

Asmus Finzen

Anhörung der Zentralen Ethikkommission bei der Bundesärztekammer am 4.5. 2012 Berlin

„Ich habe ein Recht darauf, gegen meinen Willen behandelt zu werden, wenn ich wegen einer Krankheit meinen Verstand verloren habe.“ Dieser Satz des Londoner Sozialpsychiaters Jim Birley aus dem Jahre 1969 wurde damals für mich zu einem Leitgedanken bei allen Auseinandersetzungen zur Zwangsbehandlung: Ich will das so für mich; also muss ich bedenken, ob andere, die sich wegen psychischer Krankheit nicht qualifiziert äussern können, das nicht auch wollen.

Aber wenn ich das will, erwarte ich, dass der verantwortliche Therapeut mich zuvor gründlich untersucht, wenn möglich eine Diagnose stellt, abklärt, ob ich wirklich urteilsunfähig bin, mir seine Ergebnisse und seine Schlussfolgerungen mitteilt, mich gründlich aufklärt, mir seinen Behandlungsplan und die möglichen Alternativen vorschlägt, mich zu überzeugen versucht, wenn ich zögere und mit mir verhandelt, wenn ich ablehne. Ich erwarte auch, dass er mein Zögern als therapeutische Herausforderung begreift – und nicht als Störung des Betriebsablaufes.

Ich erwarte, dass er sich Zeit nimmt und mir Bedenkzeit lässt, und dass er Alternativvorschläge meinerseits prüft und dass er sie akzeptiert, wenn sie gangbar sind. Ich erwarte, dass er sich gründlich davon überzeugt – und sich beraten lässt –, dass es wirklich das letzte Mittel ist, wenn der Zwang und Gewalt einsetzt. Und ich erwarte, dass er alles dies nachvollziehbar dokumentiert – und dass meinem durch meine Patientenverfügung bevollmächtigtem Vertreter jederzeit Einsicht in die Krankenakte gewährt. Ich gebe zu, das ist eine ganze Menge. Aber das ist nicht unbillig. Vor allem ist es mein Recht!

Sie mögen auch sagen, dies alles sei doch selbstverständlich. Aber es ist es nicht. Ich will in drei Beispiele aus jüngerer Zeit dafür geben, wie es auch sein kann.

Willkür ist leider Keine Ausnahme

A. B., 45 Jahre alt, berichtet Folgendes: Obwohl es ihr überwiegend recht gut gehe, sei sie in den vergangenen Jahren wegen psychotischer Episoden mehrfach in stationärer psychiatrischer Behandlung gewesen. Sie habe deswegen mit ihrer regionalen

psychiatrischen Klinik eine Behandlungsvereinbarung getroffen und damit gute Erfahrungen gemacht. Speziell die Medikation habe ihre Sorgen bereitet, weil sie auf ein bestimmtes Medikament, ein Neuroleptikum mit schweren ungewöhnlichen Nebenwirkungen, reagiert habe während sie ein anderes ähnlich wirksames gut vertrage. Dies sei in der Behandlungsvereinbarung niedergelegt und immer beachtet worden. Vor kurzem sei sie im Urlaub erkrankt. Sie habe sich in die nächstgelegene Klinik begeben. Bei der Aufnahme habe sie auf die Unverträglichkeit und auf die Vereinbarung mit der anderen Klinik hingewiesen. Der Aufnahmearzt habe jedoch darauf bestanden, dass sie genau dieses Medikament einnehmen müsse. Als er sich geweigert habe, habe er ihr dieses gegen ihren Willen und mit Gewaltanwendung injizieren lassen – mit den vorhersehbaren negativen Auswirkungen.

B. G.: Die Eltern des 21-jährigen jungen Mannes berichten über ihren Sohn, der bereits mehrere Klinikaufenthalte hinter sich hatte, die ersten freiwillig, die späteren, auch wegen seiner negativen Erfahrungen, gegen seinen Willen. Über die letzte Einweisung berichten sie: Im Frühjahr 2011 kam es durch unser Handeln zu einer Zwangseinweisung. Unser Sohn wurde dann in der Klinik auch zwangsmedikamentiert. Er war bereit, freiwillig 10 mg Abilify zu nehmen. Der behandelnde Arzt bestand auf 30 mg. Die Dosis wurde dann unter Mithilfe der Polizei verabreicht. Die Möglichkeit, Sport zu treiben wurde auf Grund seiner Noncompliance verwehrt. In den sechs Wochen Aufenthalt (mit richterlichem Beschluss) gab es nur Ergotherapie. Im Nachhinein haben wir sehr mit uns gerungen, ob unsere Entscheidung, ihn einzuweisen, richtig war.

C. H.: Eine junge Frau leidet seit ihrem 20. Lebensjahr an einer Psychose. Nach einer ersten Klinik- und Tagesklinikbehandlung geht es ihr unter psychiatrisch-psychotherapeutischer Nachbehandlung gut. Sie hat zwar einzelne Restsymptome, aber sie kann unter konventioneller Medikation gut damit umgehen. Sie schließt eine anspruchsvolle kaufmännische Ausbildung ab und entschließt sich nach einigem Zögern zu einem Studium im Bereich der Geisteswissenschaften. Kurz vor dessen Abschluss kommt es zu einer schweren Dekompensation, nachdem sie auf vielseitigen Rat vom bewährten konventionellen Neuroleptikum auf ein Antipsychotikum der zweiten Generation umgestellt wurde. Sie wird in der örtlichen Universitätsklinik behandelt, dekompensiert aber nach wenigen Wochen mitten im Examen erneut. Sie verweigert die Wiederaufnahme und besteht das Examen am Notendurchschnitt von 1,5 trotz quälender Verfolgungsängste und der Einwirkung von bedrohlichen Stimmen. Nach dem erfolgrei-

chen Abschluss der Prüfungen bricht sie zusammen und wird erneut in die Klinik aufgenommen. Die Behandlung gestaltet sich jetzt schwierig, wie sie selber berichtet. Sie fühlt sich gegängelt, protestiert gegen bestimmte Stationsregeln und wird eines Abends ohne erkennbare ärztliche Mitwirkung in eine Isolierzelle gesperrt. Sie findet das ungerecht, aber sie sagt, damit kann ich leben. Aber dass sie in der Nacht auf den Boden habe urinieren müssen, weil niemand auf ihr Klingeln reagiert habe, sei entwürdigend und demütigend gewesen. Dieses Erlebnis bereite ihr jetzt, zehn Jahre danach, immer noch Alpträume.

Nicht glaubwürdig?

Man mag mir zwei Dinge entgegenhalten:

- Solche Geschichten von psychisch Kranken müssen nicht glaubwürdig sein.
- Solche Vorkommnisse sind absolute Ausnahmen.

Zur Glaubwürdigkeit folgendes: Die beiden Frauen kenne ich aus dem privaten Umkreis gut bis sehr gut. Beide haben gelernt, konstruktiv und erfolgreich mit ihrer Krankheit umzugehen; beide nehmen übrigens auch Medikamente, weil es ihnen damit besser geht als ohne. Mit den Eltern des jungen Mannes führe ich seit Monaten einen Briefwechsel, in dem es im Wesentlichen um ihre Schuldgefühle geht. Ich bin überzeugt davon, dass sie das, was sie berichten, auch so erlebt haben und dass sie keineswegs übertreiben.

Sind das seltene Ausnahmefälle? Ganz bestimmt nicht. Dazu drei Vorkommnisse in meiner Familie, die sich in jüngerer Vergangenheit innerhalb des Jahres zugetragen haben. Drei sehr nahe Angehörige aus drei Generationen mussten neben ihren schweren Krankheiten in unterschiedlichen Kliniken – Neurologie, Chirurgie und Psychiatrie – Gewalt und Willkür hinnehmen. Keiner von den dreien war zum Zeitpunkt in ihrer Urteils- und Willensfähigkeit beeinträchtigt. Alle drei wehrten sich vehement gegen Interventionen meinerseits. Sie fürchteten Repressalien bei eventuell notwendigen späteren Behandlungen. Das beobachte ich im Übrigen immer wieder, wenn ich bei Angehörigen-, Betroffenen- und dialogischen Veranstaltungen Berichte über solche Geschehnisse höre.

Schutz der Kranken, Rechtssicherheit für Therapeuten

Alles, was ich hier berichtet habe, war auch vor dem Urteil des Bundesverfassungsgerichtes illegal oder doch rechtlich höchst zweifelhaft. Dennoch war ich entlastet, als ich

die Urteile durchgearbeitet hatte Und offenbar habe ich sie anders gelesen als meine Fachgesellschaft. Ich habe darin kein Verbot der Zwangsbehandlung gesehen, sondern im Gegenteil eine Legitimierung innerhalb enger Grenzen. Mehr ist bei Grundrechtsverletzungen nicht drin. Die Urteile schützen die Kranken. Anders als die Fachgesellschaft das interpretiert, schützen sie aber auch die Therapeuten, wenn sie sich an diese engen Grenzen halten.

Ich kann auch sehr gut verstehen, dass das Verfassungsgericht keine Übergangsfristen für neue gesetzliche Regelungen zugelassen hat. Allzu oft haben die Gesetzgeber solche als Vorwände für Verzögerungen aller Art genutzt.

Ich glaube auch nicht, dass daraus Schaden für die Kranken erwachsen wird. Für den akuten unaufschiebbaren Notfall hat das Gericht immerhin eine Tür offen gelassen, indem es darauf nicht eingegangen ist.

Ich räume ein, dass die Zwangsbehandlung nach der neuen Gesetzeslage ein verminntes Feld ist (das war sie meiner Erfahrung auch vorher). Entsprechende Sorgfalt ist geboten, wenn sie dennoch eingesetzt wird. Die Rahmenbedingungen die das Verfassungsgericht gesetzt hat, sind klar:

Zwangsbehandlung ist das letzte Mittel zur Wahrung oder Wiederherstellung von Würde, körperlicher Unversehrtheit, Freiheit der Person – und zum Schutz des Lebens von Menschen, die durch psychische Krankheit ihre Urteils- und Handlungsfähigkeit verloren haben – und die nichts Anderes in ihrer Patientenverfügung festgelegt haben. Sie ist kein Mittel zur Abwendung von Gefahren für Dritte. Und sie ist auch nur so lange zulässig, bis die Urteils- und Handlungsfähigkeit der Betroffenen wiederhergestellt ist – nicht darüber hinaus! Anders kann es auch gar nicht sein, wenn Menschen- und Grundrechte respektiert werden.

Zwingt das BVerG Ärzte zur unterlassenen Hilfeleistung?

Deshalb war ich erschrocken, als ich in den Mitgliederinformationen der DGPPN vom 30.01.2012 lesen musste: „Zwangsbehandlungen: Bundesverfassungsgericht zwingt Ärzte zu unterlassener Hilfeleistung.“ Sie unterstreicht das in einer Stellungnahme vom 17.01.2012, in der es heißt: „Durch das Verbot der Behandlung ohne oder auch gegen den Willen des psychisch kranken Menschen werden

1. Ärzte gezwungen, behandelbaren Menschen wirksame Hilfe vorzuenthalten,
2. gestützt auf das Selbstbestimmungsrecht psychisch kranke Menschen einem

- eigengesetzlich verlaufenden Krankheits- und Sozialschicksal überlassen,
3. infolge ihrer psychischen Störung gefährliche Menschen, die einer Behandlung zur Wiedergewinnung ihrer sozialen Kompetenz nicht zustimmen, langfristig aus der Gesellschaft ausgegrenzt,
 4. Ärzte in den beidseits strafbedrohten Konflikt zwischen unterlassener Hilfeleistung und rechtswidriger Zwangsbehandlung gestellt,
 5. Therapeuten und Pflegende gezwungen, sich mit behandelbaren und aufgrund der psychischen Störung gewalttätigen Menschen körperlich auseinanderzusetzen,
 6. mechanische Zwangsmaßnahmen wie Isolierung und Fixierung in zynischer Weise als zu bevorzugende humane Behandlungsformen dargestellt.“

Das alles ist ziemlich hoch aufgehängt und emotional überhöht. Die Stellungnahme erweckt den Eindruck, als sei vor dem Urteil des Verfassungsgerichts alles in Ordnung gewesen. Die Art des Umgangs mit dem Urteil irritiert zudem, weil es behandelt wird, als handle es sich dabei um eine mehr oder weniger unverbindliche Meinungsäußerung und nicht um die Rahmenbedingungen für die künftige Gesetzgebung. Im Übrigen ist die Aufregung künstlich, wenn man sich bewusstmacht, dass wir es mit einer nachgeholtten Debatte zu tun haben. Aus der amerikanischen „Right-to-Refuse-Treatment-Bewegung“ der siebziger und achtziger Jahren des vergangenen Jahrhunderts sind alle Argumente, die wir heute austauschen, altbekannt. Die Aufregung und die Empörung der etablierten Psychiatrie desgleichen. Zwar lösten sich die Probleme nicht in Wohlgefallen auf. Aber die Wirklichkeit entbehrte jeder Dramatik.

Die Ergebnisse von Untersuchungen, bei denen die Patienten in der Klinik mit allen Konsequenzen die Wahl hatten, einer Behandlung mit Medikamenten zuzustimmen oder zu verweigern, waren geeignet, einen nüchternen Umgang damit zu befördern. In einem Dutzend dieser Studien betrug die konkrete Verweigerungsrate zwischen 0,4 % und 15 %. Bei der Hälfte lag sie bei unter 5 %; lediglich bei einer über 10 % (Appelbaum 1994). Am aussagekräftigsten war die prospektive Untersuchung von Hoge und Mitarbeitern (1990), in der fast 1.500 Kranke bei Beginn der Behandlung befragt und durch in den gesamten Klinikaufenthalt hindurch begleitet wurden. 7,5 % von ihnen verweigerten die Behandlung mit Psychopharmaka über mehr als 24 Stunden.

Die Wissenschaftler begnügten sich nicht mit diesem Erstbefund. Sie interessierten sich vielmehr für das weitere Schicksal der 103 Behandlungsverweigerer: Die Hälfte

von ihnen entschloss sich später doch noch, einer Behandlung zu zustimmen. Bei der anderen Hälfte waren sich die Therapeuten am Ende nicht mehr so sicher, ob sie wirklich Medikamente gebraucht hätten. (Natürlich sind solche Ergebnisse mit Vorsicht zu betrachten, da nicht klar ist, ob und welche Druckmittel eingesetzt wurden.) Auch die Prophezeiungen, das Recht auf Behandlungsverweigerung werde zu einem gewaltigen Anstieg von Gewalt und Zwangsmaßnahmen führen, trafen nicht ein. Alles in allem wurde deutlich, dass die mit der neuen Rechtsprechung verbundenen Probleme konstruktiv bewältigt werden konnten, dass sie die Entwicklung einer menschenfreundlicheren Psychiatrie begünstigt. Auf diesem Hintergrund öffnet sich für uns ein weites Feld.

Seit der amerikanischen Debatte über das Recht auf Behandlungsverweigerung in den achtziger und neunziger Jahren wissen wir auch, dass die richterlichen Entscheide gegen die Kliniken in aller Regel Verstöße gegen die Regeln der ärztlichen Kunst, undurchsichtiges Verfahren, Willkürentscheidungen und Willkürmaßnahmen und fehlende Beschwerdemöglichkeiten rügten – oder Verfahrensregeln, die gegen geltende Gesetze oder Verfassungsgrundsätze verstießen (Appelbaum 1994, Gelman 1999). Ähnlich dem Bundesverfassungsgericht haben sie nicht die Legitimation von Behandlung gegen den Willen der Kranken als letztes Mittel zur Lebensrettung oder der Wiederherstellung von Gesundheit bei urteilsunfähigen Patienten bestritten.

Was ist zu tun?

1. Überprüfung der therapeutischen Kultur.
2. Über Behandlung verhandeln.
3. Das Verfahren regeln.

Auch die Verfahrensregeln müssen „klar und bestimmt“ sein. Sie gehören in einen Begleiterlass zum Gesetz. Ich will hier versuchen, ohne Anspruch auf Vollständigkeit einen Katalog der notwendigen Inhalte aufzustellen:

- Festschreibung der Verantwortlichkeit auf eine Person (den Chefarzt oder eine von ihm benannte Person).
- Voraussetzungen wie Indikationenkatalog, Verhältnismässigkeit und Erfolgchancen.
- Entscheidungsbefugnisse (Facharzt) und Entscheidungsabläufe.

- Ankündigung der Massnahme, gründliche Aufklärung und Begründung, ggf. wiederholt, Verhandlung mit dem Kranken, Versuche der Überzeugung, wiederholt.
- Berücksichtigung von Patientenauskünften hinsichtlich von Vorerfahrungen mit einzelnen Medikamenten.
- Information über Beschwerdemöglichkeiten.
- Regelung der Durchführungsabläufe.
- Monitoring der Nebenwirkungen und des Erfolges der Intervention.
- Zeitliche Begrenzung, Abbruch bei ausbleibender positiver Wirkung
- Beschwerdefeste Dokumentation der Abläufe und Begründungen; Überprüfung durch den Chefarzt oder seinen Vertreter.
- Einsetzung einer Beschwerdeinstanz mit Gerichtsbefugnis, die zeitnah entscheidet.

Das mag aufwendig erscheinen. Aber unter dem Gesichtspunkt, dass es sich laut BVerG „bei der medizinischen Zwangsbehandlung eines Untergebrachten mit Neuroleptika (...) um einen besonders schwerwiegenden Grundrechtseingriff“ handelt, ist es angemessen.

Literatur

Appelbaum, P. S. (1994): *Almost a Revolution*. Oxford University Press: New York, Oxford.

Birley, J. (1969): Mündliche Mitteilung.

Gelman, S. (1999): *Medicating Schizophrenia. A History*. Rutgers University Press, New Brunswick and London.