die besondere Stellung der EKT in Psychiatrie und Gesellschaft, in: Grözinger Michael et al. (Hrsg.), Elektrokonvulsionstherapie kompakt: Für Zuweiser und Anwender, Berlin/Heidelberg 2013, 59 ff.
- CITROME LESLIE/VOLAVKA JAN, The promise of atypical antipsychotics: fewer side effects mean enhanced compliance and improved functioning, Postgrad Med 2004, 49 ff.
- DEUTSCHER ETHIKRAT, Hilfe durch Zwang? Professionelle Sorgebeziehungen im Spannungsfeld von Wohl und Selbstbestimmung, Stellungnahme, Berlin 2018
- ENDLER NORMAN S., The origins of electroconvulsive therapy (ECT), Convulsive Therapy 1988, 5 ff.
- FOLKERTS HERE W., Elektrokonvulsionstherapie unter Zwang? – Kontra, Psychiatr Prax 2017, 314 ff.
- FORNEFELD BARBARA, Selbstbestimmung/Autonomie, in: Dederich Markus/Jantzen Wolfgang (Hrsg.), Behinderung und Anerkennung, Enzyklopädisches Handbuch der Behindertenpädagogik, Bd. 2, Stuttgart 2009, 183 ff.
- GAEBEL WOLFGANG/HASAN ALKOMIET/FALKAI PETER, S3-Leitlinie Schizophrenie, Heidelberg/Berlin 2019
- GATHER JAKOV/VOLLMANN JOCHEN, Elektrokonvulsionstherapie unter Zwang? – Pro, Psychiatr Prax 2017, 313 ff.
- HACHTEL HENNING/HEER MARIANNE/GRAF MARC, Zwangsmassnahmen im Massnahmevollzug, Schweizerische Ärztezeitung 2015, 245 ff.
- HASKETT ROGER F./LOO COLLEEN, Adjunctive psychotropic medications during electroconvulsive therapy in the treatment of depression, mania, and schizophrenia, J ECT 2010, 196 ff.
- HAVAKI-KONTAXAKI BEATA J. ET AL., Concurrent administration of clozapine and electroconvulsive therapy in clozapine-resistant schizophrenia, Clin Neuropharm 2006, 52 ff.
- HELMCHEN HANFRIED, Coercion in psychiatry: practical consequences of ethical aspects, Nervenarzt 2021, 259 ff.
- INGRAM ANNA/SALING MICHAEL M./SCHWEITZER ISAAC, Cognitive side effects of brief pulse electroconvulsive therapy: a review, J ECT 2008, 3 ff.
- JARCHOW JOHANNES, Keiner fliegt mehr übers Kuckucksnest – Die Angst vor der Elektrokrampftherapie: Eine Studie zur Wahrnehmung der Elektrokonvulsionstherapie, Hamburg 2015
- JIANG JIANGLING/WANG JIJUN/LI CHUNBO, Potential mechanisms underlying the therapeutic effects of electroconvulsive therapy, Neurosci Bull 2017, 339 ff.
- JOHNS CELESTE/THOMPSON JAMES W., Adjunctive treatments in schizophrenia: pharmacotherapies and electroconvulsive therapy, Schizophr Bull 1995, 607 ff.
- KANT IMMANUEL, Kritik der praktischen Vernunft, Ditzingen 2024
- KAYSER SARAH ET AL., Sicherheits- und Nebenwirkungsprofil der EKT, in: Grözinger Michael et al. (Hrsg.), Elektrokonvulsionstherapie kompakt: Für Zuweiser und Anwender, Berlin/Heidelberg 2013, 81 ff.
- KEEPERS GEORGE A. ET AL., The American Psychiatric Association practice guideline for the treatment of patients with schizophrenia, Am J Psychiatry 2020, 868 ff.
- KUPCHIK MARINA ET AL., Combined electroconvulsive-clozapine therapy, Clin Neuropharm 2000, 14 ff.

- LALLY JOHN ET AL., Augmentation of clozapine with electroconvulsive therapy in treatment resistant schizophrenia: A systematic review and meta-analysis, *Schizophr Res* 2016, 215 ff.
- LEHNHARDT FRITZ-GEORG/KONKOL CHRISTIAN/KUHN JENS, Anwendung der EKT bei pharmakoresistenter Schizophrenie, *Fortschr Neurol Psychiatr* 2012, 501 ff.
- MACHETANZ LENA ET AL., High risk, high dose? – Pharmacotherapeutic prescription patterns of offender and non-offender patients with schizophrenia spectrum disorder, *Biomedicines* 2022, 3243
- MASOUDZADEH ABBAS/KHALILIAN ALIREZA, Comparative study of clozapine, electroshock and the combination of ECT with clozapine in treatment-resistant schizophrenic patients, *Pak J Biol Sci* 2007, 4287 ff.
- NIGGLI MARCEL ALEXANDER/WIPRÄCHTIGER HANS (Hrsg.), *Strafrecht, Basler Kommentar*, 4. Aufl., Basel 2018 (zit. BSK StGB-Bearbeiter/in, Art. XX Rz. YY).
- PAINULY NITESH/CHAKRABARTI SUBHO, Combined use of electroconvulsive therapy and antipsychotics in schizophrenia: the Indian evidence. A review and a meta-analysis, *J ECT* 2006, 59 ff.
- PETRIDES GEORGIOS ET AL., Electroconvulsive therapy augmentation in Clozapine-resistant schizophrenia: a prospective, randomized study, *Am J Psychiatry* 2015, 52 ff.
- SAMW (Schweizerische Akademie der medizinischen Wissenschaften), *Zwangsmassnahmen in der Medizin, Medizin-ethische Richtlinien*, Bern 2018
- SANGHANI SOHAG N./PETRIDES GEORGIOS/KELLNER CHARLES H., Electroconvulsive therapy (ECT), in schizophrenia: a review of recent literature, *Curr Opin Psychiatry* 2018, 213 ff.
- SHIRZADI ARSHIA A./GHAEMI S. NASSIR, Side effects of atypical antipsychotics: extrapyramidal symptoms and the metabolic syndrome, *Harv Rev Psychiatry* 2006, 152 ff.
- THARYAN PRATHAP/ADAMS CLIVE E., Electroconvulsive therapy for schizophrenia, *Cochrane Database Syst Rev* 2005, CD000076
- TREVINO KENNETH/MCCLINTOCK SHAWN M./HUSAIN MUSTAFA M., A review of continuation electroconvulsive therapy: application, safety, and efficacy, *J ECT* 2010, 186 ff.
- VERMEULEN JENTEN M. ET AL., Clozapine and long-term mortality risk in patients with schizophrenia: a systematic review and meta-analysis of studies lasting 1.1–12.5 years, *Schizophr Bull* 2019, 315 ff.
- WITZEL JOACHIM/HELD EGBERT/BOGERTS BERNHARD, Electroconvulsive therapy in forensic psychiatry—ethical problems in daily practice, *J ECT* 2009, 129 ff.
- ZERVAS IANNIS M./THELERITIS CHRISTOS/SOLDATOS COSTANTIN R., Using ECT in schizophrenia: a review from a clinical perspective, *World J Biol Psychiatry* 2012, 96 ff.

RISIKO RECHT

3. Jahrgang

HERAUSGEBER

Prof. Dr. Tilmann Altwicker, Universität Zürich;
Prof. Dr. Dirk Baier, Universität Zürich/ZHAW Departement Soziale Arbeit;
PD Dr. Goran Seferovic, Rechtsanwalt, ZHAW School of Management and Law;
Prof. Dr. Franziska Sprecher, Universität Bern;
Prof. Dr. Stefan Vogel, Rechtsanwalt, Flughafen Zürich AG/Universität Zürich;
Dr. Sven Zimmerlin, ZHAW School of Management and Law/Universität Zürich.

WISSENSCHAFTLICHER BEIRAT

Dr. iur. Michael Bütler, Rechtsanwalt, Zürich;
Dr. iur. Gregor Chatton, Juge au Tribunal administratif fédéral, Chargé de cours à l'Université de Lausanne;
Prof. Dr. Alexandre Flückiger, Professeur ordinaire de droit public, Université de Genève;
Prof. Dr. iur. Regina Kiener, em. Ordinaria für Staats-, Verwaltungs- und Verfahrensrecht, Universität Zürich;
Prof. Dr. iur. Andreas Lienhard, Ordinarius für Staats- und Verwaltungsrecht, Universität Bern;
Prof. Dr. iur. Markus Müller, Ordinarius für Staats- und Verwaltungsrecht sowie öffentliches Verfahrensrecht, Universität Bern;
Dr. iur. Reto Müller, Dozent ZHAW, Lehrbeauftragter an der Universität Basel und an der ETH Zürich;
Prof. Dr. iur. Benjamin Schindler, Ordinarius für Öffentliches Recht, Universität St. Gallen;
Dr. Jürg Marcel Tiefenthal, Richter am Bundesverwaltungsgericht (St. Gallen), Lehrbeauftragter an der Universität Zürich.

REDAKTION

Dr. Tobias Baumgartner, LL.M., Rechtsanwalt /
MLaw Sophie Tschalèr
Europa Institut an der Universität Zürich
Hirschengraben 56
8001 Zürich
Schweiz

URHEBERRECHTE

Alle Beiträge in diesem Open Access-Journal werden unter den Creative Commons-Lizenzen CC BY-NC-ND veröffentlicht.

ERSCHEINUNGSWEISE

R&R – Risiko & Recht erscheint dreimal jährlich online. Die Ausgaben werden zeitgleich im Wege des print on demand veröffentlicht; sie können auf der Verlagswebseite (www.eizpublishing.ch) sowie im Buchhandel bestellt werden.

ZITIERWEISE

R&R, Ausgabe 1/2025, ...

KONTAKT

EIZ Publishing
c/o Europa Institut an der Universität Zürich
Dr. Tobias Baumgartner, LL.M., Rechtsanwalt
Hirschengraben 56
8001 Zürich
Schweiz
eiz@eiz.uzh.ch

ISSN

2813-7841 (Print)
2813-785X (Online)

ISBN:

978-3-03805-793-2 (Print – Softcover)
978-3-03805-794-9 (PDF)
978-3-03805-795-6 (ePub)

VERSION

1.01-20250325

DOI

Zeitschrift: <https://doi.org/10.36862/eiz-rrz01>;

Ausgabe: <https://doi.org/10.36862/eiz-rr202501>;

MARK ROTH, Was «Risiko und Recht» mit einer Just Culture zu tun haben sollten, <https://doi.org/10.36862/eiz-rr202501-01>; ELISA LANZI ET AL., Demografie, Delinquenz und psychische Störungen bei jungen Erwachsenen mit einer Massnahme nach Art. 61 StGB, <https://doi.org/10.36862/eiz-rr202501-03>; JAN IMHOF, Amtsmissbrauch: Polizist:innen vor Gericht – Ein Blick auf Art. 312 StGB mit Fokus auf die Zwangsanwendung durch Angehörige der Polizei, <https://doi.org/10.36862/eiz-rr202501-02>; LENA MACHETANZ ET AL., Elektrokonvulsionstherapie unter Zwang im stationären Massnahmenvollzug, <https://doi.org/10.36862/eiz-rr202501-04>

RISIKO

EIZ

Publishing

Herausgeber:

Prof. Dr. Tilmann Altwicker

Prof. Dr. Dirk Baier

PD Dr. Goran Seferovic

Prof. Dr. Franziska Sprecher

Prof. Dr. Stefan Vogel

Dr. Sven Zimmerlin

RISIKO & RECHT

AUSGABE 01 / 2025

RECHT