

Asmus Finzen

**Zwischen Freiheitsberaubung und unterlassener
Hilfeleistung. Hilfe, Zwang und Willkür in der
Psychiatrie**

Neun Aufsätze 1984-2013

Stand 3. 10. 2015

Inhalt:

Vorwort 3

Zwischen Freiheitsberaubung und unterlassener Hilfeleistung (1984) 6

Zwischen Hilfe und Gewalt: Ein unausweichliches Dilemma der Psychiatrie (1988) 17

Fürsorgerischer Freiheitsentzug und Patientenrechte (1991) 30

Zwangsmedikation mit Psychopharmaka? Das Recht auf Verweigerung der Therapie. Entwicklungen in den vereinigten Staaten (1993) 39

Hilfe Wider Willen. Zwangsmedikation in der Psychiatrie (1993) 43

Zwangsmedikation und das Recht auf Behandlungsverweigerung. Eine nachgeholte Debatte (2012) 53

Das Bundesverfassungsgericht legitimiert die Zwangsmedikation als „letztes Mittel bei klarer gesetzlicher Regelung“ (2013) 59

Vortrag bei der Anhörung der Zentralen Ethikkommission bei der Bundesärztekammer am 4.5.2012 67

Zwangsmedikation: Die Psychiatrie nach den Urteilen – und davor (2013) 73

Zwischenbilanz 89

Vorwort

Im vorliegenden Sammelband habe ich einen Teil meiner Texte zu Zwang, Zwangseinweisungen, Zwangsmaßnahmen und Zwangsbehandlungen in der Psychiatrie zusammengefasst – alles Maßnahmen, die nicht frei von Willkür sind und die teilweise mit Gewalt gegen psychisch Kranke verbunden sind. fünf der berücksichtigten Arbeiten sind zwischen 1984 und 1993 entstanden. Ich halte sie für unverändert aktuell. Sie belegen, dass wir es mit einer immer währenden Problematik zu tun haben. Die übrigen sind von 2012 bis 2015. Diese sind fast alle Reaktionen auf die Urteile des Bundesverfassungsgerichts zur Zwangsmedikation aus dem Jahre 2011, die die psychiatrische Szene heftig durcheinander gerüttelt haben. Ich habe die Arbeiten in ihren ursprünglichen Fassungen übernommen. Dabei war es unvermeidlich, dass sie sich teilweise überschneiden. Bei den Texten handelt sich zum Teil um journalistische Arbeiten, die in der Frankfurter Allgemeinen Zeitung und der Neuen Zürcher Zeitung veröffentlicht wurden. Dass diese Zeitungen so früh viel Raum für meine Beiträge zur Verfügung gestellt haben, zeigt, dass es sich um Themen handelt, die die Öffentlichkeit schon früh bewegt haben. Einige der frühen Beiträge zeigen aber auch, dass die fehlende gesetzliche Regelung der Zwangsmedikation mit rechtsstaatlichen Grundsätzen nicht vereinbar war.

Behandlung Wider Willen, Behandlung unter Zwang, Zwangsmaßnahmen wie Zwangseinweisung, Isolation, Fesselung(Fixierung) und Zwangsmedikation sind immer währende Probleme in der Psychiatrie. Der große italienische Psychiatrie-Reformer Franco Basaglia hat einmal von der Janusköpfigkeit unseres Faches gesprochen: die Psychiatrie bewege sich zwischen Hilfe und Gewalt. Er hat natürlich Recht. Diese doppelte Gesichtigkeit ist das immer währende Dilemma der Psychiatrie – zumindest jener Psychiatrie, die sich ihre Patienten nicht aussuchen

kann, die verpflichtet ist, jeden zu behandeln, der zu ihr kommt oder ihr zugewiesen wird.

Dazu gehören auch jene Kranke, die unter ihrem Leiden Ihre Urteils- oder ihre Entscheidungsfähigkeit verloren haben, die sich geplagt von Verfolgungs- oder Wahnideen nicht mehr im angestammten sozialen Raum zurechtfinden und dann in ihrer Not manchmal tötlich werden. Dann sind wir verpflichtet, sie vor Schaden zu schützen, aber auch Dritte davor zu bewahren, Schaden zu nehmen. Das ist nicht unbedingt psychiatrischer Alltag. Aber es kommt vor. Die Psychiatrie hat sich auf solche Situationen einzustellen und sie möglichst gewaltfrei oder doch gewaltarm zu bewältigen.

Bedauerlicherweise gibt es viele psychiatrische Institutionen, die sich diesem gesellschaftlichen Auftrag entziehen, so dass Kranke in solchen Situationen gehäuft in öffentlichen Krankenhäusern aufgenommen werden müssen. Besonders schwierig wird das, wenn psychisch kranke selber Gewalt ausgeübt haben und dann in Kliniken zur Behandlung eingewiesen werden oder von Gerichten zu Maßnahmen der Sicherung verurteilt werden, in denen der Behandlungsauftrag nicht mehr an erster Stelle steht.

Lange Zeit bewegte sich die psychiatrische Behandlung jenseits der Zwangseinweisung in einem mehr oder weniger „rechtsfreien“ Raum. Es lag im Ermessen der Verantwortlichen Behandelnden, wie sie mit den Kranken umgingen, und wie sie kritische Situationen – das bedeutet auch gewalttätige Situationen - bewältigten. Weder die Zwangsbehandlung mit Medikamenten, noch die Isolierung und die Fixierung von Kranken waren rechtlich geregelt. In den Anstalten galten interne Regeln – Wie lange Zeit auch in Gefängnissen, Schulen oder Familien. Man sprach in dem Fall von einem inneren Gewaltverhältnis.

Der amerikanische Psychiatriekritiker Ervin Goffman sprach von „totalen Institutionen“ Man mag einwenden, die Familie gehören nicht dazu. Aber wir sollten uns bewusst sein das die Verrechtlichung der inneren Gewaltverhältnisse auch in den Familien etwas relativ neues ist: sehr lange was selbstverständlich, dass die Eltern ihre Kinder schlagen oder anderweitig disziplinieren durften. Erst vor wenigen

Jahren wurde die Gewalt zwischen Ehepartnern zu einem Straftatbestand. Und in anderen Kulturen gelten andere Regeln, die so weit gehen können, dass sie den Ehrenmord zur Pflicht machen.

Die Verrechtlichung der inneren Gewaltverhältnisse im Militär und in Haftanstalten fand deutlich früher statt als in den Schulen und den Familien. Die psychiatrischen Institutionen waren hier eindeutig Nachzügler. Ein zentrales Problem fehlender rechtlicher Regelungen ist die Entgleisungsmöglichkeit in eine Kultur der Willkür in solchen Institutionen. Und die hat immer wieder auch stattgefunden – auch in der Psychiatrie. Deshalb war es höchste Zeit, dass das Bundesverfassungsgericht in zwei Urteilen aus dem Jahre 2011 die gesetzliche Regelung der Zwangsbehandlung forderte. Die Urteile sorgten für große Unruhe innerhalb der Psychiatrie. Aber sie waren unabdingbar. Man kann sogar die Auffassung vertreten, sie gingen nicht weit genug: die rechtliche Regelung von anderen Zwangsmaßnahmen steht noch aus; und ohne jeden Zweifel wird sie in den nächsten Jahren kommen. Für die digitale Aufarbeitung der Texte danke ich Barbara Finzen.

Zwischen Freiheitsberaubung und unterlassener Hilfeleistung.

Text aus der FAZ vom 18. Juli 1984 Nr. 156 (Die Gegenwart S. 6)

Es ist gewiss nicht ohne Reiz, die gegenwärtige Situation in der Psychiatrie unter dem Blickwinkel des Schlagwortes von der Wende zu betrachten. Aber die Übertragung von Schlagworten aus der Politik auf Teilbereiche der Krankenversorgung, der Medizin und des Sozialwesens birgt auch Gefahren. Deren schwerwiegendste ist kurz schlüssiges Denken. Die Entwicklung von Psychiatrie und Politik verläuft ebenso wenig synchron wie die von Kunst und Politik. Die Parallelität der Psychiatriereform in der Bundesrepublik mit dem Versuch der „sozialliberalen“ Koalition Willy Brandts, „Reformen zu wegen“, betrifft nur die Gleichzeitigkeit. Inhaltlich war sie eher zufällig. Dazu passt, dass die Verwirklichung der Psychiatriereform der ausgehenden sechziger Jahre durch konservativ-liberale Politiker möglich wurde – wie die CDU-Abgeordneten Picard und Martin – und nicht durch „sozial-liberale“ oder gar „sozial-radikale“.

Die Psychiatriereform in der Bundesrepublik, die mit der Enquete begann, hat vor allem drei Wurzeln. Zum einen ging es um die Überwindung der elenden, menschenunwürdigen Lebensbedingungen in den psychiatrischen Krankenhäusern, die die Enquete noch einmal bekanntgemacht hat. Die Spannung zwischen dem Wohlstand in der Gesellschaft draußen und dem Elend und der Vernachlässigung drinnen in den Anstalten war unerträglich geworden.

Zum anderen ging es um die rechtliche und soziale Gleichstellung der psychisch Kranken, um die Aufhebung ihrer Ausschließung, um ihre Rückkehr in die Gemeinde – eine Forderung, die der dänische Psychiater Strömngren (1970) einmal in dem eingängigen Satz zusammen gefasst hat. „Der psychisch Kranke hat das Recht, das Krankenhaus durch das gleiche Tor zu betreten wie jeder körperliche Kranke.“ Gegenüber den Forderungen der italienischen Reformpsychiater, die die

Ausgrenzung der Kranken vollends aufheben wollten, war das eine fast konservative Formulierung.

Die Frage nach dem Behandlungsziel

Zum dritten aber ging es bei der Psychiatriereform um die Anpassung des psychiatrisch-therapeutischen Alltags an die seit Anfang der fünfziger Jahre radikal veränderten therapeutischen Möglichkeiten der Psychiatrie. Es ging – um ein Schlagwort von damals zu verwenden – um die Überwindung der kustodialen, der verwahrenden Psychiatrie der Vergangenheit zugunsten einer therapeutisch und rehabilitativ orientierten Psychiatrie der Gegenwart und der Zukunft.

Ich will nicht im einzelnen darauf eingehen, was die Wende von der Verwahrung zur Therapie herbeigeführt hat: ob die Schockverfahren, die Psychopharmaka, die Psychotherapie, die Wiederentdeckung von Arbeits- und Beschäftigungstherapie oder die therapeutischen Gemeinschaftsbewegung. Entscheidend war die Veränderung der Einstellung der Grundhaltung der Therapeuten und schließlich – mit einiger Verzögerung – der Öffentlichkeit dazu, was gut für den Kranken ist und welches Behandlungsziel erreicht werden soll.

Für die alte Psychiatrie waren Bewahrung – Verwahrung – und Schutz vorrangig. Die neue Psychiatrie war bereit, für Therapie und Rehabilitation hohe Risiken zu tragen. Dahinter stand bei den psychiatrischen Therapeuten ein ungeheurer, heute kaum noch nachvollziehbarer Optimismus. Weil bei Anwendung der neuen Denkkategorien und der Verwendung der neuen Methoden so vieles möglich schien, bestand die Neigung, Grenzen zu verleugnen. Der Beginn der Pharmakopsychiatrie in den fünfziger Jahren hatte der Sozialpsychiatrie auf den Weg geholfen. Und mit unserer sozialpsychiatrischen Sichtweise glaubten viele, all die Erklärungen liefern zu können, die die biologisch-psychiatrische Forschung bis dahin schuldig geblieben war. Der makrosoziologischen Ansatz Hollingsheads und Redlichs über die Beziehung von sozialer Klasse und seelischer Krankheit, verbunden mit dem mikrosoziologischen Erklärungsmodell der Familienforschung, entschlüsselte die Entstehung der Schizophrenie. George Browns und John Wings Forschungen über den Institutionalismus in psychiatrischen Krankenhäusern erklärten den chronischen

Krankheitsverlauf zum Artefakt, als Hospitalisierungsschaden. Die Live-event-Forschung schließlich; die Lehre von der Bedeutung der lebensverändernden Ereignisse für Auslösung und Verlauf psychischer Krankheiten, brachte den endgültigen Durchbruch der Sozialpsychiatrie. Dadurch wurde die Auseinandersetzung zwischen Reformern und Skeptikern dann zu einer Sache der Moral. Die „guten“ Neuerer konnten das Zögern der Generation vor ihnen nicht verstehen, die mit der kustodialen Psychiatrie aufgewachsen war. In Ihren Augen verwehrten die „Alten“ den Patienten das Recht auf eine zeitgemäße menschenwürdige Behandlung. Die Konservativen hingegen sahen in der in ihren Augen überstürzten Reform des psychiatrischen Versorgungssystems eine Gefahr für die psychisch kranken und die Psychiatrie.

„Hospitalisierungsschäden“

Inzwischen ist Ernüchterung eingetreten. „Hospitalisierungsschäden“ gibt es nicht nur in schlecht geführten Anstalten, sondern auch zu Hause, in der Familie, in der eigenen Wohnung, in der beschützenden Wohngemeinschaft oder im Heim. Chronische psychische Krankheit ist etwas, auf das wir uns einzurichten haben. Je nach Standort und nach Mentalität waren die Reaktionen unterschiedlich. Die Kampagnen der „Deutschen Gesellschaft für Soziale Psychiatrie“ zur Auflösung der psychiatrischen Großkrankenhäuser, beinahe zehn Jahre nach dem Kompromiss der Enquete, war einer von vielen Versuchen, die Ernüchterung zu verleugnen.

Sozialpsychiatrie, das wurde schnell deutlich, ist nur eine Sichtweise der Psychiatrie - eine von mehreren, kein neues Paradigma. Derzeit treten andere Aspekte der Psychiatrie wieder in den Vordergrund: Insbesondere in der Pharmakopsychiatrie ist eine lebhafte und auch fruchtbare Forschungstätigkeit im Gange, obwohl größere Erfolge bisher ausgeblieben sind. Psychiater mit sozialpsychiatrischer Orientierung betrachten die Verlagerung der Forschungsaktivitäten auf das biologisch-psychiatrische Gebiet mit Unbehagen.

So ist es fraglich, ob von einer Wende in der Psychiatrie gesprochen werden darf. Der Sozialpsychiatrie ist nichts anderes geschehen als der genetischen, der biologischen und der biochemischen Forschung: Sie ist nah einem kühnen

Höhenflug die Ergebnisse schuldig geblieben, die sie sich erhofft und anderen versprochen hatte. Die gegenwärtige Entwicklung kommt von den unterschiedlichen Sichtweisen zu einem gemeinsamen Ansatz, der in der Praxis mit der Anwendung von Psychopharmakotherapie, Psychotherapie und soziotherapeutischen Verfahren ja längst realisiert ist. Diese Tendenz zur Konvergenz schlägt sich nieder in der Hinwendung aller Richtungen zur Beschäftigung mit der Klassifikation psychiatrischer Erkrankungen. Zu deutlich ist geworden, dass unterschiedliche Ergebnisse und Befunde oft damit zusammenhängen, dass unterschiedliche Patientengruppen unter identischem Etikett erforscht und behandelt wurden.

Gegenwärtig herrscht in der Psychiatrie mehr Ratlosigkeit vor, als dass von einer Wende in eine bestimmte Richtung gesprochen werden könnte. Die vielfach diagnostizierte Krise und der drohende Zerfall der Psychiatrie sind, so paradox das zunächst erscheinen mag, vor allem auf die überwältigenden Erfolge der Psychiatrie während der vergangenen dreißig Jahre zurückzuführen. Die Anwendung psychotherapeutischer und sozialtherapeutischer Verfahren sowie von psychotropen Medikamenten hat überall in der Welt zu einer Umwälzung der psychiatrischen Versorgung geführt, die wiederum neue, noch nicht bewältigte Folgen mit sich brachte. Die enge Verflechtung von biologischen, psychologischen und sozialen Aspekten in der Psychiatrie stellt die Forschung vor ungewöhnliche Schwierigkeiten. Das mit psychischer Krankheit zugleich verbundene vielfältige Leid begünstigt die Verkündung von halbwissenschaftlichen Heilslehren. Vor diesem Hintergrund sind die Vorstellungen über die Zukunft der Psychiatrie bescheiden geworden. Ernüchterung ist nicht nur bei den Sozialpsychiatern eingetreten, sondern auch bei biologisch und biochemisch orientierten Psychiatern, bei Psychopathologen und Psychotherapeuten. Insbesondere bei den bis vor wenigen Jahren in der westlichen Welt unangefochten dominierenden Psychoanalytikern herrscht Katzenjammer.

Das Zusammenbröseln der Psychoanalyse als herrschender psychotherapeutischer Lehre ist nicht mehr zu übersehen. Die Bastionen, die die Psychoanalyse im Bereich der ärztlichen Psychotherapien in den Vereinigten Staaten wie in der Bundesrepublik erobert hat und zäh verteidigt, täuschen über den Ernst der Lage hinweg. Verhaltenstherapie und Gesprächstherapie als seriöse Konkurrenten haben mit ihr

gleichgezogen. Sie schicken sich an, sie zu überholen. Beide sind möglicherweise nicht leistungsfähiger, aber sie sind forschungsfreudiger, flexibler, weniger aufwendig zu erlernen und weniger exklusiv als das von psychoanalytischen Vereinigungen sorgsam behütete Erbe Sigmund Freuds.

Die Zersplitterung der Psychotherapie in eine Vielzahl von mehr oder weniger seriösen Methoden ist Ausdruck einer tiefgreifenden und anhaltenden Krise, die erst überwunden werden wird, wenn es gelingt, Kriterien der Wirksamkeit und der Wirkungsweise von Psychotherapie fassbar zu machen, die jenseits der Persönlichkeitseigenschaften des Therapeuten an seiner Suggestivkraft oder seiner Scharlatanerie liegen. Immerhin – die psychotherapeutische Prozessforschung, wie sie inzwischen an vielen Stellen von Verhaltenstherapeuten, Gesprächspsychotherapeuten und vereinzelt auch von Psychoanalytikern betrieben wird, bietet erste Ansätze. Diese weisen auf eine Konvergenz der Methoden.

Der hier wiedergegebene Stand der Psychiatrie zeigt, dass nicht von einer „Wende“ gesprochen werden kann. Krise wäre richtiger: Krise der Sozialpsychiatrie, Krise der Psychotherapie und der biologischen Psychiatrie, die in Ansprüchen und Methoden als erste allmählich zu sich selber zu finden scheint. Eine Überwindung der Krise dürfte nur durch mehr und intensivere Forschung möglich sein. Der Reformschub der letzten fünfzehn Jahre, mit dessen Ergebnissen alle nicht zufrieden sind, hat uns so viele unbewältigte neue Aspekte von Psychiatrie und psychiatrischer Krankenversorgung vermittelt, dass diese Fülle zum Bestandteil der Krise des Selbstverständnisses und der Ratlosigkeit der Psychiatrie geworden ist.

Die Krise des Selbstverständnisses bleibt nicht ohne Auswirkungen auf die Beziehung zwischen Psychiatrie und Politik. Sie macht es zur wichtigsten Forderung der Politik an die Psychiatrie, sich jenseits von Schul- und Methodenstreitigkeiten verständlich zu formulieren. Schließlich ist zu bedenken, dass Politik und Öffentlichkeit neben den internen Streitigkeiten der Schulpsychiatrie durch Funk und Zeitungen immer noch mit psychiatrischen Utopien und antipsychiatrischen Ideen konfrontiert sind, die ja auch von Psychiatern in die Welt gesetzt worden sind, ob sie nun David Cooper, Ronald Laing oder Thomas Szasz heißen. Die Psychiatrie hat es der Politik schwergemacht, die Bedürfnisse zu verstehen und ihnen gerecht zu

werden; sie hat es ihr aber leichtgemacht, über sie hinweg zur Tagesordnung überzugehen. Solange die Psychiater noch darüber streiten, ob es Schizophrenie gibt oder nicht, ob psychiatrische Krankenhausbetten gebraucht werden oder nicht, wird es keine Lobby für die Patienten geben. Solange wird es selbstverständlich sein, dass die Bedürfnisse der Träger der psychiatrischen Krankenversorgung vor den Bedürfnissen der Kranken rangieren. Beim Überdenken der Beziehung zwischen Psychiatrie und Politik gilt es, diese Art von kleinkariertem Interessenbewahrung zu berücksichtigen. Sie kann Reformbestrebungen größere Hemmnisse entgegensetzen als sozialpolitischen Grundsatzunterschiede. Der Weg zurück zur Heil- und Pflegeanstalt, der überall in der Bundesrepublik im Gespräch ist, und auf dem das Land Baden Württemberg so munter vorangeschritten ist, scheint ein weiteres Beispiel für den Vorrang von Trägerinteressen vor Patienten Bedürfnissen zu sein. Kostentransparenz wird als Grund für die räumliche Trennung von Behandlungs- und Pflegefällen angeführt.

Die Teilung der psychiatrischen Krankenhäuser in Heil- und Pflegebereiche ist das größte Unglück, das die deutsche Psychiatrie seit dem 1. September 1939 getroffen hat. Diese Teilung greift in den Entwicklungsprozess von der kustodialen zur therapeutischen Psychiatrie ein und zementiert die Verhältnisse, die man sich seit anderthalb Jahrzehnten zu überwinden bemüht. Wenn die Krankenhäuser über eigene umfassende Heimbereichen verfügen, wird die Suche nach gemeindenahen individuellen Ersatzlösungen für den behinderten Patienten überflüssig.

Entwicklung einer Therapie für chronisch Kranke

Allerdings ist es noch gar nicht so lange her, dass die Psychiater die chronisch Kranken als Objekte der Therapie entdeckt haben, dass sie angefangen haben, Konzepte für ihre Behandlung zu entwickeln. Bis vor wenigen Jahren galt es als akzeptiert, dass psychiatrische Langzeitstationen mit wenig, kaum qualifiziertem Personal besetzt und ärztlich-psychologisch nebenbei versorgt wurden. Dies entsprach nicht den Bedürfnissen der Patienten, aber das hänge damit zusammen, so hat Kitzig das vor kurzem formuliert, dass chronische psychische Krankheit allenthalben als Ausläufer akuter Störungen missverstanden wird. Entsprechend orientiert sich die Behandlung chronisch Kranker weithin an der Akutmedizin und

ihren Zielen. Dadurch werden ihre Methoden zu „verdünnten Erinnerungen an die Akut-Kranken-Therapie“. Die chronisch Kranken werden vernachlässigt. Sie werden zu früh aufgegeben und zu Pflegefällen erklärt, obwohl Krankheitssymptome bestehen, die besonderer Formen der Behandlung bedürfen. Bei der Entwicklung solcher besonderer Methoden der Chronisch-Kranken-Therapie stehen wir erst am Anfang.

Es kann sein, dass wir die Politik überfordern, wenn wir von ihr erwarten, dass sie diese unsere neuen Erkenntnisse und Erfahrungen auch bald übernimmt. Dazu kommt, dass die Durchsetzung des Anspruchs des chronisch psychisch Kranken auf angemessene Behandlung vermutlich das teuerste Unterfangen ist, das die Psychiatrie jemals in Angriff genommen hat. Denn dafür sind Menschen notwendig, qualifizierte und engagierte Therapeuten. Und das passt natürlich nicht so recht in eine Zeit, in der Sparsamkeit die Devise ist.

Wie kommt es, dass die Psychiater bei der Formulierung der Ansprüche ihrer Patienten so wahnsinnig unsicher sind? Woran liegt es, dass sie keine Gefühl dafür haben, was angemessen ist und was nicht? Somatische Medizin darf teuer sein; Psychiatrie muss billig sein, insbesondere Psychiatrie mit chronisch Kranken. Der mittlere Pflegesatz für psychiatrische Krankenhäuser bewegt sich in den meisten Bundesländern immer noch um 120 Mark pro Tag. Dafür gibt es nur eine Erklärung. Es handelt sich um eine späte Nachwirkung der Ermordung der psychisch Kranken und der Zerstörung der Psychiatrie im Dritten Reich. Die Tabuisierung dieses Themas durch Psychiatrie und Gesellschaft in den ersten Jahrzehnten des Wiederaufbaus hat eine Verunsicherung darüber zurückgelassen, was wir billigerweise für unsere Patienten und für uns fordern dürfen. Die Beantwortung der Frage nach dem angemessenen Standard psychiatrischer Versorgung ist eine wesentliche moralische Angelegenheit, die die Psychiatrie ebenso betrifft wie die Politik und die Bevölkerung, die die Politik legitimiert. Es spricht einiges dafür, dass die vorrangigen Aufgaben der Psychiatrie unseres Jahrzehnts moralische Aufgaben sein werden.

Schon jetzt zeichnen sich neue Schwierigkeiten ab. In den siebziger Jahren dominierte die brutale Realität der psychiatrischen Krankenversorgung. Heute ist es

in nie gekannter Deutlichkeit der Konflikt zwischen der helfenden Funktion und der Aufgabe, gegebenenfalls auch Dritte zu schützen.

Die allgemeine Menschenrechtsdiskussion hat auch die Psychiatrie erfasst; und man kann nicht behaupten, dass sie von besonderem Vertrauen zu den Therapeuten getragen wird. In der heutigen Situation des Übergangs bestehen große Unsicherheiten über die Rechte der Patienten und die Pflichten der Psychiater auf der einen Seite wie über die Pflicht der Gesellschaft auf der anderen Seite. Die psychisch Kranken leben unter uns – das bedeutet, Belastungen zu ertragen und Toleranz zu üben.

Verschiedene Bundesländer haben der neuen Entwicklung durch Erlass von Gesetzen für psychisch Kranke Rechnung getragen. Diese haben das alte Ordnungsrecht zur Unterbringung psychisch Kranker abgelöst. In den neuen Gesetzen werden die Bedingungen präziser formuliert, unter denen eine unfreiwillige Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus möglich ist. Dort wird auch ausdrücklich bestimmt, dass Kranke nur einem Freiheitsentzug unterworfen werden dürfen, der dem Zweck der Unterbringung entspricht. Die Formeln der Gesetze sind noch nicht inhaltlich gefüllt. Aber die ersten Obergerichtsurteile weisen darauf hin, dass die Rechte des einzelnen Kranken an Gewicht gewinnen. So hebt etwa das Landgericht Hannover den Unterbringungsbeschluss bei einem chronischen Alkoholkranken mit der Begründung auf, die bisherige, fünf Jahre andauernde Behandlung sei erfolglos geblieben. Da auch in Zukunft kein Behandlungserfolg zu erwarten sei, lässt sich die weitere Unterbringung nicht rechtfertigen. Dass der Betroffene seine Umgebung gefährde, könne bisher nur „bezüglich des Randalierens, Schimpfens und Drangsalierens seiner Umgebung „ festgestellt werden. Die Betroffenen müssten dann gegebenenfalls die Polizei einschalten. Zwar könne er bei seinem Verhalten und der von ihm selbst gesehene Rückfallgefahr kaum auf eine dauerhafte Unterkunft rechnen. Aber: „Auch diese Gefahren für den Betroffenen beeinträchtigen ihn nach Auffassung der Kammer nicht mehr, sondern eher weniger als die von ihm als unzumutbar erlebte unabsehbar fortdauernde Unterbringung in einer geschlossenen Anstalt.“

Ähnlich urteilt die gleiche Kammer anlässlich der Beschwerde einer psychotischen Patientin. Ihr Verhalten – lautes Schreien und Schimpfen in der Öffentlichkeit und Anpöbeln von Mitmenschen – sei zwar lästig, aber keine dringende Gefahr für die öffentliche Sicherheit und Ordnung. Da mehr als fünfzehn vorangegangene psychiatrische Krankenhausaufenthalte keine wesentliche Besserung gebracht hätten, sei auch jetzt keine Heilung zu erwarten. Andererseits werde eine Entlassung nicht zu einem schwerwiegenden gesundheitlichen Schaden führen. Da der Gesundheitszustand der Betroffenen nach einem Gutachten der Klinik nur durch Medikamente gebessert werden könne, sie diese aber verweigere, sei sie auf ihren Antrag zu entlassen.

Es bleibt abzuwarten, wie die Gerichte Fragen von Ausgang und Beurlaubung interpretieren werden. Die Tendenz scheint aufgrund der bisher vorliegenden Gerichtsurteile klar zu sein. Der psychisch Kranke wird nicht mehr von vornherein als unmündig angesehen. Ihm wird ein Höchstmaß an Eigenverantwortlichkeit zugewilligt – möglicherweise mehr, als er erfüllen kann. Aber die freiheitsentziehende Maßnahme wird als einschneidender aufgefasst als die zugegebenermaßen unvollkommene psychiatrische Hilfe.

Mit solchen Urteilen wird die Psychiatrie arbeiten können. Aber sie erlegen ihr neue Risiken auf, zugleich verlangen sie, manchmal auch auf mögliche Therapie zu verzichten, wenn der Patient sie ablehnt. Die eigentliche Frage besteht darin, ob die Gemeinschaft der Gesunden breit ist, die Risiken und Belastungen zu tragen, die mit dem vermehrten Leben sichtbar psychisch Kranker und Behinderter in ihrer Mitte verbunden sind. Es gibt Anzeichen dafür, dass das nicht der Fall ist. „Es gibt“, wie der angloamerikanische Psychiatriekritiker Erving Goffman schreibt, „in unserer Gesellschaft nicht deshalb Heilanstalten, weil Aufseher, Psychiater und Pfleger einen Arbeitsplatz brauchen; es gibt sie deshalb, weil eine Nachfrage nach ihnen besteht. Wenn heute alle Heilanstalten eines bestimmten Gebiets geleert und geschlossen würden, dann würden morgen Verwandte, Polizisten und Richter den Ruf nach neuen Anstalten anstimmen. Und sei, die in Wahrheit die Klienten der Heilanstalt sind, würden nach einer Institution verlangen, die ihre Bedürfnisse befriedigt. Der in der Anstalt tätige Psychiater selbst hat keine leichte Rolle.“

Unliebsame Zwischenfälle

Es kann kein Zweifel bestehen, dass die neue Psychiatrie solche Bedürfnisse weniger gut befriedigt als die klassische Verwahrspsychiatrie. Eine offene Psychiatrie, die die individuellen Freiheitsrechte der Betroffenen in größerem Umfang berücksichtigt, nimmt vermehrte unliebsame Zwischenfällen in Kauf. Nur Kranke, die Ausgang oder Urlaub haben oder die entlassen sind, können Verkehrsunfälle erleiden oder verursachen oder in anderer Weise verunglücken. Nur sie können – wie Gesunde - betrunken auffallen, in eine Schlägerei geraten oder vorsätzlich einen Schaden verursachen. Solche Zwischenfälle kommen vor. Immer häufiger ermittelt die Staatsanwaltschaft wegen Verletzung der Aufsichtspflicht gegen Therapeuten. Immer häufiger treten geschädigte Bürger mit Schadenersatzforderungen an psychiatrische Einrichtungen heran. Eine eindeutige Tendenz der Rechtsprechung ist noch nicht zu erkennen. Vor allem aber ist keine durchgehende Übereinstimmung mit jenen Urteilen der Unterbringungsrichter zu sehen, die den psychisch Kranken größere Freiheit einräumen. Das Dilemma ist da. Manche Psychiater erlegen es wie einen Schraubstock.

Unter welchen Bedingungen beispielsweise dürfen oder müssen Ärzte einen Lebensmüden gegen seinen Willen behandeln, der keine Zeichen einer psychotischen Störung bietet? In Dänemark darf man es nicht, weil das Gesetz es verbietet. Die Schweizer Gesellschaft für Psychiatrie gesteht dem neurotischen Suizidgefährdeten Entscheidungsfreiheit zu. Kann ein psychisch Kranker krankheitsuneinsichtig sein, wie ein körperlich Kranker, ohne dass das Krankheitssymptom ist? Wie ist die Rechtssituation – und wie ist die ethische Situation? - , wenn die Symptome der Krankheit durch Medikamente unterdrückt sind, wenn wir aber genau wissen, dass sie innerhalb von Tagen oder Wochen wiederkehren, wenn der Patient entlassen wird? Aber der Patient trifft seine Entscheidung bei klarem Verstand. Er ist imstande, die Gefahr eines Rückfalls zu begreifen. Dürfen wir ihn daran hindern? Darf das Gesetz ihn daran hindern, den Rückfall in Kauf zu nehmen?

Die Bürde der Bewältigung

Was ist eine dringende Gefährdung der öffentlichen Sicherheit und Ordnung? Nicht wenige Kranke werden in ein psychiatrisches Krankenhaus gebracht, weil sie gegen einen Angehörigen die Hand erhoben haben, Alkoholiker, weil sie in eine Schlägerei verwickelt waren. Bei manchen Kranken wird unterstellt, sie könnten das Gas anlassen. Ist das eine dringliche Gefahr? Ist die Aggressivität nicht möglicherweise persönlichkeits- und nicht krankheitsbedingt? Ist der Ruf nach dem Psychiater statt nach der Polizei für den Betroffenen wirklich immer der bessere Weg? Und schließlich: Unter welchen Bedingungen ist die Psychiatrie verpflichtet, unter welchen Bedingungen ist sie berechtigt, Gewalt anzuwenden, etwa Medikamente gegen den Willen des Kranken zu geben, Kranke schlimmstenfalls zu fesseln, wenn andere Mittel erschöpft sind? Thomas Szasz ist nicht müde geworden, die Psychiatrie zu ächten, die Gewalt anwendet. Tom Birley, praktischer und theoretischer Sozialpsychiater vom Londoner Maudsley Hospital, hat eine Gegenposition dazu formuliert: „Es gibt Situationen, in denen der Patient ein Recht darauf hat, gegen seinen Willen behandelt zu werden.“

Es gibt offensichtlich mehr Fragen als Antworten. Die Antworten im psychiatrischen Alltag sind weniger von ethischen und ideologischen als von praktischen Gesichtspunkten bestimmt. Sie sind nur allzu häufig das Ergebnis einer Gratwanderung zwischen Freiheitsberaubung und unterlassener Hilfeleistung, zwischen zu früher Entlassung – so sagen die Angehörigen und die einweisende Ärzte – und zu langer Zurückhaltung – so sagen die Unterbringungsrichter. Die Psychiatrie muss mit der Bürde dieser Verantwortung leben. Psychiatrie hat etwas mit der Bewältigung sozialer und psychischer Unordnung zu tun. Das kann ihr, wenn sie menschlich ist, nur in begrenztem Umfang gelingen. Die Menschlichkeit der Psychiatrie aber versteht sich nicht von selber. Sie wird nur durch ständige Wachsamkeit und Kontrolle der Öffentlichkeit gewährleistet – durch die Mitarbeiter, die Angehörigen, die Aufsichtsbehörden, die Medien, die Gerichte, die Kirche und Verbände und die Gemeinschaft der gesunden Bürger. So gesehen ist Psychiatrie keine Angelegenheit von Kranken und Therapeuten allein.

Zwischen Hilfe und Gewalt: ein unausweichliches Dilemma der Psychiatrie (1988)

Vortrag anlässlich des Symposiums über Gewalt in der Psychiatrie in Hildesheim am 16. Und 17. Mai 1987. Veröffentlicht in den Fundamente Psychiatrica 1988; 2:8-1

Die Psychiatrie ist eine Institution zwischen Hilfe und Gewalt. Das Wesen psychischen Leidens ist das Dilemma unlösbar erschienen. Aber es ist zu bewältigen, indem wir uns damit konfrontieren. Die Einweisung gegen den Willen, die Zwangsbehandlung, Suizid und Suizidversuch, Gewalt von seitens psychisch Kranker und sogenannte „besondere Vorkommnisse“ sind Geschehnisse, die die Gratwanderung der Psychiatrie zwischen Hilfe und Gewalt markieren

„Es gibt in unserer Gesellschaft nicht deshalb Heilanstalten, weil Aufseher, Psychiater und Pfleger einen Arbeitsplatz brauchen; es gibt sie deshalb, weil eine Nachfrage nach ihnen besteht. Wenn heute alle Heilanstalten eines bestimmten Gebiets geleert und geschlossen würden, dann würden morgen Verwandt, Polizisten und Richter den Ruf nach neuen Anstalten anstimmen. Und sie, die in Wahrheit die Klienten der Heilanstalt sind, würden nach einer Institution verlangen, die ihre Bedürfnisse befriedigt. Der in der Anstalt tätige Psychiater selbst hat keine leichte Rolle.“

Diese Sätze klingen wie eine Apologie des Psychiaters und der Psychiatrie. Aber, der sie so gelassen niedergeschrieben hat, ist keiner „von uns“. Dieses Zitat stammt aus dem Schlusskapitel des Buches von Erving Goffman „Asyle“ (1972), das die Kritik an der institutionellen Psychiatrie als eines der ersten so erfolgreich popularisiert hat.

Bei näherem Hinsehen zeigt sich, dass keineswegs eine Apologie gemeint ist, sondern die Umschreibung eines Dilemmas. Denn, so Goffman, am Schluss seiner Analyse: „ich will nicht behaupten, ich wüsste einen besseren Weg, mit Menschen umzugehen, die als Geisteskranke bezeichnet werden.“

Diese Ratlosigkeit, die sich bei zahlreichen ernsthaften Kritikern der Psychiatrie wiederfindet, hat ihre Wurzel in jener unguuten, aber wohl unvermeidlichen Doppelfunktion der Psychiatrie: zum einen, dem Klienten zu helfen, zum zweiten, jene anderen, „Verwandte, Polizisten und Richter“- Repräsentanten der Ordnungsgesellschaft – vor ihnen zu schützen, von ihnen zu entlasten, zu befreien.

Verleugnet man die erste, die helfende Funktion, kritisiert man die Psychiatrie folgerichtig als Institution der Gewalt (1); verleugnet man die zweite, die Ordnungsfunktion, verklärt man die psychiatrischen Einrichtungen ebenso folgerichtig wie fast zu „Krankenhäusern wie allen anderen auch“. Wird die helfende Funktion vernachlässigt, so wird die Psychiatrie tatsächlich zu einer reinen Institution der Gewalt, zu einem Ort der Verwahrung. Vernachlässigt man die zweite Funktion, den Schutz der Gesellschaft, die Entlastung der Mitbetroffenen, ist es wahrscheinlich, dass es deswegen allein keine bessere Psychiatrie gibt, sondern dass die Gesellschaft, die sich von der Psychiatrie im Stich gelassen fühlt, andere Mittel und Wege findet, mit jenen Menschen fertig zu werden, die psychosozial abweichendes Verhalten zeigen, das als psychische Krankheit definiert und erlebt wird. Das Gefängnis ist so eine Alternativlösung. Wie viele seiner Insassen könnte man nicht ebenso gut als psychisch krank klassifizieren? Die Karriere des Landstreichers, des isolierten entwurzelten Bewohners einer Obdachlosenunterkunft am Stadtrand eine andere. Es gibt weitere, auch subtilere Möglichkeiten, ohne dass das hier weiter ausgeführt werden muss.

Die Erklärung für diese in ihrer Vielfalt doch einheitliche Reaktionsweise der Einschließung, Ausschließung oder der Gängelung ist ebenso einfach wie brutal. Abweichendes Verhalten, das als psychische Krankheit definiert wird, wird von den Sozialwissenschaften ja nicht aufgrund irgendwelcher Willkür auf der Skala der möglichen Formen abweichenden Verhaltens irgendwo zwischen „gewöhnlicher“ Krankheit und Kriminalität eingeordnet, sondern weil es von der Bevölkerung, von den Angehörigen, den Ordnungshütern, den Gesetzemachern und sogar den Kranken genau so erlebt wird.

Wenn wir das möglicherweise differenzierter sehen, so ist das Folge eines langen beruflichen Sozialisationsprozesses.

Auf der anderen Seite ist festzuhalten, dass auch die übrige Medizin keineswegs gewaltfrei ist. Stahl und Strahl, Laser und Zytostatika, invasive Verfahren zur Diagnostik, und nicht zuletzt der Elektroschock als selbstverständliche Interventionsmethode beim Herzkammerflimmern sprechen ihre eigene Sprache. Es ist mehr als eine ironische Marginalie, dass die Abbildung eines Elektroschockgerätes in einem sonst sehr schönen, psychiatriekritischen Bildsachbuch, die die kühle Brutalität der modernen Psychiatrie zeigen soll, in Wirklichkeit einen Defibrillator an einem Intensivplatz einer Inneren Klinik darstellt. Damit nicht genug: Auch die Abbildung eines Kranken während der Elektrokrampfbehandlung ist nicht stimmig. Sie zeigt einen Patienten unter der EEG-Haube bei der Ableitung eines Hirnstrombildes.

Wir tun gut daran, uns ins Bewusstsein zu rufen, dass unsere Kollegen in der Chirurgie und der Inneren Medizin sich lange Zeit sehr schwer damit getan haben, dass die Juristen ihre Eingriffe in die Körpersphäre des kranken Menschen schlicht als Körperverletzung klassifizieren, die nur durch die Zustimmung des Kranken nach Aufklärung straffrei bleibt. Sie fühlen sich dadurch an die Seite von Raufbolden und Messerstecher gestellt. Sie empfinden, dass ihre Motive ihrem Handeln eine andere Qualität verleihen müssten. Sie haben dennoch unrecht. Allein die aufgeklärte Zustimmung beim geschäftsunfähigen Patienten entscheidet über Recht und Unrecht, über Zulässigkeit oder Unzulässigkeit ihres Handelns. Sie entscheidet darüber, ob die Gewalt, die sie in Form der Narkose, der Operation oder der elektrischen Defibrillation ausüben, erlaubt ist oder kriminell.

Was die übrige Medizin von der Psychiatrie unterscheidet, ist die Tatsache, dass sie in aller Regel auf die aufgeklärte Zustimmung ihrer Patienten zurückgreifen kann, und zwar in solchem Maße, dass ihre blutigen und unblutige Eingriffe in Körper und Psyche erst durch Reflexion als Gewalt identifiziert werden können. In der Psychiatrie ist das anders. Ihre Patienten können wegen ihrer Krankheiten zum Teil gar nicht aufgeklärt zustimmen; zum Teil wehren sie sich ausdrücklich gegen Krankenhausaufnahme und Behandlung; und der Vertrauensvorschuss, auf den

unsere Kollegen von der somatischen Medizin selbstverständlich zurückgreifen können, wird uns nicht gewährt. Uns wird nicht ohne weiteres abgenommen, dass wir bei einem Kranken, der zeitweilig nicht über sich selbst bestimmen kann, in dessen Sinne handeln würden. Das hängt mit einem abgrundtiefen, lang überlieferten Misstrauen gegenüber unserem Können zusammen. Dieses Misstrauen betrifft sowohl unsere Fähigkeit, Krankheit und Gesundheit voneinander abzugrenzen, als auch unsere therapeutischen Möglichkeiten.

Wichtiger noch scheint zu sein, dass die traditionelle Vorstellung, ein guter Arzt sei auch ein guter Mensch, die erst im letzten Jahrzehnt ein wenig abgebröckelt ist, den Psychiater offenbar nie eingeschlossen hat. Populäre Darstellungen in der Psychiatrie verzichten nie darauf, eine Parallele zu ziehen zwischen den klassischen Zwangsmitteln der Psychiatrie, den hilflosen, wie Folter wirkenden historischen Therapieversuchen und dem Elektroschock sowie der "chemischen Zwangsjacke" der Psychopharmakotherapie. Das Bild des Psychiaters ist allzu oft das eines manifesten oder wenigstens latenten Sadisten, der alles Misstrauen verdient hat. Der konstruierte Gegensatz zwischen gewalttätiger Psychiatrie und emanzipatorischer Psychotherapie mag zur Verfestigung dieses Bildes beitragen. Auf dem Wege der Abspaltung werden die guten Anteile im psychiatrisch tätigen Arzt allein dem Psychotherapeuten zugewiesen.

Dieses Bild von Psychiater und Psychiatrie hängt natürlich eng mit unserer zweiten Aufgabe als Psychiater zusammen, unserer Ordnungs- und Schutzfunktion. Die Gewalt, die wir ausüben und mit der wir rechnen müssen, hat eine andere Qualität als die unserer Kollegen, die auf die aufgeklärte Zustimmung der Patienten zurückgreifen können. Die Aufgabe, den Kranken und die Allgemeinheit vor einer dringenden, unmittelbar gegenwärtigen Gefahr zu bewahren, rückt uns in die Nähe der Polizei, die im übrigen neben ihren Ordnungsaufgaben ja auch helfende Funktionen hat. Das Dilemma der neugeschaffenen Berufsgruppe der Polizei-Sozialarbeiter in Image und Selbstverständnis ist dem unseren in mancher Hinsicht vergleichbar.

Wenn wir im Rahmen unserer Tätigkeit Gewalt anwenden, entscheidet oft allein unser Motiv darüber, ob wir gerade eine Ordnungsfunktion oder eine therapeutischen

Aufgabe wahrnehmen. Unser Motiv aber ist einer misstrauischen Öffentlichkeit nicht vermittelbar. Ein Elektroschock bei einem Depressiven hat offensichtlich ganz andere Legitimationsprobleme als die elektrische Defibrillation.

Selbst der unbestrittenen Vorrang therapeutischen Denkens unterliegt noch der Denunziation. In einem ebenso ärgerlichen wie bei Patienten und Angehörigen populären, neu erschienen Buch heißt es: „Die Hauptaufgabe der Psychiatrie ist es, psychisch auffällige Menschen durch Therapie und Rehabilitation wieder an die herrschende Normalität anzupassen... Das Wollen und das Wohlergehen eines psychisch abweichenden Menschen ist dabei sekundär – notfalls wird der Normalisierungsprozess mit Hilfe indirekter oder direkter Zwangsmaßnahme durchgeführt, wobei die schlimmsten Schritte eine Zwangsbehandlung oder die Unterbringung auf geschlossenen Stationen sind“ (6).

Wir kommen nicht daran vorbei, wir müssen für uns selber Klarheit gewinnen und die eigenen Positionen abstecken, zumal es neben der Kritik an der Psychiatrie, zu gewalttätig zu sein, auch noch die andere gibt, zu sorglos mit den uns anvertrauten Kranken zu sein, die Ordnungsaufgabe nicht ausreichen zu erfüllen und uns dadurch der Körperverletzung oder der fahrlässigen Tötung schuldig zu machen oder eine Gefährdung der Allgemeinheit heraufzubeschwören. Solche Kritik wird immer dann laut, wenn ein psychisch Kranker ein spektakuläres Verbrechen begeht. Wenn ein psychiatrischer Patient, wie jüngst in Bielefeld, in brutaler Weise zwei Kinder ermordet, nützt der nüchtern Hinweis überhaupt nichts, dass Gewalttaten psychisch Kranker nicht häufiger sind als die anderer Menschen. Dann wird der Anspruch aller anderen nicht gewalttätigen psychiatrischen Patienten auf Freiheit und körperliche Unversehrtheit von großen Teilen der Öffentlichkeit, insbesondere aber von der Boulevardpresse vom Tisch gewischt. Dann wird leicht unterstellt, alle psychiatrischen Krankenhauspatienten seien potentielle Kindermörder und Vergewaltiger; also müssten alle eingeschlossen werden.

Psychiatrie wird dadurch in mancher Hinsicht zu einer Gratwanderung zwischen Freiheitsberaubung und unterlassener Hilfeleistung. Wir wissen allen, dass die Psychiatrie in allgemein zugänglichen psychiatrischen Krankenhäuser, die sich den Ordnungsaufgabe nicht entziehen können, die davon geprägt ist, dass „nichts

passieren“ darf. Das meldepflichtige und rechtfertigungsbedürftige „besondere Vorkommnis“ ist ein prägendes, ängstigende und in mancher Hinsicht antitherapeutisches Element im Alltag des psychiatrischen Krankenhauses.

Formen der Gewalt

Die Formen der Gewalt, mit denen wir in unserer therapeutischen Arbeit rechnen müssen, sind vielfältig. Sie beginnen mit der Einweisung eines Kranken gegen seinen Willen, setzen sich fort in der Behandlung unter Zwang, in der Notwendigkeit, zu fixieren (fesseln nennt man das in der normalen Sprache). Es zählt zu unseren Aufgaben, den Suizid von Patienten zu vermeiden, denen das Leben wegen ihrer Krankheit unerträglich scheint. Wir müssen Patienten behandeln, die aus ihrer Krankheit heraus gegenüber ihren Partnern, ihren Kindern, ihren Eltern oder gegenüber Dritten Gewalt geübt haben – manchmal, weil sie strafrechtlich zu uns eingewiesen sind, meist aber, nachdem sie ohne Einschaltung von Polizei, Staatsanwaltschaft oder Gerichten zu uns gekommen sind. Wir müssen dann darüber entscheiden, wann die Gefahr vorüber ist. Die Hilfe, die wir dabei von Unterbringungsrichtern oder Strafvollstreckungskammer erfahren, ist in der Regel eher marginal.

Schließlich, dies mag der unangenehmste Aspekt von Gewalt in der Psychiatrie sein, Willkür und Misshandlung von Mitarbeitern gegenüber den Patienten vermeiden und – wenn sie auftritt – verfolgen, Gewalt von Patienten untereinander und gegenüber Mitarbeitern unterbinden. Wir müssen letztlich eine gewaltfreie oder doch möglichst gewaltarme Atmosphäre in den geschlossenen Bereichen unserer psychiatrischen Krankenhäuser erreichen; und das ist nicht leicht.

Ich will versuchen, einige Aspekte von Zwang und Gewalt im Alltag der Psychiatrie skizzenhaft darzustellen

Die Zwangseinweisung

Am geläufigsten sind uns Zwang und Gewalt in Form der Einweisung gegen den Willen des Kranken. Hier werden Zwang und Gewalt von draußen in das

Krankenhaus hineingetragen: Vorausgegangen ist fast immer eine krisenhafte Zuspitzung in der Familie oder in der Öffentlichkeit, wo sich Mitbetroffene – Goffmans Verwandte und Polizisten – nicht anders zu helfen wussten, als den Notarzt einzuschalten und das Psychisch-Kranken-Gesetz zu bemühen. Bei vielen Betroffenen ist der Höhepunkt der Krise bereits überschritten, wenn der Patient im Krankenhaus ankommt – nicht selten in Polizeibegleitung, manchmal gefesselt. Viele können das Hilfsangebot des psychiatrischen Krankenhauses annehmen. Nicht wenige andere gehen kurzfristig, ohne weitere Maßnahmen wieder nach Hause. Zehn Prozent der 2500 jährlichen Aufnahmen unseres Krankenhauses bleiben weniger als 24 Stunden. Viele von ihnen sind mit einer vorläufigen Einweisung gekommen, manche sogar mit einem einstweiligen Unterbringungsbeschluss.

Im Krankenhaus bleibt nicht selten das Gefühl, die Kollegen draußen und die Mitbetroffenen hätten überreagiert. Von draußen kommt gelegentlich das ärgerliche Echo, wir im Krankenhaus würden die Gefahr und die Gefährdung unterschätzen. Das mag ein Zeichen dafür sein, wie wenig trennscharf die Unterbringungskriterien sind, wie unterschiedlich die Sichtweise sein kann, aber auch, wie rasch sie sich verändern. Um so wichtiger ist es, dass wir mit der Entscheidung über die Notwendigkeit nicht allein gelassen werden, dass der Unterbringungsrichter uns noch in der kritischen Situation der Entscheidungsfindung zu Hilfe kommt und nicht erst eine Woche später, wenn die bedrohliche- aber bei Abbruch der Behandlung wiederkehrenden – Symptome bereits wieder unter Kontrolle sind. Der Patient muss vor einer Einweisung in das psychiatrische Krankenhaus vom Richter gehört werden, wenn dies den Umständen nach möglich ist. Das hat das Bundesverfassungsgericht 1980 entschieden (2 BVR 1194/80).

Im gleichen Urteil hat das Gericht darauf hingewiesen, dass die tatsächlichen Verantwortung für die Zwangseinweisung nicht beim Arzt – oder doch nicht bei ihm allein – liegt: Der Richter benötige für seine Entscheidung zwar die sachkundige Hilfe der Ärzte, aber er müsse deren Begriffswelt nicht übernehmen. Das trage dazu bei, dass „der Vernunftlosigkeit des Arztes über den Patienten“ und einer umfassenden staatlichen Gesundheitsvormundschaft begegnet werde. Gerade bei psychischen Störungen, deren Grenzen zum Krankhaften fließend seien, bleibe der Richter deshalb zu einer besonders sorgfältigen Prüfung der Frage aufgerufen, ob den

Störungen auch ein Krankheitswert zukomme, der eine Unterbringung rechtfertige, oder ob das Verhalten des Betroffenen vielleicht nur „allgemein lästig“ sei.

Ich bin davon überzeugt, dass die Verantwortung für alle Beteiligten leichter zu tragen ist, wenn die Frage der Notwendigkeit der Behandlung im psychiatrischen Krankenhaus gegen den Willen des Patienten gerade in uneindeutigen Fällen sorgfältig verhandelt wird. Irrtümer sind nie auszuschließen. Aber gerade bei der an sich erfreulichen Tendenz der Gerichte, auch bei psychisch Kranken im Zweifel dem Freiheitsrecht des Betroffenen den Vorrang zu geben, müssen wir fordern, dass der Richter die Mitverantwortung für einen Suizid, einen folgenschweren Rückfall oder schlimmstenfalls eine Gewalttat mitträgt. Ich habe mich an anderem Ort ausführlich über die Kriterien für eine Krankenhauseinweisung gegen den Willen eines psychisch Kranken geäußert (4). Ich will mich hier deswegen kurzfassen: Sie gestehen zum einen in der Krankenhausbedürftigkeit wegen psychischer Krankheit mit der entsprechenden Gefährdung. Zum anderen, und das scheint mir wichtig hervorzuheben, in einer krankheitsbedingte Aufhebung der Entscheidungs- und Verantwortungsfähigkeit der Betroffenen. Unter diesen Voraussetzungen hat nicht nur die Gesellschaft das Recht, ihn gegen seinen Willen einzuweisen; der Kranke selber hat ein Recht, der Behandlung zugeführt zu werden – und sei es gegen seinen Willen. Klaus Ernst (1983) schreibt dazu: „Wo andere realisierbare Betreuungsmöglichkeiten ausscheiden, kann dieser Zwang gegenüber dem Kranken in der Tat die relativ humanste Lösung bedeuten“ Unerträglich scheint mir aus diesem Hintergrund nur zu sein, dass die Kriterien für eine Einweisung gegen den Willen des Patienten so vage sind, dass die Häufigkeit der Zwangseinweisung in verschiedenen Regionen des Rechtsstaates Bundesrepublik um eine Zehnerpotenz schwankt. Das kann nicht mit rechten Dingen zugehen.

Die Zwangsbehandlung

Viel heikler als die Zwangseinweisung ist die Anwendung von unmittelbarem Zwang zur Behandlung, etwa zur Medikamenteneinnahme, die Fesselung oder die Isolierung von psychisch kranken Patienten. Diese Probleme sind so heikel, weil sie rechtlich zumindest nicht konkret geregelt sind. Sie sind das Ergebnis von Ermessensentscheidungen von Ärzten und anderen Krankenhausmitarbeitern. Ich

zögere, es zu sagen, aber es ist so. Hier sind der Willkür Tür und Tor geöffnet. Die Persönlichkeit, die Gesinnung und die Menschlichkeit der Therapeuten müssen gewährleisten, dass die Kranke nicht missbraucht werden. Unsere Gesellschaft scheint sich trotz des weitverbreiteten Misstrauens in der Bevölkerung weitgehend darauf zu verlassen.

Wir unterstellen, dass die Psychisch-Kranken-Gesetz, die die Zwangsunterbringung regeln, auch die Zwangsbehandlung erlauben, sofern sie nicht in den Kern der Persönlichkeit eingreifen (wie es im Nds. PsychKG heißt); eindeutig ist das nicht. Die Kriterien dafür sind allenfalls krankenhausesintern oder krankenhausträgerintern geregelt. Der Ermessensspielraum ist ungeheuer groß. An seiner Handhabe entscheidet sich, ob psychiatrische Behandlung menschlich ist oder nicht. Im Zusammenhang mit Zwangsmaßnahmen halten sich allzu leicht die Ritualien der totalen Institution, indem Zwang nicht als Not- und Notwehrmaßnahme eingesetzt wird, sondern als Instrument der Disziplinierung. Das muss nicht bis zur Zwangsinjektion oder bis zur Fesselung gehen.

Die Rituale des Zwangs setzen viel früher ein. Ein Beispiel aus der eigenen Klinik aus den letzten Wochen: Eine psychosekranke Patientin mit einer Tendenz zur Verwahrlosung wird nach langem Zögern aus dem Wachsaal in ein Zweibett-Zimmer verlegt, unter der Bedingung, dass sie ihren Bettplatz ordentlich halte und dass sie regelmäßig zur Arbeitstherapie gehe. Als sie die zweite Bedingung nicht einhalten kann, wird sie auf Drängen der Stationsschwester in den Wachsaal zurück verlegt – eindeutig aus disziplinarischen Gründen. Eine medizinische Notwendigkeit bestand nicht. Die Patientin ergriff die Flucht. Zwei Tage später meldete sie sich aus Berlin. Sie werde sich dort einen angemessenen Behandlungsplatz suchen. Ich will es dabei belassen. Aber ich will mich nicht drücken.

Fesselung, Isolierung und Zwangsmedikation sind Notmaßnahmen, die selbstverständlich die richterlichen Sanktionen der Unterbringung zur Voraussetzung haben. Aber dabei dürfte es eigentlich nicht bleiben. Jede dieser Zwangsmaßnahmen bedürfte eigentlich der nachträglichen kritischen Würdigung durch eine Ethik-Kommission. Auch hier müssten wir uns wünschen, dass die Gesellschaft, die uns die Ordnungsfunktionen zugewiesen hat, uns nicht mit unseren Gewissensnöten allein lässt.

Suizid und Suizidversuch

Der Suizid und der Suizidversuch sind Formen der Gewalt des Kranken gegen sich selber. Aber wenn sie sich im Bezugssystem psychiatrischer Behandlung, insbesondere psychiatrischer Klinikbehandlung abspielen, sind wir mitbetroffen und wahrscheinlich auch mit gemeint. Suizidgefährdung ist ein Begleitsymptom vieler psychischer Krankheiten. Aber Suizidalität ist zugleich ein komplexes psychosoziales Geschehen, dem die psychiatrische Diagnose allein nicht gerecht wird. Das macht den Suizid so schwer erfassbar. Das entzieht den Suizid während der psychiatrischen Behandlung unserer perfekten Kontrolle. Dennoch bleibt es unsere Aufgabe, den Patientensuizid durch sorgfältige Diagnostik, menschliche Fürsorge und vorsichtige Therapie nach Kräften zu verhindern und unsere Psychohygiene darauf einzurichten, dass wir an dieser Aufgabe immer wieder scheitern werden.

Gewalt durch psychisch Kranke

Gewalttaten psychisch Kranker gegenüber Dritten sind merkwürdigerweise für die meisten von uns keine so große Bedrohung für unser therapeutisches Selbstverständnis wie der Patientensuizid. Für die Öffentlichkeit hingegen sind sie Anlass zu vielfältigen oft irrationalen Befürchtungen. Böker und Häfner haben Anfang der siebziger Jahre nachgewiesen, dass Gewalttaten psychisch Kranker nicht häufiger sind als solche Gesunder und dass psychisch Kranke, entgegen einem verbreiteten Vorurteil, keineswegs unmotiviert unbeteiligte Dritte angreifen. Wenn es zu Gewalt kommt, sind in aller Regel Angehörige und oder Therapeuten im Rahmen eines verclinchten Beziehungssystems davon betroffen. Dennoch prägen Gewalttaten psychisch Kranker das Bild der Öffentlichkeit vom psychisch Kranken und der Psychiatrie weithin. Die Boulevardpresse leistet ihren immer wiederkehrenden Beitrag zur Pflege dieses Vorurteils, wenn sie Verbrechen, die aus dem Wahn geboren und damit unverständlich sind, in allen schrecklichen Einzelheiten ausbreitet.

Auf der anderen Seite können wir auch nicht sagen, dass Gewalt von seiten psychisch Kranker innerhalb unseres Verantwortungsbereichs keine Rolle spielt. Ich

meine damit nicht jene Gewalt, die an die Ohren des Staatsanwalts dringt, sondern jene, die sich im Krankenhaus und im Familienalltag abspielt. In einer beliebig herausgegriffenen Montagmorgenkonferenz in unserer Klinik wurden gleich drei solcher Vorfälle berichtet: Eine alte Frau kommt zur Aufnahme, weil sie ihre Nachbarin mit einem Messer angegriffen hat, nachdem sie geglaubt hat, diese wolle sie vergiften. Ein langjährig hospitalisierter Patient hat einen Krankenpfleger angegriffen und verletzt, als er in einer plötzlich einschließenden psychotischen Idee ihr für seinen Henker hält. Ein psychotischer junger Mann hat die Wohnung kurz und klein geschlagen, nachdem er sich mit seiner Mutter gestritten hat.

Man muss das nicht überbewerten. In unserem Krankenhaus leben 700 Patienten. Unsere Aufnahme kommen aus einem Einzugsgebiet mit 700000 Einwohnern. Dennoch können wir uns den Auswirkungen der Konzentration ungewöhnlicher und gewalttätiger Ereignisse nicht entziehen. Am gleichen Wochenende wird über einen Suizidversuch berichtet und über das Verschwinden einer Patientin, die bis zum Montagmorgen nicht auffindbar war. Schließlich über die Notwendigkeit, einen langjährigen Patienten, der schon wieder einmal ausgeflippt sei, zu fixieren; und über einen glücklicherweise blinden Feueralarm. Schließlich musste eine geronto-psychiatrische Patientin, die gefallen war, mit dem Verdacht auf einen Knochenbruch in der Chirurgie vorgestellt werden.

Das „besondere Vorkommnis“

Strenge, um nicht zu sagen rigide Regeln zum Schutz der Patienten vor Suizid, Unglücksfällen und Feuer und zum Schutz der Patienten und Mitarbeiter vor Gewalt sind zwangsläufige Folgen dieser Anhäufung von Zwischenfällen, die wir in der Sprache der Anstalt „besondere Vorkommnisse“ nennen. Sie sind notwendig; aber sie können sich leicht verselbständigen. Auf jeden Fall aber tritt das Ziel der Anstalt, dass nichts passieren dürfe, in ungute Konkurrenz mit dem Ziel der psychiatrischen Klinik, zu therapieren und zu helfen.

Je größer der Anteil der Kranken ist, mit denen ein Einverständnis und damit eine informierte Zustimmung zur Behandlung nicht zu erreichen ist, desto schwerwiegender sind die Folgen dieses Widerstreits. Wenn eine von zehn Stationen

geschlossen ist, gilt sie für Kranke, für die Mitarbeiter und für die Öffentlichkeit als das Außergewöhnliche. Sind es fünf, werden sie prägend für die Institution. Lieder geraten die öffentlichen psychiatrischen Krankenhäuser hier leicht in einen bösen Zirkel. Der Anteil an der Erfüllung von Ordnungsaufgaben ist zu ihren Lasten verteilt. Nur sie dürfen und müssen z. B. Psychisch kranke Gefangene behandeln. Nur sie dürfen und müssen wegen einer Straftat vorläufig untergebrachte, psychisch kranke Rechtsbrechern aufnehmen. Sie bleiben stärker mit dem Stigma der alten psychiatrischen Anstalt behaftet als kommunale und private psychiatrische Einrichtungen, die diese Aufgabe nicht erfüllen müssen.

Die Folge ist, dass leichter kranke, aber dennoch krankenhausbefürftige psychisch kranke Patienten, wenn sie irgend können, in andere Kliniken ausweichen mit der Konsequenz, dass der Anteil der schwer kranken und der gegen ihren Willen untergebrachten Patienten in den öffentlichen psychiatrischen Krankenhäusern relativ hoch ist. Ich weiß nicht, ob wir jemals aus diesem bösen Kreis herauskommen werden.

Schlußbemerkung

Mein Thema ist die Gewalt in der Psychiatrie. Es ist notwendig, dass wir uns damit auseinandersetzen. Aber die geballte Konfrontation damit, die wir uns heute zumuten, könnte diejenigen bestärken, die da glauben, Gewalt, insbesondere Gewalt gegenüber dem Kranken gehöre zum Wesen der Psychiatrie. Wir alle wissen, das ist nicht der Fall.

Wir erleben es täglich, dass es mit zu den stigmatisierenden Legenden über unsere Patienten gehört, dass die meisten von ihnen krankheitsbedingt krankheitsuneinsichtig seien und sich gegen unsere Hilfsangebote wehrten. Glücklicherweise ist das nicht der Fall, sonst, so glaube ich, würden wir alle unseren Beruf nicht ausüben.

Auf der anderen Seite ist es unbestreitbar, dass psychische Krankheit die Urteilsfähigkeit, die Willensfähigkeit und die Gefühle der Betroffenen verändert. Es wäre unethisch und unmenschlich, diejenigen Kranken ihrem Schicksal zu

überlassen, die nicht nach Hilfe suchen können, weil sie die Fähigkeit dazu durch ihre Krankheit verloren haben. Uns geht es dann nicht anders als den Angehörigen, die in einer sich zuspitzenden psychischen Krise in der Familie irgendwann für sich die Entscheidung treffen müssen, gegen den Willen, aber im Interesse des Patienten zu handeln – und sei es unter Anwendung von Gewalt. Das Dilemma ist unausweichlich. Ihre Anwendung kann brutal sein, der Verzicht auf sie dennoch nicht menschlich.

Literatur

Basaglia F. Die negierte Institution. Frankfurt: Suhrkamp, 1972.

2. Böker W, Häfner H. Gewalttaten Geistesgestörter. Berlin, Heidelberg, New York, Tokio: Springer, 1973.

3. Ernst K. Geisteskrankheit ohne Institution. Eine Feldstudie im Kanton Fribourg aus dem Jahre 1875. Schweiz Arch Neurol Neurochir Psychiatr 1983; 133:239-69

4. Finzen A. Gewalt in der Psychiatrie. Zur Legitimität der Zwangseinweisung. Vortrag anlässlich des 18. Saar-Lor-Lux-Symposiums in Merzig, am 27.3.1985. Spektrum der Psychiatrie und Nervenheilkunde 1986 147-55.

5. Goffman E. Asyl. Frankfurt: Suhrkamp, 1972.

6. Zehentbauer J, Steck W. F Chemie der Seele. Athenäum 1986, 10. Aufl. 2010

Fürsorgerischer Freiheitsentzug und Patientenrechte

NZZ Samstag/Sonntag 23./24. März 1991 Nr. 69 ZEITFRAGEN

Psychisch Kranke sind die einzigen Menschen in unserer Gesellschaft, denen die Freiheit entzogen werden kann, ohne dass sie straffällig geworden sind. Sie sind die einzigen Kranken, die unter Umständen eine Behandlung gegen ihren Willen erdulden müssen. In beiden Fällen handelt es sich um Eingriffe in fundamentale Rechte, die die psychiatrische Therapie belasten. Der Verfasser leitet den Bereich Sozialpsychiatrie an der psychiatrischen Universitätsklinik Basel. Er wirkte am Basler Psychiatriereformkonzept mit. Nachstehend setzt er sich dafür ein, das Recht über den fürsorgerischen Freiheitsentzug zu präzisieren, die Stellung des Kranken im Unterbringungsverfahren zu stärken und das Recht auf Behandlung, bzw. Verweigerung der Behandlung, das bisher weitgehend durch ärztliches Ermessen bestimmt wird gesetzlich zu verankern.

Verzerrtes Bild

Die Psychiatrie ist eine Institution zwischen Hilfe und Gewalt. Psychisch Kranke sind in rechtsstaatlichen Demokratien die einzigen Menschen, denen die Freiheit entzogen werden darf, ohne dass sie eine Straftat begangen haben. Psychiatrische Patienten sind die einzigen Kranken, die eine medizinische Behandlung erdulden müssen, obwohl sie dies nicht wollen. Das gilt nur unter Einschränkungen und betrifft nur eine Minderheit der Patienten. Diesen bietet die Psychiatrie nicht nur *Hilfe*. Ihnen

gegenüber vertritt sie zugleich die *Staatsgewalt*. Diese Tatsache prägt das Bild der Öffentlichkeit von der Psychiatrie, vom psychisch Kranken und von jenen, die psychisch Kranke behandeln. Dieses Bild ist verzerrt. Es wird den Nöten der Kranken und dem Bemühen ihrer Therapeuten nicht gerecht.

Freiwilligkeit überwiegt

Von den rund 14 000 Baslerinnen und Baslern, die in jedem Jahr fachpsychiatrische oder psychotherapeutische Hilfe erhalten, suchen 90% aus eigenem Antrieb eine Poliklinik oder einen freipraktizierenden Therapeuten auf. Von den 1400, die psychiatrischer Klinikbehandlung bedürfen, kommen vier Fünftel freiwillig – gewiss unter dem Druck der Krankheit, gelegentlich auf Drängen ihrer Angehörigen. Aber das ist bei vielen körperlich Kranken nicht anders. 14 000 Freiwilligen stehen mithin 300 Patienten gegenüber, die unter der Auflage der Bestimmung über den fürsorglichen Freiheitsentzug, einer vormundschaftlichen oder einer strafrechtlichen Massnahme in psychiatrische Behandlung kommen. Das sind wenig mehr als zwei Prozent.

Eine gut abgesicherte prospektive multizentrische Untersuchung, die von Steven K. Hoge und Mitarbeitern (*Archives of General Psychiatry* 47/1990) in Massachusetts durchgeführt wurde, hat ergeben, dass ganze 7.2 Prozent der psychosekranken Patienten – die wieder um eine Minderheit der psychiatrischen Krankenhauspatienten darstellen – die Medikamentenbehandlung für einen Zeitraum von mehr als 24 Stunden verweigerten. Mehr als die Hälfte ließ sich innerhalb einer Woche von der Notwendigkeit der Medikamentenbehandlung überzeugen. Bei einem Viertel einigten sich Patienten und Therapeuten darüber, auf Medikamente zu verzichten. Bei einem Fünftel wurde der Rechtsweg beschritten, um eine Zwangsmedikation gerichtlich durchzusetzen. In allen Fällen wurde der Klage stattgegeben.

Die Tatsache, dass nur eine Minderheit psychisch Kranker von Zwangsmassnahmen betroffen ist, weist keinen Ausweg aus dem *grundsätzlichen* Dilemma: Zum einen hat diese Minderheit, die aus krankheitsbedingter Hilflosigkeit zum Objekt staatlicher Gewalt wird, Anspruch auf besonderen gesetzlichen Schutz. Zum anderen konzentriert sich die Ausübung von Zwang gegenüber psychisch Kranken in

staatlichen psychiatrischen Einrichtungen. Wer dort tätig ist, muss sich der ungenutzten Doppelfunktion der Psychiatrie stellen; zum einen, jenen Klienten zu helfen, die Hilfe suchen; zum anderen, jenen Hilfe aufzuzwingen, die unter den Bedingungen des fürsorglichen Freiheitsentzugs in die Klinik gebracht werden.

Gewalt in der Medizin

Es ist festzuhalten, dass auch die übrige Medizin keineswegs gewaltfrei ist. *Notfallmedizin* ist nichts für zartbesaitete Gemüter; *Stahl* und *Strahl*, Laser und Zytostatika, *invasive Verfahren* zur *Diagnostik* in allen medizinischen Disziplinen und nicht zuletzt der Elektroschock als selbstverständliche Interventionsmethode beim Herzkammerflimmern sprechen ihre eigene Sprache. Es ist mehr als eine ironische Marginalie, dass die Abbildung eines „Elektroschockgerätes“ in einem sonst gelungenen psychiatriekritischen Bildsachbuch in Wahrheit einen Defibrillator an einem Intensivplatz einer Inneren Klinik darstellt (Antipsychiatrie, Rowohlt-Verlag, 1978)

Was die übrige Medizin von der Psychiatrie unterscheidet, ist die Tatsache, dass sie in aller Regel auf die *aufgeklärte Zustimmung der Patienten* rechnen kann, und zwar in solchem Masse, dass ihre blutigen und unblutigen Eingriffe in Körper und Psyche erst durch Reflexion als Gewalt identifiziert werden; und wenn sie an bewusstlosen Patienten tätig wird, besteht kaum Zweifel, dass sie im Rahmen einer *Geschäftsführung ohne Auftrag* zu handeln berechtigt und verpflichtet ist. In der Psychiatrie ist das anders. Ihre Patienten können zum Teil krankheitsbedingt gar nicht aufgeklärt zustimmen; zum Teil wehren sie sich ausdrücklich gegen Krankenhausaufnahme und Behandlung.

Der Vertrauensvorschuss, auf den die Ärzte in der somatischen Medizin selbstverständlich zurückgreifen können, wird den Psychiatrie nicht gewährt. Ihnen wird nicht ohne weiteres abgenommen, dass sie bei einem Kranken, der zeitweilig nicht über sich selbst bestimmen kann, in dessen Sinne handeln werden.

Das hängt mit einem abgrundtiefen, lang überlieferten Misstrauen gegenüber der Psychiatrie zusammen. Dieses Misstrauen betrifft sowohl die Fähigkeit, Krankheit

und Gesundheit voneinander abzugrenzen, als auch das therapeutische Können. Wichtiger noch scheint zu sein, dass die traditionelle Vorstellung, ein guter Arzt sei auch ein guter Mensch, die erst im letzten Jahrzehnt ein wenig abgebröckelt ist, den Psychiater nie eingeschlossen hat: Das Bild des Psychiaters ist all zu oft das eines – zumindest latenten - Sadisten, der alles Misstrauen verdient hat. Der konstruierte Gegensatz zwischen „gewalttätiger“ Psychiatrie und „emanzipatorischer“ Psychotherapie mag zur Verfestigung dieses Bildes beitragen.

Die Gewalt durch Kranke

Neben der Kritik an der Psychiatrie, zu gewalttätig zu sein, gibt es auch die andere: zu sorglos mit den ihr anvertrauten Kranken umzugehen und sich dadurch der Körperverletzung oder der fahrlässigen Tötung schuldig zu machen oder eine Gefährdung der Allgemeinheit in Kauf zu nehmen.

Solche Kritik wird immer dann laut, wenn ein psychisch Kranker ein spektakuläres Verbrechen begeht. Wenn ein entlassener psychiatrischer Patient ein Kind tötet oder eine Person des öffentlichen Lebens angreift, nützt der nüchterne Hinweis nichts, dass Gewalttaten psychisch Kranker nicht häufiger sind als die anderer Menschen. Dann wird der Anspruch aller anderen, nicht gewalttätigen psychiatrischen Patienten auf Freiheit und körperliche Unversehrtheit von grossen Teilen der Öffentlichkeit weggewischt. Dann wird leicht unterstellt, alle psychisch Kranken seien potentielle Kindermörder oder Attentäter,; also müssten alle eingeschlossen werden. Dieses Problem wird durch die bedrückende Bereitwilligkeit vieler Menschen verschärft, hinter jedem unverständlichen und grausamen Verbrechen einen psychisch gestörten Täter zu vermuten.

Willkür beim Freiheitsentzug?

Zum Schutz der Patienten wie der Therapeuten bedarf die Ausübung von Zwang gegen über psychisch Kranken einer eindeutigen gesetzlichen Regelung. Eine solche lassen so wohl der Abschnitt über den fürsorglichen Freiheitsentzug des Schweizerischen Zivilgesetzbuches (ZGLB) wie die Verfahrensbestimmungen der meisten Kantone schmerzlich vermissen. Eine Regelung der Zwangsbehandlung gibt

es *ausser im Tessiner Psychiatrie gesetz* nicht. Art. 397, a-f, ZGB, gewährleistet die Patientenrecht nur scheinbar. Ungenaue Formulierungen machen es möglich, dass die Absichten des Gesetzgebers im konkreten Verfahren unterlaufen werden können. Zahlreiche Bundesgerichtsurteile der letzten Jahre zeigen, dass dies in der Praxis auch geschieht.

Der Grund dafür liegt vor allem in der *Delegationsmöglichkeit* der Freiheitsentzugsverfahrens im Artikel 397 b. Satz 2, von den zuständigen vormundschaftlichen Behörden an „an dere geeignete Stellen“. Was „Geeignete Stellen“ sind und wie diese zu v erfahren haben, wird von Kanton zu Kanton so unterschiedlich gehandhabt, dass von einem einheitlichen, für die Betroffenen nachvollziehbaren Recht des fürsorgerischen Freiheitsentzugs kaum die Rede sein kann.

So kommt es, dass viele Psychatriepatienten das Gefühl haben, willkürlich behandelt zu werden. Eine Fülle von Beschwerden, Klageandrohungen und Klagen, die zum Teil bis zum Bundesgericht weitergetragen werden, wirken nachhaltig in den Klinikalltag hinein. Die stete Notwendigkeit der Behandelnden, sich für etwas zu rechtfertigen, was sei nicht zu vertreten haben, vergifte dann die Beziehung zwischen Kranken und Therapeuten.

Wider die „Vernunftthoheit der Ärzte“

Am Beispiel der Alltagspraxis im Kanton Basel-Stadt lässt sich zeigen, dass solche Gefühle nicht zu Unrecht bestehen: Treten bei einem psychisch Kranke die im Gesetz (Art. 397 a ZGB) genannten Voraussetzungen für die Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus ein – psychische Krankheit und Ausschluss der Möglichkeit, die nötige persönliche Fürsorge anders zu erweisen -, zieht der behandelnde Arzt den *Gerichtsarzt* zu. Dieser entscheide gemäss den kantonalen Verfahrensbestimmungen, die zwei Jahrzehnte älter sind als die Regelung im ZGB, über die Notwendigkeit der Einweisung in die Klinik. Der *Spitalarzt* überprüft dessen Feststellungen und entscheidet über Fortdauer der Krankenhausunterbringung und über die Notwendigkeit der Behandlung.

Reicht der Kranke Rekurs ein, so wird er von einem Mitglied der *Psychiatrischen Kommission*, die Gerichtsfunktion hat, aufgesucht – wieder einem Arzt. Ein zweites Mitglied der Psychiatrischen Kommission, ebenfalls Arzt, tritt den Feststellungen seines Kollegen bei. Erst dann trifft die Kommission *unter Vorsitz eines Juristen* ihre Entscheidung. Letzterer bleibt für den Patienten unsichtbar, obwohl Art. 397 f ZGB unmissverständlich vorschreibt: „Der Richter erster Instanz muss diese Person mündlich einvernehmen.“

Entscheidung durch den Richter

Kein Wunder, dass viele Psychatriepatienten, ihre Angehörigen, ihre Freunde und ihre Interessenvertreter den Eindruck gewinnen, sei seien der Willkür der Ärzte ausgeliefert. Sie haben in mancher Hinsicht recht. Ein Arzt kann zwar besser als ein Jurist feststellen, ob eine psychische Krankheit vorliegt, nicht aber, ob die Urteils- und Selbstbestimmungsfähigkeit eines Patienten durch die Krankheit so wie eingeschränkt ist, dass eine so einschneidende Massnahme wie der Entzug der persönlichen Freiheit gerechtfertigt ist. In diesem Zusammenhang ist ein Urteil des – deutschen – Bundesverfassungsgerichts von Interesse, das entschieden hat, dass die tatsächliche Verantwortung für die Zwangseinweisung nicht beim Arzt liegt: Der Richter benötige zwar für seine Entscheidung die sachkundige Hilfe der Ärzte. Aber er dürfe deren Begriffswelt nicht übernehmen. Er sei verpflichtet, der „Vernunftthoheit des Arztes über den Patienten“ und einer umfassenden staatlichen Gesundheitsvormundschaft zu begegnen (BvR 1194/80).

Die Rechtsprechung des Bundesgerichts, das unlängst die Praxis im Kanton Zürich gerügt hat, wo, wie in Basel, nur ein Arzt den Kranken persönliche anhört, weist in die gleiche Richtung. Das Bundesgericht führt aus, dass der Sachverständige, der nach bisheriger Praxis die mündliche Einvernahme allein durchführe, im dreiköpfigen Richterkollegium eine zu mächtige Stellung einnehme. Dies vermöge unter dem Gesichtspunkt eines grösstmöglichen Rechtsschutzes für den Betroffenen nicht zu befriedigen. Immerhin werde mit dem Freiheitsentzug eines der wichtigsten Rechtsgüter des Menschen beschnitten.

Der Richter, der über einen Freiheitsentzugsurteil, solle deshalb einen eigenen, *unverfälschten Eindruck vom Betroffenen* erhalten (vgl. R. Gilgen, NZZ; 14.7.89).

Zwangsbehandlung, ein rechtliches Vakuum

Feststellung über die Rechtmässigkeit und Unrechtmässigkeit einer Behandlung gegen den Willen enthält das ZGB nicht. Allenfalls aus der Formulierung der Voraussetzung in Art. 397 a: „Wenn die nötige persönliche Fürsorge nicht anders erwiesen werden kann“, liesse sich ein Recht bzw. eine Verpflichtung zur Behandlung gegen den Willen des Patienten ableiten. Die Behandlung kann als Teil der „nötigen persönlichen Fürsorge“ betrachtet werden, zumal es widersinnig wäre, jemand mit einer therapiefähigen Krankheit zwangseinzuweisen, um ihn dann nicht zu behandeln. Aber rechtlich steht diese indirekte Schlussfolgerung nach allgemeiner Übereinstimmung auf schwachen Füßen.

Auch die Berufung auf eine „Geschäftsführung ohne Auftrag“ trägt allenfalls in der akuten Notsituation. So stehen wir vor der absurden Tatsache, dass der heikelste Aspekt der Ausübung von Zwang gegenüber psychisch Kranken von dem verantwortlichen Ärzten in *eigenem Ermessen* gehandhabt werden muss. Ich glaube nicht, dass ein Rechtsstaat dies hinnehmen, dies seien Verantwortungsträger zumuten darf. Hier ist – bei allem Respekt vor den Mitgliedern der ärztlichen Profession – der Willkür Tür und Tor geöffnet. Dabei darf es nicht bleiben. Denn, so Prof. Hans-Peter Bull, ehemals bundesdeutscher Datenschutzbeauftragter: „Die Erfahrung sollte uns lehren, die Grundrechte besonders sorgsam zu hüten, wenn der Staat fürsorgliche Ziele verfolgt. Der Mensch ist von Natur aus wachsam gegen Einschränkungen der Freiheit durch böswillige Herrscher, aber die grössten Gefahren für die Freiheit lauern in den heimtückischen Anmassungen von Eiferern, die wohlmeinend sind, aber ohne Verständnis“ Solche *Eiferer* gibt es auch in der Psychiatrie.

Gegenwärtig befinden wir uns in einer *widersinnigen Situation*: Einerseits sind wir gehalten, das Selbstbestimmungsrecht psychisch kranker Patienten im Krankenhaus zu gewährleisten. Wie in der übrigen Medizin ist Behandlung grundsätzlich nur mit Einwilligung des Patienten nach vorangegangener Aufklärung zulässig. Zwangsbehandlung ist nur in gesetzlich geregelten Ausnahmefällen zu vertreten. Aber eine solche Regelung gibt es nicht. Dennoch sind wir verpflichtet zu handeln.

Es ist unbestreitbar, dass psychische Krankheit die Urteilsfähigkeit, den Willen und die Gefühle von Menschen so verändern kann, dass sie nicht mehr in der Lage sind, ihre Interessen zu erkennen, geschweige sie wahrzunehmen. ES wäre barbarisch, diejenigen Kranken ihrem Schicksal zu überlassen, die nicht in Hilfe nachsuchen können, weil sie ihre Fähigkeit dazu durch ihre Krankheit verloren haben.

Patientenrechte festschreiben

IN dieser Situation müssen wir uns für den Ausnahmefall der Behandlung psychisch Kranker gegen ihren Willen selber Regeln geben. Das mag für eine Übergangszeit akzeptierbar sein. Aber sie dürften nicht an die Stelle von gesetzlichen Regelungen treten. Es gibt Beispiele, wo solche erfolgreich getroffen worden sind – etwa im Kanton Tessin. Vieles spricht dafür, den fürsorgerischen Freiheitsentzug und das Recht auf Behandlung bzw. deren Verweigerung *gemeinsam zu regeln* und zugleich die Rechtsstellung des Kranken im Verfahren zu stärken.

Es fällt auf, dass heute keiner der offiziellen Verfahrensbeteiligten bei fürsorgerischem Freiheitsentzug die natürlichen Interessen des Kranken vertritt, obwohl die krankheitsbedingte Einschränkung der Urteils- Und Selbstbestimmungsfähigkeit in den meisten Fällen Anlass für das Verfahren ist. Angesichts der einschneidenden Massnahme des Entzuges der persönlichen Freiheit ist es nicht unangemessen zu fordern, dem Kranken, der innerhalb einer angemessenen Frist – z. B. 72 Stunden – nicht bereit oder in der Lage ist, sein Einverständnis mit Unterbringung und Behandlung zu erklären,

kostenfrei einen Rechtsbeistand beizuordnen,

ihn unabhängig von einem aktiven Rekurs richterlich anzuhören und

eine richterliche Entscheidung über die Zulässigkeit des Freiheitsentzugs und der Behandlung herbeizuführen.

Die Beiordnung eines *Rechtsbeistandes* wird vom ZGB (Art. 397 f) als Möglichkeit vorgesehen. Dass davon offenbar nur selten Gebrauch gemacht wird, ist

bedauerlich. Da das Bundesgericht dem Entscheid über die Anordnung einer fürsorglichen Freiheitsentziehung eine „fundamentale Bedeutung“ beimisst und der Kranke leidsbedingt oft nicht in der Lage ist, seine Interessen angemessenen zu vertreten, sollte dies zur *Regel* werden.

Es gibt Psychiater, die die Verrechtlichung der therapeutischen Arbeit fürchten. Aber die Ergebnisse von S. K. Hoge und Mitarbeiter am Beispiel Massachusetts zeigen, dass die gesetzliche Regelung des Rechts psychisch Kranker, die Behandlung zu verweigern, entgegen mannigfachen Befürchtungen nicht zu einer Wiederkehr der Verwahrspsychiatrie geführt hat. Die klare gesetzliche Regelung der Patientenrechte in der Psychiatrie trägt vielmehr dazu bei, die Kranken vor Willkür und ihre Behandelnden vor *Anfeindungen* zu schützen und das Verhältnis zwischen psychiatrischen Patienten, Psychiatrieverantwortlichen und der Öffentlichkeit zu entspannen.

Zwangsbehandlung mit Psychopharmaka? Das Recht auf Verweigerungstherapie

Entwicklungen in den vereinigten Staaten

FAZ Nummer 208, Natur und Wissenschaft N2 8. September 1993

Viele Krankenhauspsychiater sind beunruhigt über die zunehmende Verrechtlichung der Psychiatrie. Sie erschwert in ihren Augen die Behandlung jener Patienten, die gegen ihren Willen in die Klinik gebracht worden sind. Zwar legt das 1992 in Baden-Württemberg in Kraft getretene Unterbringungsgesetz fest, die eingewiesenen Kranken hätten „Behandlungsmaßnahmen zu dulden, die nach den Regeln der ärztlichen Kunst erforderlich sind, um die Krankheit... Zu behandeln.“ Aber die entsprechenden Gesetze der übrigen Länder und das neue Betreuungsgesetz lassen viele Fragen offen. Insbesondere Letzteres hat vielfach zur Anrufung von Gerichten geführt, wenn es um die Frage der Behandlung mit Psychopharmaka geht. Andererseits ist die Verdammung dieser Mittel – insbesondere der in der Schizophrenie Behandlung eingesetzten Medikamente – in der öffentlichen und der veröffentlichten Meinung weit verbreitet. Hinzu kommen die Auswirkungen des weithin propagierten „psychiatrischen Testaments“, mit dem sich potentiell Betroffene in gesunden Zeiten vor einer Psychopharmakabehandlung im Falle psychischer Krankheit schützen sollen..

Solche Tendenzen werden durch ein mittlerweile zehn Jahre altes Urteil des Oberlandesgerichts Hamm bestärkt, dass den Neuroleptika eine „Persönlichkeitszerstörung Wirkung“ bescheinigt, eine Auffassung, die der renommierte Göttinger Strafrechtler Hans Ludwig Schreiber und Gabriele Wolfslast in Herder-Lexikon „Medizin, Ethik, Recht“ im Kern teilen. Das Recht auf Behandlungsverweigerung ist überall sonst in der Medizin unbestritten. Ohne Zweifel wird es in Zukunft auch in der Psychiatrie in weit höherem Maße respektiert werden, als dies noch vor wenigen Jahren der Fall gewesen ist.

Welche Auswirkungen wird diese Entwicklung haben? Müssen wir nicht damit rechnen, dass eine beträchtliche Zahl psychisch Kranke „unter Respektierung ihrer Rechte zu Grunde geht“ wieder amerikanische Psychiater Gutheil vor wenigen

Jahren polemisiert? Die Folgen, die die Patientenrechtsbewegung in den USA zeitigte, sind offenkundig. Eine Reihe von Entscheidungen des obersten Bundesgerichts sorgte in den siebziger und achtziger Jahren für rechtliche Klarheit. Die Urteile zum Recht auf Verweigerung der Behandlung mit Psychopharmaka in den vereinigten Staaten kamen nicht gänzlich überraschend. Das Recht, psychochirurgische Eingriffe und Elektrokrampfbehandlung zu verweigern, war bereits Anfang der siebziger Jahre gerichtlich bestätigt worden. Diese Entscheidungen erkannten an, dass psychisch Kranke tiefgreifende, riskante und kontroverse psychiatrische Behandlungsverfahren zurückweisen können.

Diese Urteile hatten unter den Psychiatern keine übermäßigen Reaktionen hervorgerufen, weil solche Behandlungsmethoden auch in Fachkreisen umstritten. Das änderte sich, als zwangseingewiesenen psychisch Kranken gerichtlich zugestanden wurde, Psychopharmaka zu verweigern. Neuroleptika gelten bei der Behandlung schizophrener Psychosen und anderer schwerer psychischer Störungen als unverzichtbar. Die Psychiater fürchteten deshalb, die Psychiatrie würde auf den Stand der Verwahrer Psychiatrie der fünfziger Jahre zurückgeworfen. Sie wehrten sich gegen die Unterstellung vieler Anwälte, Psychiater als Menschen zu betrachten, die sich vor allem durch „hemmungslos sich Kain, Machtgier und Sadismus leiten lassen“. Dennoch wurde das Recht auf Behandlungsverweigerung durch psychisch Kranke spätestens mit der Entscheidung *Youngberg v. Romeo* allgemeines Bundesrecht.

In der Hitze der Auseinandersetzung zwischen Juristen und Ärzten ging unter, dass die unkritische Haltung zahlreicher Psychiater gegenüber den Psychopharmaka und verbreitete Missstände in psychiatrischen Krankenhäusern diese Rechtsprechung geradezu herausgefordert hatten. Während die Euphorie über die Wohltaten und Erfolge der Pharmakotherapie schon früh der Ernüchterung wich, wurden die unerwünschten Wirkungen der Medikamente nach außen oft heruntergespielt und die günstigen Wirkungen nicht selten übertrieben.

In einer scharfsinnigen Analyse aus den achtziger Jahren zeigt D. A. Brooks in der renommierten *Rutgers Law Review*, wie die defensive Haltung vieler Psychiater aufgeweckte Juristen geradezu provozierten, sie auszuhebeln und in

Schadenersatzprozessen zur Kasse zu bitten. Die Bundesgerichtsurteile, die das Recht der psychisch Kranken auf Behandlungsverweigerung stützen, Rügen vielfältigen Mängel in der Praxis der Psychopharmakotherapie: Ärzte gaben routinemäßig Blanko-Anordnungen, obwohl dies untersagte war. Ernste unterließen die Dokumentation von Nebenwirkungen, obwohl dies vorgeschrieben war. Sie übten unzulässigen Druck auf Patienten aus, die keine Medikamente einnehmen wollten. In einem Fall wurde sogar eine schwangere Patientin bestraft die die Medikamente verweigerte, obwohl bekannt war, dass diese Substanzen während der Schwangerschaft gefährlich sind. Diese vom Gericht vorgetragene Mängelliste soll nicht unterstellen, dass solche Zustände häufig oder sogar die Regel sind. Aber sie macht deutlich, dass manche Urteile nie zu Stande gekommen wären, wenn die beklagten Krankenhäuser eine solide, seriöse und fundierte Psychopharmakotherapie betrieben hätten..

Tatsächlich zeigte sich im zweiten Jahrzehnt des Ringens um das Recht auf Behandlungsverweigerung, dass es in den rechtlichen Auseinandersetzungen nicht vorrangig um die Verweigerung der Behandlung schlechthin geht, sondern um das Anrecht auf eine korrekte, den Regeln der Wissenschaft und der ärztlichen Kunst entsprechende Therapie. Die amerikanische Rechtsprechung hat letztlich zu einem Wandel des Bewusstseins in der Psychiatrie und zu einer Verbesserung der Behandlung geführt. In vielen Krankenhäusern wird die Verweigerung der Medikamentenbehandlung durch einen Kranken heute als Signal gesehen, Verhandlungen über eine einvernehmliche therapeutische Linie aufzunehmen, statt Anlass zu Streit und gerichtliche Auseinandersetzung zu geben.

Die Patientenrechtsbewegung in den vereinigten Staaten hat also keineswegs dazu geführt, dass die psychisch Kranken unter Wahrung ihrer Persönlichkeitsrechte zu Grunde gehen. In den meisten Bundesstaaten ist die Behandlung wider Willen mittlerweile gesetzlich geregelt. Sie ist erlaubt, wenn Kranke aufgrund ihres Leidensurteils unfähig sind und ein dafür eingesetztes Gremium Behandlungsbedürftigkeit festgestellt. Auf juristischer Seite haben die meisten Rechtsvertreter erkannt, dass das Recht, die Medikamente zu verweigern sich am Ende gegen viele chronisch psychisch Kranke kehrt. Das Beste, was das Recht für solche Kranke tun kann, ist, wie Brooks das formulierte, sicherzustellen, dass

„vermeidbare Schädigungen durch die Psychopharmakotherapie verhindert werden. Selbst wenn die Medikamenten-Verweigerungs-Klagen nur dies erreicht haben sollten wäre das ein großer Fortschritt.“ Es spricht einiges dafür, dass sich auch im deutschen Sprachraum hinter dem Streit um das Recht auf Behandlungsverweigerung in der Psychiatrie der Anspruch auf eine angemessene, fachlich richtige Therapie verbirgt.

Literatur bei

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

Brooks DA (1986): *The Right to Refuse Antipsychotic Medications: Law and Policy*. *Rutgers Law Review* 1 339-376

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

Hilfe wider Willen. Zwangsmedikation in der Psychiatrie

Neue Zürcher Zeitung ZEITFRAGEN Samstag/Sonntag, 9./10. 10. 1993 Nr. 235

In Zürcher Krankenhäusern ist die Zwangsmedikation – insbesondere mit Psychopharmaka, namentlich Neuroleptika – auf dringende Notfälle und eigentliche Akutsituationen zu begrenzen. Auf kurze Zeit beschränkt, ist die zwangsweise Verabreichung von Medikamenten ein Vorgehen, das rechtlich zulässig ist. Dies besagt ein ausführlicher Bundesgerichtsentscheid (NZZ Nr. 171, S. 33, 27.7. (1993). Damit hat das Bundesgericht ein alltägliches Dilemma der Psychiatrie aufgegriffen: das Problem der Hilfe wider Willen. Der Verfasser dieses Beitrages, Psychiatrieprofessor in Basel, setzt sich auf die Grundlage der Ergebnisse eines von ihm mitverantworteten Basler Forschungsprojektes mit der medizinischen Seite des Problems auseinander.

„Zwangsmassnahmen sind für die stationäre psychiatrische Behandlung zwar nicht charakteristisch. Aber sie sind für die Betroffenen – die Opfer wie die Täter – so belastend, dass sie immer wieder vertiefte Auseinandersetzung über Sinn und Widersinn nötig machen.“ Diese Feststellungen des Burghölzli-Direktors Daniel Hell rühren an einen Nerv der klinischen Psychiatrie. Immer wieder gerät sie in das Dilemma zwischen Hilfe und Gewalt. Neben der Unterbringung auf geschlossenen Abteilungen ist die Verabreichung von Psychopharmaka gegen den erklärten Willen der Kranken zum Angelpunkt unendlicher Auseinandersetzungen über die Legitimität psychiatrischen Handelns geworden. Der „Spiegel“- Titel über den sanften Mord“ aus dem Jahre 1980 bleibt unvergessen.

Stiefkind der Forschung

Ungeachtet Ihrer Heftigkeit verharrt die öffentliche Kontroverse über die Zwangsmedikation meist an der Oberfläche. Das mag auch daran liegen, dass nur wenig über Umstände, Art und Häufigkeit von Zwangsmassnahmen in der Psychiatrie bekannt ist. Gewalt in der Psychiatrie ist ein Stiefkind der Forschung.

Diese Ausgangslage war uns Anlass zu versuchen, den Diskurs über die Zwangsmedikation in psychiatrischen Kliniken auf eine wissenschaftliche Grundlage zu stellen. Wir sichteteten die Internationale Literatur. Wir gingen dem Konflikt zwischen dem Anspruch der Kranken auf Hilfe und Selbstbestimmung nach. Wir untersuchten in unserem Arbeitsfeld – der Basler Psychiatrischen Universitätsklinik-, wie häufig solche Zwangsmassnahmen sind und welche Kranken unter welchen Bedingungen davon betroffen sind. Schließlich fragten wir nach, wie Kranke und Therapeuten solche Hilfe wider Willen erleben.

Wir näherten uns dem Problem in vier Schritten:

1. Wir haben die anwesenden Patienten über ihre Erfahrungen mit Psychopharmakaverabreichungen gegen den Willen befragt, also eine Stichpunkterhebung durchgeführt.
2. Wir haben Patientinnen und Patienten beider Entlassung über Zwangsbehandlung während des zurückliegenden Klinikaufenthaltes befragt.
3. Wir haben in einem Zeitraum von acht Monaten prospektiv alle in der Klinik vorgenommenen Zwangsverabreichungen von Psychopharmaka analysiert.
4. Wir haben schliesslich die Hälfte der Kranken aus der prospektiven Studie sowie die beteiligten Therapeuten dazu interviewt.

Schizophrene und manisch Kranke besonders betroffen

In der Stichpunkterhebung berichteten ein Drittel der erfassten 199 Kranken, dass sie im Laufe ihrer Erkrankung gegen ihren Willen mit Psychopharmaka behandelt worden waren. In der prospektiven Untersuchung wurden 3,7 Prozent der Kranken zwangsmediziert (?). Rechnet man die 121 Einzelbehandlungen gegen den Willen der Kranken in der prospektiven Untersuchung auf die Behandlungstage aller Patienten der Klinik während des Untersuchungszeitraumes um, kommt man auf 1,21

Zwangsmedikationen auf 1000 Behandlungstage. Das scheint wenig: Man kann statistisch gut und gerne zwei Jahre und drei Monate in der Klinik verbringen, ohne dass man von einer Zwangsbehandlung betroffen ist.

Aber die Risiken sind ungleich verteilt. Schizophrene und manisch Kranke sind besonders häufig betroffen. IN der Stichpunkterhebung und in der Befragung bei der Entlassung war jeder zweite Schizophreniekranken irgendwann im Laufe seiner Psychiatriekarriere zwangsmediziert(?) worden. In der prospektiven Untersuchung waren es 16 Prozent der Schizophreniekranken und 20 Prozent der manisch Kranken, bezogen auf die Zahl der Aufnahmen mit den gleichen Erkrankungen während des Untersuchungszeitraumes. Setzt man andere Diagnosegruppen dagegen, ergibt sich ein positiveres Bild. Nur ein Prozent von ihnen ist betroffen.

Patienten, die nicht schizophreniekrank oder manisch sind, droht nur alle 10 000 Behandlungstage eine Zwangsmedikation. Sie können statistisch 23 Jahre in der Klinik verbringen, ohne dass sie sich dem Risiko einer Zwangsbehandlung aussetzen. Dies ist eine realistische Dimension unter den heutigen Bedingungen in der Psychiatrischen Universitätsklinik Basel. In anderen Kliniken dürften die Verhältnisse ähnlich sein. Bemerkenswert ist, dass fast neu Zehntel der Betroffenen nur eine oder zwei Behandlungen gegen Ihren Willen erdulden mussten und dass diese in drei Vierteln der Fälle am Eintrittstag oder am Tage darauf erfolgten.

Als Strafe erlebt

Diese Ergebnisse sind eine Herausforderung an die Psychiatrie, jenen Kranken gerecht zu werden, die in besonderer Weise gefährdet sind, ein Behandlung gegen ihren Willen zu erleiden. Den die Kranken erleben die Zwangsmedikation durchweg als Demütigung, Kränkung oder Strafe. Nur wenige erleben eine unmittelbare „erlösende“ Erleichterung. In der Rückschau kann etwa die Hälfte der betroffenen Kranken die Notwendigkeit der Intervention mehr oder weniger nachvollziehen. Dennoch bleibt das demütigende, kränkende Erleben für viele bestehen. Für zwei Drittel bleibt die Zwangsmedikation auch in der Rückschau ein Eingriff in ihre Persönlichkeitsrechte, der aus ihrer Sicht vermeidbar gewesen wäre, wenn die

Behandelnden angemessener auf sie und ihre Probleme eingegangen wären.

Eine moralische Frage

Empirische Daten, wie wir sie erhoben und diskutiert haben, können die Frage, ob die Zwangsbehandlung psychisch Kranker unter bestimmten Voraussetzungen legitim ist oder nicht, nur unzulänglich beantworten. Letztlich ist das eine moralische Frage: Es gibt Situationen, in denen psychisch Kranke ein Recht darauf haben, dass ihnen gegen ihren erklärten Willen geholfen wird. Wenn wir uns vorstellen, selber zu erkranken, wenn wir in eine tiefe Depression versinken, wenn eine Psychose es uns unmöglich macht, unsere eigene Situation zu erkennen und zu beurteilen, dann wünschen wir uns, dass es Menschen gibt, die uns helfen – die gegebenenfalls auch mutig genug sind, uns die notwendige Hilfe auch aufzuzwingen. Das ist unsere ärztliche Überzeugung. Sie mag wie ein Plädoyer zur Gewalt gegen psychisch Kranke erscheinen - zu ihrem Beste, weil wir Fachleute es besser wissen. Aber das ist nicht so.

Wir sind zugleich davon überzeugt, dass jede Behandlung gegen den Willen der Kranken eine zu viel ist. Psychisch Kranke haben wie alle anderen Menschen auch das Recht auf Respektierung ihres Willens. Sie haben das gleiche Recht wie andere Menschen, sich über ihre Behandlungsbedürftigkeit zu täuschen und die Behandlung verweigern. Tausende körperlich Kranke tun das jeden Tag. Solche Argumente sind richtig und wichtig. Aber sie bedürfen der Einschränkung. Sie tragen dann nicht mehr, wie es die Krankheit selber ist, die die Betroffenen in ihrer Urteilsfähigkeit so verändert, dass sie nicht mehr wahrnehmen und beurteilen können, was richtig für sie ist und was sie wirklich wollen.

Freiheit vor Behandlung

Dürfen wir im Namen des Rechtes auf Selbstbestimmung das Leben von Kranken aufs Spiel setzen? Das mag uns widersinnig erscheinen – insbesondere uns, die wir in therapeutischen Berufen arbeiten. Aber genau dies ist der Fall. Selbst der fürsorgliche Freiheitsentzug, das Unterbringungsrecht, das die Krankenhauseinweisung psychisch Kranker gegen ihren Willen regelt, dient nicht

vorrangig dem Zweck, die notwendige Behandlung psychisch kranker Menschen durchzusetzen. Es schützt vielmehr ihre Freiheitsrechte oder greift in diese ein, wenn, wenn sie wegen ihrer psychischen Störung vitale Interessen – eigene oder fremde – beeinträchtigen.

Ein *Beispiel* aus unserem Alltag zeigt, wie schwer es manchmal ist, eine Verständigung zwischen Therapeuten und Juristen herbeizuführen. In einem Schreiben unserer Klinik an den Präsidenten der Psychiatrischen Kommission heisst es im Zusammenhang mit einer Kranken, deren Entlassung gerade angeordnet worden ist:

„Durch den Verzicht auf die Behandlung der aktuellen manischen Phase sehen wir dieses der Patientin sehr wichtige Ziel (ihre neugeborene Tochter zu sich zu nehmen) schwer in Frage gestellt. Es liegt im Wesen der Erkrankung, dass die Patientin zum jetzigen Zeitpunkt die Tragweite ihrer Handlungen nicht einschätzen kann. Seit ihrem Austritt erscheint die Patientin täglich in der Klinik, verhält sich angetrieben, distanzlos, zieht mit anderen Patienten im Areal umher, wirkt insgesamt unordentlich. Aus unserer Sicht lässt sich eine neue Hospitalisation kaum vermeiden, da wir befürchten, dass die Patientin sonst in eine persönliche und soziale Katastrophe läuft. Wir denken, dass die Patientin das Recht gehabt hätte, durch eine Behandlung auf der geschlossenen Station vor den Folgen ihrer Handlungen bewahrt zu werden.“

Der behandelnde Arzt befürwortet also eine Behandlung gegen den Willen der Patientin, die tatsächlich wenige Tage später erneut zur Aufnahme kommt. Er geht noch weiter, indem er ein *Recht der Patientin* postuliert, „durch die Behandlung auf der geschlossenen Station vor den Folgen ihrer Krankheit bewahrt zu werden“. Die Antwort des Präsidenten, eines Juristen, ist bezeichnend:

„An Ihrer Bemerkung kann ich mir eine Kritik nicht verkneifen, die Ihnen wohl kleinlich vorkommen mag: Von 'Recht auf Behandlung' spricht man sowohl im juristischen wie im allgemeinen Sprachgebrauch, wenn es sich um einen Anspruch handelt, über den der Patient verfügen kann. Ist das nicht der Fall, heisst das untreffende Wort 'Zwang'. Für Sie sind die beiden Begriffe offenbar

austauschbar. Für mich nicht..“

Ich meine, dass der Jurist es sich ein wenig zu einfach macht, wenn er unterstellt, dass für uns Psychiater die Begriffe „Zwang“ und „Hilfe“ austauschbar seien. Ich meine, dass man es sich generell zu einfach macht, wenn man als Rechtsanspruch nur gelten lässt, wein Mensch, gleichgültig ob er bei Verstand ist oder nicht, als solchen auch formulieren kann.

Der seelisch Kranke und das Recht

Dass die Verständigung zwischen Behandelnden und Juristen in dieser Kontroverse ausbleibt, hat gut Gründe. Ärzte sehen den einzelnen hilfebedürftigen Kranken, der in sein Unglück rennt. Juristen sehen das allgemeine und gleiche Recht für alle. Es gibt kein Sonderrecht für psychisch Kranke oder geistig Behinderte. Gerade die Rechtsgleichheit ist eine besondere Errungenschaft des modernen Verfassungsstaates. Allerdings, und hier liegt das Dilemma, orientiert sich das Reich am „normalen“ Menschen. Der seelisch Kranke ist im zivilen wie im Strafrecht eigentlich nicht vorgesehen. Weil es ihn aber dennoch gibt, bestehen für ihn Ausnahmeregelungen im Vormundschaftsrecht sowie im Hinblick auf den fürsorgerischen Freiheitsentzug. Aber es gibt keine Sonderregelung für die Grundrechte psychisch Kranker.

Auf diese Weise geraten psychisch Kranke, ihre Angehörigen und ihre Therapeuten in eine Falle, die noch dadurch verschärft wird, geln , aber nicht das Recht der Therapeuten, dann auch mit Zwang zu behandeln, oder die Pflicht des Kranken, eine notwendige Behandlung zu erdulden. Die Rechtslage wird von Psychiatern meist so interpretiert, dass eine Zwangseinweisung auch ein Zwangsbehandlung eicht das.

Grosse Unsicherheit unter Fachleuten

In den Vereinigten Staaten hat es in der Tat lange rechtliche Auseinandersetzungen darüber gegeben, mit der Folge dass in zwischen in den meisten Staaten das Recht der Patienten, die Behandlung zu verweigern, unabhängig vom Unterbringungsrecht geregelt worden ist. Ähnlich ist man im Tessin verfahren. Das zeigt aber, auf welch schwankendem Boden wir uns hier zumindest juristisch bewegen.

Spätestens bei diesem Stand der Diskussion gehen die Therapeuten regelmässig auf die Barrikaden und sagen: „Wenn das so ist, wenn jemand nur zur Verwahrung eingewiesen werden kann, dann kann man ihn genau so gut ins Gefängnis schicken“ und : „das psychiatrische Krankenhaus ist keine Konzentrationslager“ und „die Verwahranstalt haben wir gerade überwunden.“ Das ist alles richtig. Trotzdem ist das auch wieder nicht so einfach. Denn Grundrechte gelten auch für psychisch Kranke - das Recht der Unversehrtheit des eigenen Körpers, das Recht auf freie Beweglichkeit, das Recht auf Unantastbarkeit der menschlichen Würde. Dies sind Rechte, die nicht ohne weiteres ausser Kraft gesetzt werden können. In der Schweiz nennt man diese „höchstpersönliche Rechte“, die auch nicht einfach durch Gesetze aufzuheben sind. Hier kommen wir mit den Instrumenten, die uns gegenwärtig zur Verfügung stehen, in eine Falle. Diese ist allerdings nicht nur eine juristische Basis.

Die Meinung, dass die Psychiatrie nicht das Recht hat, Menschen gegen ihren Willen zu helfen, ist auch in der Öffentlichkeit weit verbreitet. Niemand würde auf die Idee kommen, jemand, der eine innere Erkrankung hat oder der einer Operation bedürfte, gegen seinen Willen in ein Krankenhaus zu bringen und ih dann gar noch gegen seinen Willen zu operieren oder an irgendwelche medizinische Apparate anzuschliessen.

Es gibt sehr viele Patienten, die behandlungsbedürftig wären und die gegen jeden Sinn und Verstand und gegen jede Logik die Zusammenarbeit mit dem Arzt verweigern. Es kann einfach nicht so sein, dass psychisch Kranke allein deswegen, weil sie uneinsichtig sind und die Uneinsichtigkeit gleichsam automatisch damit erklärt wird, dass sie psychisch krank sind, anders behandelt werden als körperlich Kranke. Psychisch Kranke können sehr wohl aus anderen Gründen uneinsichtig sein als deswegen, weil sie depressiv sind, oder als deswegen, weil sei schizophrene Symptome haben.

Voraussetzung: Respektierung der Menschenrechte

Und dennoch, wenn wir die Würde des psychisch kranken Menschen gewährleisten wollen, müssen wir neben dem Freiheitsentzug wegen psychischer Krankheit auch

die Behandlung gegen den Willen rechtsstaatlich regeln und handhaben. Wenn wir das tun und uns dabei an der Weltgesundheitsorganisation in Übereinstimmung mit der europäischen Menschenrechtskommission orientieren, gelten folgende formalen Voraussetzungen:

1. Es muss eine psychische Krankheit sicher vorliegen. Gestellt werden muss dann die Frage nach dem Ausmass der Krankheit.
2. Die Krankheit muss behandlungsbedürftig sein, und es müssen Chancen bestehen, sie zu lindern.
3. Wegen der psychischen Krankheit und nur deswegen muss die Urteilsfähigkeit des Kranken aufgehoben oder zumindest stark begrenzt sein.

Er aus dem Vorliegen aller dieser drei Voraussetzungen erwächst das Recht der Gesellschaft, Hilfe an einen psychisch Kranken heranzutragen. Daraus erwächst zunächst noch nicht das Recht, dann auch eine Behandlung über die Krankenhausunterbringung hinaus zu erzwingen. Das bedarf weiterer Regeln und Abklärungen. Die Schweizerische Stiftung Pro Mente Sana hat vor zwei Jahren Vorschläge dazu erarbeitet. Wichtig ist, dass der zweite Schritt – die Erzwingung von Behandlung, nachdem schon die Unterbringung erzwungen worden ist – durch ein Verfahren geregelt und juristisch abgesichert ist. Appelbaum, einer der amerikanischen Psychiater, die sich um die Erforschung der Bedingungen der Zwangsmedikation verdient gemacht haben, unterscheidet zwischen patientenrechtsorientierten und therapieorientierten rechtlichen Regelungen. Bei den ersten liegt die Entscheidungsfindung schwergewichtig bei unabhängigen Juristen.

Bei letzteren haben therapeutische Interessen ein grösseres Gewicht. Sie führen in der Regel rascher zu einer Entscheidung. Beide schützen die Kranken vor Willkür; und das ist unseres Erachtens der entscheidende Gesichtspunkt.

Recht auf Behandlung

Wenn die formalen und inhaltlichen Voraussetzungen erfüllt sind – wenn eine

schwere psychisch Krankheit vorliegt, die die Urteilsfähigkeit des Betroffenen aufhebt oder schwer beeinträchtigt, dann gibt es u. E. Nicht nur das Recht der Gesellschaft, eine solche Behandlung zu erzwingen. Dann meinen wir, dass die psychisch Kranken ein Recht darauf haben, dass sie diese Hilfe auch bekommen. Wenn wir sie ihnen vorenthalten, und sei es auch im Namen der Freiheit, ist das nicht nur ein Angriff auf ihre Würde. Es ist schlichte Barbarei.

Unter diesem Aspekt vermittelt der jüngste Bundesgerichtsentscheid ein höheres Mass an Rechtssicherheit. Die Tatsache, dass in unserer Untersuchung 77 Prozent der kleinen Zahl von Patientinnen und Patienten, überhaupt gegen ihren Willen behandelt wurden, nur einmal und weitere 11 Prozent zweimal gegen ihren Willen Medikamente erhielten, und die Tatsache, dass die Zwangsmedikation bei zwei Fünfteln der Kranken am Eintrittsgang und bei einem weiteren Drittel am Tage danach erfolgte, weisen darauf hin, dass die vom Bundesgericht gesetzten Grenzen der Zwangsmedikation im psychiatrische Alltag, zumindest in der untersuchten Klinik, weitgehend eingehalten werden.

Quelle: Finzen, A., Haug, J.-J., Beck, A., Lüthy, D.: Hilfe wider Willen .

Zwangsmedikation im psychiatrischen Alltag. Psychiatrie-Verlag, Bonn 1 993.. (ISBN 3-88414-145-7)

Zwangsmedikation und das Recht auf Behandlungsverweigerung. Eine nachgeholte Debatte 2012

Die gesetzliche Regelung der Patientenverfügung hat eine Debatte losgetreten, die in den USA vor Jahrzehnten geführt worden ist: über das Recht auf Behandlungsverweigerung seelisch kranker Menschen - ein Recht, das körperlich Kranke für sich selbstverständlich in Anspruch genommen haben, und das juristisch unanfechtbar war und ist. Psychisch Kranken wurde es in der Regel ebenso selbstverständlich verweigert, weil sie in der Psychose als „krankheitsuneinsichtig“, urteils- und entscheidungsunfähig galten und oft immer noch gelten. Das ist manchmal auch nicht ganz falsch; und es lässt sich, wenn man will, immer unterstellen. Leider haben viele behandelnde Ärzte die Tendenz, das regelmäßig auch zu tun. Das ist eine der Selbstverständlichkeiten der früheren Psychiatrie, die sich als Hintergrundvorstellung bis ins dritte und vierte Glied der Reformpsychiatrie fortgesetzt hat. Und das verstößt gegen eine der Grundforderungen des respektvollen Umgangs der gegenwärtigen Psychiatrie, auch mit Schwer- und Akutkranken über notwendige und sinnvolle Behandlung zu verhandeln.

Das Patientenverfügungsgesetz Psychiater schafft nun Rechtsgleichheit. Patientenverfügungen Regeln in jedem Fall, was man für den Fall der krankheitsbedingten vorübergehenden oder andauernden Urteils-und/oder Entscheidungsunfähigkeit will, und was man auf keinen Fall will. Dazu kann auch gehören, dass man bestimmte Formen von Behandlung verweigert beziehungsweise dass man sie ganz verweigert. Ob das klug ist oder nicht, spielt rechtlich keine Rolle, sofern man die Patientenverfügung zu einem Zeitpunkt erstellt hat, zu dem man urteils- und entscheidungsfähig war. Dass Kranke sich durch „unvernünftige“ Verfügungen Schaden zufügen könnten, hat im Vorfeld des Gesetzgebungsprozesses eine große Rolle gespielt. Das Parlament hat sich aber für die Respektierung der Entscheidungsfreiheit der Betroffenen entschieden.

In Vorurteilen gefangen?

Viele Psychiater und manche Angehörige haben dennoch nach wie vor große Bedenken gegen Patientenverfügungen von psychisch Kranken. Sie fürchten, diese seien besonders gefährdet, sich durch eine solche Verfügung Schaden zu schaden, und eine notwendige beziehungsweise hinreichende Behandlung verhindern, die sie vernünftigerweise wollen müssten. Tatsächlich ist vor der Verabschiedung des Gesetzes eine Delegation von Psychiatern und Angehörigen psychisch Kranker - ob Psychiatrie-Erfahrene dabei waren, entzieht sich meiner Kenntnis - nach Berlin gereist, um sich Gehör zu verschaffen. Aber der Gesetzgeber hat sich entschieden, dem Willen des Patienten auch bei psychischer Krankheit den Vorrang einzuräumen. Warum sollte das bei psychisch Kranken auch anders sein? Offenbar wird unterstellt, dass sie, anders als Menschen mit schweren körperlichen Krankheiten wegen ihres Leidens dazu prädestiniert sind, unvernünftige beziehungsweise selbstdestruktive Regelungen zu treffen.

Die Selbstverständlichkeit, mit der viele Fachleute Einwände und Bedenken gegenüber Patientenverfügungen bei psychischer Krankheit erheben, erstaunt. Sie kann nur einen Grund haben: dass die gängigen Vorurteile gegenüber psychisch Kranken hier fröhliche Urstände feiern: angebliche „Uneinsichtigkeit“ als Krankheitsmerkmal, Kooperationsverweigerung als Leitmotiv, antipsychiatrische Tendenzen als Grundüberzeugungen. Offenbar orientieren manche Psychiater und Angehörige sich am so genannten „schwierigen“ Patienten – oder besser, an Kranken, mit denen sie Schwierigkeiten haben. Gewiss gibt es solche Kranke. Aber oft haben solche Schwierigkeiten auch mit dem Fehlen einer vertrauensvollen Beziehung zu tun, die bekanntlich keine einseitige Angelegenheit ist; und ebenso haben sie damit zu tun, dass Ärzte und Angehörige sich in objektiv schwierigen Situationen schwertun; oder dass ihnen die notwendige Geduld, das notwendige Beharrungsvermögen oder das notwendige Verhandlungsgeschick fehlen; oder dass ihnen in Akutsituationen einfach nur die Zeit fehlt, sich auf de-eskalierende Strategien zu

Auf jeden Fall machen sie es sich zu einfach, wenn sie Patientenverfügungen über psychische Krankheit unter Berufung auf ihre Fürsorgepflicht gegenüber dem urteilsunfähigen Patienten ablehnen. Die Patientenverfügung soll ja gerade für diese

Situation Vorsorge treffen. Und das bedeutet ja, dass sie zu einem Zeitpunkt erstellt wird, zu dem der Kranke urteils- und handlungsfähig ist. Ihm das zu verweigern wäre ein massiver Verstoß gegen seine Grundrechte. Es wäre gleichsam eine „vorsorgliche Entmündigung“. Es wäre rechtswidrig. Deswegen muss man darüber auch nicht weiter diskutieren.

Das Recht auf Behandlungsverweigerung: Will „They Rot with their Rights on“?

In den siebziger und achtziger Jahren des vergangenen Jahrhunderts wurde die US-amerikanische Psychiatrie von der „Right-to-Refuse-Treatment“-Bewegung (Appelbaum 19 XX) erschüttert. Bis dahin glaubten die amerikanischen Kollegen, mit ihren psychisch kranken Patienten anders umgehen zu dürfen als mit körperlich Kranken. In der Psychiatrie war es weithin üblich, dass sich die behandelnden Ärzte über das Recht der Kranken auf Aufklärung („Informed Consent“) hinweg setzten; und dass sie sich das Recht anmaßen, sie gegebenenfalls auch gegen ihren Willen zu behandeln. Sie unterstellten einfach, die Kranken könnten die Notwendigkeit der Therapie wegen ihres Zustandes ohnehin nicht beurteilen. Dabei machten sie in der Regel auch keine Unterschiede zwischen freiwilligen und unfreiwilligen Patienten. Das änderte sich, als immer mehr Patienten in immer mehr Einzelstaaten Anwälte fanden, die sich für ihre Rechte einsetzten. Als Folge davon wurde das Recht auf Aufklärung und – mit gewissen Einschränkungen – auch das Recht auf Behandlungsverweigerung anerkannt und durchgesetzt.

Die Rechtsprechung löste in psychiatrischen Kreisen Empörung aus. Man werde künftig psychische Störungen nicht mehr wirksam behandeln können. Die emotional zugespitzte Situation gipfelte in der wütenden Äußerung Thomas Gutheils: die Kranken würden ihr Recht erhalten, darüber aber zu Grunde gehen („rot with their rights on“). Bemerkenswerterweise erwartete man ziemlich einhellig, die neue Rechtslage werde dazu führen, dass ein sehr großer Anteil der Patienten die Behandlung verweigern würde; und dass die psychiatrischen Krankenhäuser auf diese Weise zu Internierungslagern werden würden. Tatsächlich ergaben erste Umfragen, dass 30-50 % der Kranken die Einnahme von Medikamenten verweigern

würden. Allerdings handelte es sich dabei um Befragungen, bei denen es letzten Endes um nichts ging: die Kranken wurden gefragt, wie sie sich verhalten würden, wenn sie Gelegenheit hätten, sich zu entscheiden – ohne vor einer konkreten Entscheidungsnotwendigkeit zu stehen.

Ganz anders sahen die Ergebnisse von Untersuchungen aus, bei denen die Patienten in der Klinik mit allen Konsequenzen die Wahl hatten, einer Behandlung mit Medikamenten zuzustimmen oder zu verweigern. In einem Dutzend solcher Studien betrug die konkrete Verweigerungsrate zwischen 0,4 % und 15 %. Bei der Hälfte der Untersuchungen 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 1500 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 h. 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.

Appelbaum sieht die Gründe für die große Diskrepanz zwischen befürchteten und tatsächlichen Folgen der Rechtsprechung darin, dass die Psychiater von den Vorurteilen der Öffentlichkeit gegenüber ihrem Fach und ihren Patienten in einem Maße beeinflusst seien, dass ihr Urteilsvermögen darunter gelitten habe. Sie hätten ihre Patienten und deren Bedürfnis nach einer qualifizierten Behandlung bei gleichzeitiger Respektierung ihrer Rechte – und des Anspruches auf Gleichbehandlung mit anderen Kranken – schlicht als falsch eingeschätzt. *(Anmerkung: Bei meinen Überlegungen in diesem Abschnitt bin ich über weite Strecken den Ausführungen von Paul S. Appelbaum in „Almost a Revolution“, S. 114-162, gefolgt) Ich.*

Die mittlerweile historische Entwicklung in den vereinigten Staaten könnte ein Lehrstück für unsere heutige Situation sein. Wenn ich Patienten und ihren Angehörigen auf meinen Vortragsreisen zuhöre, habe ich den Eindruck, dass wir im Hinblick auf die Respektierung der Patientenrechte in Akutsituationen, bei gesetzlichen Unterbringungen, auf geschlossenen Abteilungen und im forensisch psychiatrischen Bereich noch einen weiten Weg zu gehen haben. Das schlägt sich bei Zwangsmaßnahmen, vor allem aber bei der unfreiwilligen aufgenötigten oder erzwungenen Medikation nieder.

Die nachgeholte Debatte in Deutschland

Es scheint so, dass die gesetzliche Verankerung Patientenverfügung dazu führt, dass die Debatte um das Recht auf Behandlungsverweigerung bei uns mit drei Jahrzehnten Verzögerung nachgeholt wird. Ich hatte mich bereits anlässlich unserer Untersuchung über die Zwangsmedikation (Finzen und andere 1993, 1995) Anfang der Neunzigerjahre gewundert, dass die amerikanische Auseinandersetzung bei uns kaum ein Echo gefunden hatte. Mit der Anti-Psychiatrie-Bewegung war das zwei Jahrzehnte vorher ähnlich. Möglicherweise hat das damit zu tun, dass die siebziger und Achtzigerjahre die Jahrzehnte der Psychiatriereform waren. Sie waren auch bei den kritischen Kräften mit viel Hoffnung verbunden. Tatsächlich änderten sich die Versorgungsbedingungen ja auch so drastisch, dass ihre anhaltenden Mängel zunächst in den Hintergrund rückten. In den neunziger Jahren gab es zwar auch eine Diskussion über „Hilfe wider Willen“ (Mohr 1993), und immer wieder über Gewalt in der Psychiatrie. Aber diese Auseinandersetzungen führten nicht zu einer allgemeinen Auseinandersetzung über die Patientenrechte.

Das Recht auf Aufklärung, dessen Verweigerung wesentlich zu amerikanischen Debatte beigetragen hatte, galt bei uns auch damals schon als selbstverständliches Recht, - obwohl ihm vor allem in der Akutpsychiatrie ganz gewiss nicht Genüge getan wurde. Das Recht auf Behandlungsverweigerung dagegen wurde nie ernsthaft diskutiert, vermutlich weil man – rechtlich sicher fälschlich – unterstellte, die Behandlung gegen den Willen der Patienten, insbesondere die Zwangsmedikation,

sei vom Unterbringungsrecht oder vom Betreuungsrecht gedeckt. Dass die Betreuungsgerichte sich dabei immer wieder einschalteten, wurde von den Psychiatern oft als illegitime Einmischung empfunden. Die Voraussetzungen für eine Zwangsbehandlung sind im Unterbringungsrecht m.E. auch heute noch nicht oder nur unzureichend geregelt.

Ein Urteil des Bundesverfassungsgerichtes zur Zwangsmedikation, das die Patientenrechte in erheblichem Umfang stärkt, betrifft im konkreten Fall zwar die forensische Psychiatrie in Rheinland-Pfalz. Aber es liegt nahe, daraus Analogieschlüsse auf die Situation in der allgemeinen Psychiatrie zu ziehen (vgl. Kammerer 2011 in der PSU). Ohne Zweifel herrscht hier gesetzlicher Regelungsbedarf. Das gilt für jede Art der Zwangsbehandlung, aber auch für die Parallelität von Patientenverfügungsrecht, Unterbringungsrecht, Betreuungsrecht und teilweise auch Strafrecht. Oliver Tolmein hat in Doktor Med. Mabuse (2012) zu Recht darauf hingewiesen und zugleich darauf hingewiesen, dass eine Behandlung gegen den Willen bei einer klaren gesetzlichen Regelung komme aber nur dann, in Ausnahmefällen auch in Zukunft möglich sein wird. Das mag diejenigen betrüben, die in der Gesetzgebung zur Patientenverfügung das Ende der Zwangspsychiatrie gesehen und gefeiert haben.

Literatur

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

Finzen A (1991).: Zwischen Hilfe und Gewalt. Fürsorgerischer Freiheitsentzug und Patientenrechte. NZZ Zeitfragen, 69, 23.3.1991

Finzen A (1993): Zwangsbehandlung mit Psychopharmaka? Das Recht auf Verweigerung der Therapie. FAZ 208, N2, 8.9.1993

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

Gutheil, Th. Gutheil, TG (1980): In Search of true Freedom: Drug Refusal, Involuntary Medication, and „Rotting with their Rights on.“ *American J Psychiatry* 137: 327-328

Hoge SK ua (1990): A Prospective Multicenter Study of Patients' Refusal of Antipsychotic Medication. *Arch Gen Psychiatry* 47: 949-956

Kammerer, H.: Darf der Staat mich von mir selbst schützen? Das beinahe-Ende der medikamentösen Zwangsbehandlung in der Psychiatrie Psychosoziale Umschau, 3,21-24, 2011

Mohr, J. (Hg.): Hilfe wider Willen. Diakonie: Stuttgart 1993

Tolmein, O.: Auch für Ärzte ein Thema. In: Dr. med. Mabuse, 195:54, 2012

Das Bundesverfassungsgericht legitimiert die Zwangsmedikation – als „letztes Mittel bei klarer gesetzlicher Regelung“ 2013

Das Bundesverfassungsgericht hat am 23. März und am 12. Oktober 2011 in zwei bemerkenswerten Urteilen zur Frage der Zwangsmedikation in der Psychiatrie Stellung genommen. Beide Entscheidungen haben in der psychiatrischen Szene eine heftige kontroverse Diskussion ausgelöst. 2012 folgte der Bundesgerichtshof mit der Feststellung, auch im Betreuungsrecht fehle eine rechtliche Regelung der Zwangsbehandlung. Die Bundesarbeitsgemeinschaft der Psychiatrie-Erfahrenen, eine Abspaltung des Bundesverbandes der Psychiatrie-Erfahrenen, triumphiert. Die Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Nervenheilkunde skandalisiert sie in ihrer Stellungnahme vom 18. Januar 2012 in ihren Konsequenzen als „zynisch“ und verlangt, „dass auch behandlungsbedürftige, jedoch aufgrund fehlender gesetzlicher Grundlage nicht behandelbare Menschen mit psychiatrischen Störungen, die nur gesichert werden müssen, aus der ärztlichen Verantwortung zu entlassen und an die JVA's zu überstellen sind...“ Beiden sei empfohlen, die Urteile des Verfassungsgerichts, die im Übrigen längst fällig waren, zu lesen. Die nachfolgenden „Leitsätze zum Beschluss des Zweiten Senats vom 23. März 2011 - 2 BvR 882/09 -“ mögen zur Einstimmung genügen:

Leitsätze der Bundesverfassungsgerichts

- 1. „Der schwerwiegende Eingriff in das Grundrecht aus Art. 2 Abs. 2 GG, der in der medizinischen Behandlung eines im Maßregelvollzug Untergebrachten gegen dessen natürlichen Willen liegt, kann auch zur Erreichung des Vollzugsziels gerechtfertigt sein.*
- 2. Eine Zwangsbehandlung zur Erreichung des Vollzugsziels ist nur zulässig, wenn der Untergebrachte krankheitsbedingt zur Einsicht in die Behandlungsbedürftigkeit oder zum Handeln gemäß dieser Einsicht nicht fähig*

ist.

3. Maßnahmen der Zwangsbehandlung dürfen nur als letztes Mittel und nur dann eingesetzt werden, wenn sie im Hinblick auf das Behandlungsziel, das ihren Einsatz rechtfertigt, Erfolg versprechen und für den Betroffenen nicht mit Belastungen verbunden sind, die außer Verhältnis zu dem erwartbaren Nutzen stehen.

4. Zum Schutz der Grundrechte des Untergebrachten sind besondere verfahrensmäßige Sicherungen geboten.

5. Die wesentlichen Voraussetzungen für die Zulässigkeit einer Zwangsbehandlung bedürfen klarer und bestimmter gesetzlicher Regelung.

6. Dies gilt auch für die Anforderungen an das Verfahren.“ (Satznummerierung AF)

Ich verstehe diese Leitsätze als Legitimierung von Zwangsbehandlung (Satz1), nämlich dann, wenn der Untergebrachte krankheitsbedingt zur Einsicht in die Behandlungsbedürftigkeit ... nicht fähig ist (Satz 2) und wenn sie „als letztes Mittel und nur dann, wenn sie im Hinblick auf das Behandlungsziel ...Erfolg versprechen“ (Satz 3). Das gilt aber nur, bei „klarer und bestimmter gesetzlicher Regelung“ (Satz 5) der Voraussetzungen für die Zulässigkeit und die „Anforderungen an das Verfahren“ (Satz 6). Sie sind kaum misszuverstehen. Und dennoch geschieht das.

Angst vor Willkür

Ohne diese Urteile würde, wie Tilman Steinert (2004) schreibt, weiter das Prinzip gelten: „Wann und wie Zwangsmassnahmen stattfinden, hängt ab vom Ort der Behandlung und davon, wer gerade Dienst hat.“ Und das macht Angst. So wird die Ausübung von Zwang allzu leicht zu einem Herrschaftsinstrument, das die Gefahr von Willkür einschliesst. Hier ein Zitat aus einem aktuellen Angehörigenbrief (März 2012):

„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 6 Wochen Aufenthalt (mit richterlichem Beschluss) gab es nur Ergotherapie. Im Nachhinein haben wir sehr mit uns gerungen, ob unsere Entscheidung, ihn einzuweisen, richtig war.“

Ob solches Vorgehen dem Bundesverfassungsgericht wohl standhalten würde? Ich wette eher darauf, dass der Kollege schon vom Amtsgericht verurteilt würde – strafrechtlich –wenn die Angehörigen sich zu einer Anzeige entschliessen könnten. Aber das tun sie fast nie, aus Angst vor Nachteilen für den Kranken, wenn er die Klinik wieder benötigt. Man kann mir sagen, solche Vorfälle seien selten. Allein mir fehlt der Glaube!

Auch Landesunterbringungsrecht betroffen

Es dürfte kein Zufall sein, dass die Beschwerdeführer in beiden Verfahren vor dem Verfassungsgericht im Massregelvollzug waren. Sie haben ein länger dauerndes Interesse, sich gegen eine Zwangsbehandlung zu wehren, als die meisten anderen untergebrachten Kranken, die fast immer nach weniger als sechs Wochen wieder zu Hause sind. Sie haben wenig Interesse, nach der Klinikentlassung die Strapazen eines Gerichtsverfahrens auf sich zu nehmen, Verletzung ihrer Rechte und ihrer Würde hin oder her. Insofern ist es ein Glücksfall, dass das Land Baden-Württemberg sich in seiner Stellungnahme zur Rechtfertigung der Zwangsbehandlung auch auf den § 8 Unterbringungsgesetzes berufen hat.

Das war der Anlass für das Gericht, diesen zu prüfen und für nichtig zu erklären, unter anderem auch, weil die darin beschworenen „Regeln der ärztlichen Kunst“ zu vague seien, als dass sie objektivierbar und überprüfbar seien. Aus solchen Gründen hat das Gericht darauf verzichtet zu prüfen, ob eine Behandlung mit Neuroleptika medizinisch begründet und aussichtsreich gewesen wäre. Auf Grund der vorliegenden Daten war beides aus meiner Sicht im zweiten Fall („Persönlichkeitsstörung mit multipler Störung der Sexualpräferenz“) mehr als zweifelhaft. Dies lässt sich auch einer Stellungnahme der DGPPN gegenüber dem BVerG entnehmen, die die „Antipsychotische“ Wirksamkeit der Neuroleptika betont. Im ersten Fall (lang andauernde Psychose mit verfestigtem systematischen Wahn)

lässt sich zumindest darüber diskutieren, ob eine länger andauernde Neuroleptika-Medikation so aussichtsreich wäre, dass ihre zwangsweise Verabreichung gerechtfertigt wäre: Dies in aller Vorsicht und im Bewusstsein, dass ich keinen der beiden Patienten kenne und keine Einsicht in die Krankenunterlagen hatte.

Zwangsmedikation ein „besonders schwerwiegender Grundrechtseingriff“

Zusammenfassend seien hier drei Feststellungen des Gerichts aus dem Urteil vom 23. 3. 2011 besonders hervorgehoben:

1. *„Bei der medizinischen Zwangsbehandlung eines Untergebrachten mit Neuroleptika handelt es sich um einen besonders schwerwiegenden Grundrechtseingriff (43/10)*
2. *„Psychoparmaka sind zudem auf die Veränderung seelischer Abläufe gerichtet. Ihre Verabreichung gegen den natürlichen Willen des Betroffenen berührt daher, auch unabhängig davon, ob sie mit körperlichem Zwang durchgesetzt wird, in besonderem Masse an den Kern der Persönlichkeit“ 44/10, letzter Satz.*
3. *„§ 2, 2 GG fordert darüber hinaus spezielle verfahrensmässige Sicherungen gegen die besonderen situationsbedingten Grundrechtsgefährdungen, die sich ergeben, wenn über die Anordnung einer Zwangsbehandlung ausserhalb der Notfälle allein die jeweilige Unterbringungseinrichtung entscheidet.“ (68/10)*
4. *Das Gericht erklärt die beanstandeten Gesetzespassagen für nichtig: „Voraussetzungen für eine blosser Unvereinbarerklärung mit befristeter Weitergeltung liegen nicht vor. Das hierfür erforderliche Überwiegen der Nachteile des sofortigen Ausserkrafttretens der Norm gegenüber den Nachteilen, die mit der vorläufigen Weitergeltung verbunden wären, ... kann angesichts der Schwere der Grundrechtseingriffe ... nicht festgestellt werden.“*

Was nun?

Die beiden Urteile des Bundesverfassungsgerichts zur Zwangsmedikation sind eine schallende Ohrfeige für die Landesgesetzgeber. Die Psychiater müssen sich diesen

Schuh nicht anziehen. Sie können, wie die Patienten vielmehr nach mehr als 60 Jahren Bundesverfassung in naher Zukunft erstmals mit grundgesetzkonformer gesetzlicher Absicherung rechnen, wenn sie gezwungen sind, im Interesse einzelner Kranker gegen deren Willen zu handeln, wenn die Krankheit ihre Urteilsfähigkeit ganz oder teilweise aufgehoben hat. Das Verfassungsgericht hat dem Gesetzgeber wichtige, z.T. detaillierte Vorgaben für eine gesetzliche Neuregelung gegeben. Diese unverzüglich umzusetzen, ist Aufgabe der Juristen. Aber die Psychiater sind aufgerufen, an der inhaltlichen Gestaltung von Gesetz und Verfahrensregeln mitzuwirken. Dabei muss klar sein, dass eine Behandlung gegen den Willen des Patienten ausschliesslich „zur Erreichung des – spezifizierten - Behandlungsziels“ verfassungskonform sein kann, nicht aber zur Gefahrenabwehr oder zum Schutz Dritter. Ausserdem kann es keine verfassungskonforme Zwangsmedikation geben, wenn die Kranken nicht krankheitsbedingt in ihrer Einsichts- und Handlungsfähigkeit beschränkt sind. Das gilt auch dann, wenn sie diese gerade erst durch die erfolgreiche Medikamentenbehandlung wiedererlangt haben.

Das Gesetz soll nach den Vorgaben des Verfassungsgerichts klar und bestimmt sein. Er wird kurz und verhältnismässig abstrakt gehalten sein. Er könnte beispielsweise lauten: „Eine Zwangsmedikation ist nach Ausschöpfung aller sonstigen Mittel zulässig, wenn der untergebrachte Patient der Behandlung aufgrund krankheitsbedingter Einsichts- und/oder Handlungsunfähigkeit nicht zustimmungsfähig ist und das Behandlungsziel dem unmittelbaren Schutz des Lebens und der Wiederherstellung seiner persönlichen Freiheit dient. Der Eingriff in die Grundrechte nach § 2, 2 GG muss verhältnismässig sein. Ein geordnetes Verfahren ist zu gewährleisten und zu dokumentieren.“

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)
- Voraussetzungen wie Indikationenkatalog, Verhältnismässigkeit und Erfolgschancen
- 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.
-

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

Reaktionen)

Die beiden Urteile des Verfassungsgerichts haben in den Medien und in der Fachöffentlichkeit ein breites Echo gefunden. Einhellig wurden nur die Verbote zur Kenntnis genommen und je nach Einstellung zustimmend ablehnend oder besorgt kommentiert. Die differierten Ausführungen des Gerichtes sind dabei weithin unter den Tisch gefallen. Nicht einmal die Leitsätze zum Urteil vom 23. 3. 2011 wurden in ihrer wegweisenden Bedeutung erkannt und entsprechend nicht gewürdigt. Am heftigsten ist die Reaktion der deutschen Fachgesellschaft für Psychiatrie, der DGPPN, ausgefallen, die sich in sechs Thesen verdichtet:

„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. in Folge 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.“

Meiner Meinung nach trifft dieses Schreckensszenarium nicht zu (auch die DGPPN sieht das mittlerweile differenzierter) – oder andersherum: die meisten hier beschworenen Dilemmata sind von Anbeginn ein Kernproblem jener Psychiatrie, die sich die Behandlung von Menschen mit schweren psychischen Störungen zur Aufgabe gemacht hat. Die US-amerikanischen Erfahrungen mit der „Right-to-Refuse-Treatment“-Bewegung legen nahe, dass sich mit Geduld und Verhandlungswillen Lösungen finden lassen, mit denen die Kranken und die Psychiatrie leben können – auch jetzt schon, bevor es zu gesetzlichen Neuregelungen gekommen ist. Dass die Urteile Unsicherheit auslösen, ist verständlich. Aber wir müssen uns der neuen Situation stellen. Niemand kann sich wünschen, dass die bisherige Praxis der Entscheidungen nach Gutsherrenart, bzw. nach den „Regeln der ärztlichen Kunst“ sich fortsetzt. (Was ist daran objektivierbar)? Statt uns aufzuregen sollten wir vielmehr nachfragen, wie die Verantwortlichen in Rheinland-Pfalz und Baden-Württemberg seit Bekanntwerden der Urteile klarkommen.

Bis hier ggf Streichen

Im Übrigen

In beiden Urteilen ging es um „geplante“ Zwangsmedikation. Ausserhalb der Forensik ist aber die akute Notfallsituation, die sofortiges Handeln verlangt, der Normalfall. Sie bedarf besonderer Verfahrensregeln und möglicherweise auch einer

speziellen gesetzlichen Regelung. Das Gericht hält sich in dieser Hinsicht bedeckt. Aber es gibt unter 66/10 v. 23.3.11 einen indirekten Hinweis, indem im Hinblick auf besondere Grundrechtsgefährdungen bei „Zwangsbearbeitungen ausserhalb der Notfälle“ hinweist. Ob man Notfällen unter Umständen einen „übergesetzlichen Notstand geltend machen kann sei dahingestellt. Aber schon jetzt ist klar, dass das Gericht eine Zwangsmedikation auch im Notfall nur stützt, wenn sie im Sinne des Patienten zum Schutz von Leben und Gesundheit geschieht – und nicht als Gefahrenabwehr zugunsten dritter. – Die gesetzliche Lücke im Betreuungsrecht ist inzwischen durch den Deutschen Bundestag geschlossen worden. Ob diese Neuregelung den Vorgaben des Bundesverfassungsgerichts standhält, bleibt abzuwarten. Ich habe da meine Zweifel. Die größte Gefahr besteht meines Erachtens darin, dass die Klinikverantwortlichen angesichts der fortbestehenden gesetzlichen Lücke im Unterbringungsrecht versuchen werden, Zwangsbearbeitungen auf dem Umweg über das Betreuungsrecht durchzusetzen.

Literatur

BVerG, 2 BvR 882/09 vom 23. 3. 2011, Absatz-Nr. (1-83)

BVerG, 2 BvR 633/11 vom 12. 10. 2011, Absatz-Nr. 1-43)

DGPPN: Zum Urteil des Bundesverfassungsgerichts vom 23. 3. 2011 zur Zwangsbearbeitung im Massregelvollzug. Stellungnahme der DGPPN. Nervenarzt 2012, 83: 259-264

Steinert, T.: Indikation von Zwangsmassnahmen in psychiatrischen Kliniken. In: Seelische Krise und Aggressivität, S. 44-52. Psychiatrie-Verlag Bonn 2004

www.finzen.de

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

Manuskriptentwurf

„Ich habe ein Recht darauf, gegen meinen Willen behandelt zu haben, 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 ein 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 vertragen. 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 6 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 erfolgreichen 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 ihrer 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 trialogischen Veranstaltungen Berichte über solche Geschehnisse höre.

Schutz der Kranken, Rechtssicherheit für Therapeuten

Alles, was 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 vermintes Feld ist. (Das war sie M.E. 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. 1. 2012 lesen musste: „Zwangsbehandlungen: Bundesverfassungsgericht zwingt Ärzte zu unterlassener Hilfeleistung.“ Sie unterstreicht das in einer Stellungnahme vom 17.1.2012, 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.
7. infolge ihrer psychischen Störung gefährliche Menschen, die einer Behandlung zur Wiedergewinnung ihrer sozialen Kompetenz nicht zustimmen, langfristig aus der Gesellschaft ausgegrenzt.
8. Ärzte in den beidseits strafbedrohten Konflikt zwischen unterlassener Hilfeleistung und rechtswidriger Zwangsbehandlung gestellt.
9. Therapeuten und Pflegenden gezwungen, sich mit behandelbaren und aufgrund der psychischen Störung gewalttätigen Menschen körperlich auseinanderzusetzen.
10. 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 handele 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 bewusst macht, dass wir es mit einer nachgeholten 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 1500 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 h.

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 ... es sich um einen besonders schwerwiegenden Grundrechtseingriff“ handelt, ist es angemessen.

Literatur

Appelbaum PS (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

Zwangsmedikation: Die Psychiatrie nach den Urteilen – und davor

Recht & Psychiatrie 31,2 S. 71-75 (2013)

Involuntary Medication: Psychiatry after the Decisions of the Federal Supreme Court

Decisions of the Bundesverfassungsgericht and the Bundesgerichtshof in 2011 and 2012 led to problems in German hospital psychiatry. These were a matter not only of the immediate consequences of the Court rulings, but also of dubious ways of handling involuntary medication in the years before. Even in the early 90ties everybody responsible might have known, that there was no legal basis for involuntary treatment in the country. Beginning with the American debate on the „right to refuse treatment“ one could know the consequences of future court decisions. Nevertheless there were no changes in legislation. This paper scrutinizes the consequences of the foreseeable but nevertheless unexpected court rulings and the ways of handling them in every day psychiatry.

Zusammenfassung

Entscheidungen des Bundesverfassungsgerichts und des Bundesgerichtshofes aus den Jahren 2011 und 2012 zur Zwangsmedikation haben die öffentliche Krankenhauspsychiatrie in Deutschland in eine schwierige Situation gebracht. Das hängt nicht nur mit den unmittelbaren Folgen der Gerichtsentscheidungen zusammen, sondern auch mit dem denkwürdigen Umgang vieler Kliniken in den Jahren davor zusammen. Spätestens seit den frühen neunziger Jahren konnten die Verantwortlichen wissen, dass die Zwangsmedikation bei psychisch Kranken nirgendwo gesetzlich abgesichert war. Seit der amerikanischen Debatte über das

Recht auf Behandlungsverweigerung war auch abzusehen, welche Folgen die richterliche Feststellung haben würde, dass die Praxis in den Kliniken ungesetzlich ist. Dennoch unterblieb eine vorausschauende Gesetzgebung. Die vorliegende Arbeit geht den Problemen nach, die die absehbare, anscheinend aber dennoch unerwartete Rechtsprechung im psychiatrischen Alltag aufgeworfen haben – und der Art und Weise, wie die Verantwortlichen damit umgehen.

Die etablierte deutsche Psychiatrie wurde von den Entscheidungen des Bundesverfassungsgerichts aus dem Jahr 2011 (R&P 2011, 168 und 2012, 31) und des Bundesgerichtshofs aus dem Jahr 2012 (R&P 2012, 206) gleichsam kalt erwischt. Das ist umso erstaunlicher, als es Anfang der neunziger Jahre im Gefolge der amerikanischen Debatte um das Recht auf Behandlungsverweigerung auch in Deutschland heftige Auseinandersetzungen um die Zwangsbehandlung und die Möglichkeiten einer gewaltfreien Psychiatrie gegeben hat. Ich habe damals recht optimistisch eine entsprechende Entwicklung in Deutschland kommentiert: „Das Recht auf Behandlungsverweigerung ist überall sonst (in der Medizin) unbestritten. Ohne Zweifel wird es in der Zukunft auch in der Psychiatrie in weit höherem Maße respektiert werden, als dies noch vor wenigen Jahren der Fall gewesen ist“ (Finzen 1993, vgl. Finzen 1991). Das war falsch.

Obwohl die damalige Debatte zeigte, dass die Zwangsbehandlung mit Medikamenten in keinem der Landespsychiatriegesetze geregelt war, setzten die Verantwortlichen auf die Devise: Wer gegen seinen Willen eingewiesen ist, darf auch gegen seinen Willen behandelt werden. Es kann nur verwundern, dass es noch einmal zwei Jahrzehnten gedauert hat, bis das Bundesverfassungsgericht diesen permanenten Unrechtszustand ein Ende gesetzt hat. Es verwundert weniger, dass dies auf dem Wege über den Maßregelvollzug erfolgte, der traditionell einer strengeren Kontrolle durch die Justiz unterliegt als die allgemeine psychiatrische Behandlung. Weniger erstaunlich war die Reaktion der offiziellen Krankenhauspsychiatrie und ihrer Verbände, insbesondere der DGPPN.

In ihrer ersten Stellungnahme vom 23. Januar 2012 erklärte diese: „durch das Verbot der Behandlung ohne oder gegen den Willen des Menschen“ werden die Ärzte

gezwungen, behandelbaren Menschen wirksame Hilfe vorzuenthalten; gestützt auf das Selbstbestimmungsrecht psychisch kranke Menschen einem eigengesetzlich verlaufenden Krankheits- und Sozialschicksal zu überlassen; Ärzte in einen strafbedrohten Konflikt zwischen unterlassener Hilfeleistung rechtswidriger Zwangsbehandlung gestellt; und gezwungen, sich mit behandelbaren und aufgrund der psychischen Störung gewalttätigen Menschen körperlich auseinanderzusetzen. (DGPPN 2012a) Die Stellungnahme gipfelt in dem Vorwurf, die Urteile seien „zynisch“. In der Hitze der Auseinandersetzung ging unter, dass eine wenig kritische Alltagspraxis in manchen psychiatrischen Krankenhäusern und der willkürliche Umgang mit der Zwangsbehandlung, nicht nur in Einzelfällen, solche Urteile geradezu herausgefordert haben.

Alles schon einmal da gewesen

Die Analogie zu der Entwicklung in den USA in den 80er Jahren drängt sich auf. Auch dort herrschte nach dem Bundesgerichtsurteilen helle Empörung. Diese gipfelte in der Vorhersage, die Kranken würden nun zwar ihr Recht bekommen. Aber sie würden daran zu Grunde gehen („Rotten with their Rights on“, Gutheil 1980). In einer scharfsinnigen Analyse zeigte D.A. Brooks 1986 in der renommierten „Rutgers Law Review“ dagegen, „wie die defensive Haltung vieler Psychiater aufgeweckte Juristen geradezu provozierte, sie auszuhebeln und in Schadenersatzprozessen zur Kasse zu bitten. Die Bundesgerichtsurteile, die das Recht der psychisch Kranken auf Behandlungsverweigerung stützen, rügen vielfältige Mängel in der Praxis der Psychopharmakotherapie: Ärzte gaben routinemässig Blanko-Anordnungen, obwohl dies untersagt war. Ärzte unterließen die Dokumentation von Nebenwirkungen, obwohl dies vorgeschrieben war. Ärzte übten unzulässigen Druck auf Patienten aus, die keine Medikamente einnehmen wollten. ... Diese vom Gericht vorgetragene Mängelliste soll nicht unterstellen, dass solche Zustände häufig oder sogar die Regel sind. Aber sie macht deutlich, dass manche Urteile nie zu Stande gekommen wären, wenn die beklagten Krankenhäuser eine solide, seriöse und fundierte Psychopharmakotherapie betrieben hätten.“ (eig. Übersetzung zit n. Finzen 1993 Vgl. Appelbaum 1994, Gelman 1999)

Tatsächlich waren die Ergebnisse von Untersuchungen, bei denen die Patienten in der Klinik mit allen Konsequenzen die Wahl hatten, einer Behandlung mit Medikamenten zuzustimmen oder sie zu verweigern, geeignet, einen nüchterneren Umgang mit den Problemen 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 1500 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 h.

Die Wissenschaftler begnügten sich damals 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 und dass damit die Entwicklung zu einer menschenfreundlicheren Psychiatrie begünstigt wurde. Auf diesem Hintergrund öffnet sich für uns ein weites Feld.

Vergleichbare Untersuchungen in Deutschland fehlen. In einer Schweizer Klinik haben wir im Gefolge der amerikanischen Entwicklung schon früh eine entsprechende Studie durchgeführt. Damals verweigerten dort 5 % der Betroffenen vorübergehend die Medikation – fast ausschließlich Menschen mit manischen oder schizophrenen psychotischen Episoden (Finzen u.a. 1994). Nachdem wir auf der Grundlage unserer Ergebnisse Maßnahmen ergriffen und an der Erarbeitung eines entsprechenden kantonalen Gesetzes mitarbeiteten, sank die Rate drastisch. Da der Anteil von psychosekranken Patienten an den Aufnahmen in psychiatrischen

Krankenhäusern in den vergangenen 20 Jahren sehr stark gesunken ist, ist heute in Deutschland mit einer noch niedrigeren Rate zu rechnen.

Analogie unzulässig?

Angesichts meines Rückgriffs auf die amerikanische Rechtsprechung der Achtzigerjahre und die Rügen der dortigen Gerichte höre ich schon den empörten Aufschrei mancher Kollegen: das sei doch nicht vergleichbar. Wirklich nicht?

Die erste Stellungnahme unserer Fachgesellschaft missinterpretiert aus meiner Sicht den Tenor der Verfassungsgerichtsentscheidungen: das Verfassungsgericht verbietet nicht; es legitimiert; und es setzt Grenzen – zugegebenermaßen enge Grenzen. Wir haben also jeden Grund zur Erleichterung. Erstmals hat das oberste Gericht des Landes die Voraussetzungen für die längst fällige gesetzliche Regelung einer Behandlung geschaffen, die wir in unseren Reden als Ausnahme bezeichnen und die keiner von uns ohne Prüfung der inhaltlichen Voraussetzungen und des eigenen Gewissens anordnen und durchführen sollte. So ähnlich ist das auch in der zweiten Stellungnahme der DGPPN vom Oktober (DGPPN 2012b) nachzulesen.

Das eigentliche Problem besteht in der Diskrepanz zwischen den feierlichen Erklärungen und der Alltagsrealität, die von manchen Kollegen nur begrenzt wahrgenommen wird. Es kann kein Zufall sein, dass drei der sechs Leitsätze des Verfassungsgerichts zur Zwangsmedikation das Verfahren betreffen:

- „Zum Schutze der Grundrechte des untergebrachten sind besondere verfahrensmäßige Sicherungen geboten.
- Die wesentlichen Voraussetzungen für die Zulässigkeit einer Zwangsbehandlung bedürfen klarer und bestimmter gesetzlicher Regelung.
- Dies gilt auch für die Anforderungen an das Verfahren.“

Damit greift das Bundesverfassungsgericht in das ein, was es 30 Jahre vorher im Zusammenhang mit der Zwangsunterbringung die „Vernunftthoheit des Arztes“ genannt hat, die vom zuständigen Richter zu prüfen sei (BVerfG NJW 1982, 691). Konkret heißt das: mit der Regelung des Verfahrens greifen Gerichte und

Gesetzgeber unmittelbar in die Entscheidungs- und Handlungsabläufe der Kliniken ein; und das wird von nicht wenigen Ärzten als illegitim empfunden, weil für viele von ihnen immer noch gilt: „Doctor Knows best“.

Recht auf Behandlung

Was das im einzelnen bedeutet, habe ich für mich persönlich vor Jahrzehnten im Kreise englischer Kollegen durchdekliniert. Seit damals bin ich überzeugt, dass „ich ein *Recht* darauf habe, gegen meinen Willen behandelt zu werden, wenn ich durch eine Krankheit meinen Verstand verliere.“ Diese Überzeugung, die ich 1969 vom Londoner Sozialpsychiater Jim Birley übernommen habe, ist seither für mich ein Leitgedanke bei allen Auseinandersetzungen über die Zwangsbehandlung: Ich will das so für mich; also muss ich bedenken, ob andere, die sich wegen psychischer Krankheit nicht qualifiziert äussern können, das nicht möglicherweise auch wollen.

Aber ich will das nicht ohne Vorbedingungen: Ich erwarte, dass der verantwortliche Therapeut mich 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 auch, dass er zu alledem qualifiziert ist. Und ich will, dass er meine nächsten Angehörigen einbezieht und einer von mir bevollmächtigten Person uneingeschränkte Akteneinsicht gewährt.

Ich erwarte, dass er sich Zeit nimmt und mir Bedenkzeit lässt, und dass er Alternativvorschläge meinerseits prüft und 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 er Zwang und Gewalt einsetzt. Und ich erwarte, dass er alles dies nachvollziehbar dokumentiert – und dass er 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!

Man mag denken, dies alles sei doch selbstverständlich. Aber das ist es nicht. Und vor allem weil es in allzu vielen Krankenhäusern nicht selbstverständlicher Bestandteil der therapeutischen Kultur ist, werden die Gerichtsentscheidungen von vielen Psychiatrie-Verantwortlichen als unbillige Zumutungen empfunden, gegen die es sich zu wehren gelte. Leider höre ich von Angehörigen und Betroffenen immer wieder von Vorfällen vor allem im Zusammenhang mit der Aufnahme, die nicht geeignet sind, das Vertrauen von Betroffenen und Mitbetroffenen – und damit auch der Öffentlichkeit – in die Psychiatrie zu stärken.

Ich will an drei Beispielen aus jüngerer Zeit darstellen, wie es auch sein kann:

Willkür - leider keine Ausnahme?

A.B., Lehrerin, 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 ihr 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 – freiwillig - in die nächstgelegene Klinik begeben. Bei der Aufnahme habe sie auf die Unverträglichkeit und auf die Vereinbarung mit der anderen Klinik hingewiesen. Der Aufnahmekliniker habe ihr erklärt, die Behandlungsvereinbarung interessiere ihn nicht, und darauf bestanden, dass sie genau dieses Medikament einnehme. Als sie sich geweigert habe, habe er ihr dieses gegen ihren Willen und mit unter Gewaltandrohung 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 negativer 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 (noch bei der Aufnahme) 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 6 Wochen Aufenthalt (mit richterlichem Beschluss) gab es nur Ergotherapie. Im Nachhinein haben wir sehr mit uns gerungen, ob unsere Entscheidung, ihn einweisen zu lassen, 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 wird. Sie wird in die örtliche Universitätsklinik eingewiesen. Die Behandlung gestaltet sich schwierig, wie sie selber berichtet. Sie fühlt sich gegängelt, protestiert gegen bestimmte Stationsregeln und wird eines Abends ohne für sie erkennbare ärztliche Mitwirkung in eine Isolierzelle gesperrt. Sie findet das ungerecht; aber sie sagt, damit könne sie 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?

Manche Fachkollegen halten mir zwei Dinge entgegen:

- 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 bzw. beruflichen 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 Angehörige aus drei Generationen mussten neben ihren schweren Krankheiten in unterschiedlichen Kliniken – Neurologie, Chirurgie und Psychiatrie in zwei Ländern - Gewalt und Willkür hinnehmen. – Offenbar ist das kein Privileg der Psychiatrie! - Keiner von den dreien war zum Zeitpunkt der Vorfälle in ihrer Urteils- und Willensfähigkeit beeinträchtigt. Alle drei wehrten sich vehement gegen Interventionen meinerseits. Sie fürchteten Nachteile bei eventuell notwendigen späteren Behandlungen. Das beobachte ich im übrigen immer wieder, wenn ich bei Angehörigen-, Betroffenen- und trialogischen Veranstaltungen Berichte über solche Geschehnisse höre.

Schutz der Kranken, Rechtssicherheit für Therapeuten

Alles, was ich sich hier berichtet habe, war auch vor den Urteilen 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 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.

Ich räume ein, dass die Zwangsbehandlung nach der neuen Rechtslage ein vermintes Feld ist. (Das war sie m.E. auch vorher). Wir sollten dankbar dafür sein, dass endlich Rechtssicherheit für die Patienten und die Behandelnden in Aussicht ist. Dass die Psychiatrie darauf reagiert, als sei der Fuchs in den Hühnerstall eingedrungen, lässt sich aus meiner Sicht nur mit einer verirrten therapeutischen Kultur erklären, die die ärztliche Perspektive und das Wohl des Kranken gleichsetzt („Doctor Knows best“) und die schon früher geltenden gesetzlichen Grenzen nicht ganz selten „leger“ gehandhabt hat – „zum Wohle der Kranken“.

Die allgemeine Aufregung ist allerdings ziemlich hoch aufgehängt und emotional überhöht. Die erste Stellungnahme der DGPPN 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 handele es sich dabei um eine mehr oder weniger verbindliche Meinungsäußerung und nicht um die Rahmenbedingungen für die künftige Gesetzgebung. Im Übrigen ist die Aufregung künstlich, wenn man sich bewusst macht, dass wir es mit einer nachgeholtten Debatte zu tun haben: Wir hätten es wissen müssen! Aus der amerikanischen „Right-to-Refuse-Treatment-Bewegung“ der siebziger und achtziger Jahren des vergangenen Jahrhunderts sind alle Argumente von heute bekannt. Die Aufregung und die Empörung der etablierten Psychiatrie desgleichen. Zwar lösten sich die Probleme der amerikanischen Psychiatrie nicht in Wohlgefallen auf. Aber die Wirklichkeit entbehrte jeder Dramatik.

Trotzdem sind die Stimmen aus der deutschen psychiatrischen Krankenhausszene im Tenor der ersten Stellungnahme DGPPN alarmierend. Lediglich die des Heidenheimer Chefarztes Martin Zinkler, weicht wohltuend ab. Zinkler hat die Herausforderung angenommen nach konstruktiven Wegen des Umgangs mit der

neuen Rechtslage gesucht. Er hat versucht, eine neue Zwang reduzierende therapeutische Kultur zu entwickeln und meldet überraschende Erfolge (Zinkler 2013). Es ist zu erwarten, dass einzelne Andere bald folgen werden und wieder andere versuchen, das Beste aus der Situation zu machen, ohne sich zu Wort zu melden. Aber die Mehrheit wird wohl eine andere Haltung vertreten: die Urteile des Bundesverfassungsgerichts und des Bundesgerichtshofs verhindern eine wirksamere menschliche Behandlung (in Form von Zwangsbehandlung). Sie schaden den Kranken, bedrohen die Therapeuten durch strafrechtliche Verfolgung und aggressive Handlungen von Kranken.

Auf dem Wege zu einer zeitgemässen therapeutischen Kultur steckengeblieben?

Wenn man die neuere Psychiatriegeschichte betrachtet, ist das wenig verwunderlich. Die Psychiatrie wurde im Gefolge der Psychiatrie-Enquete genötigt, sich in wenigen Jahren von einer Verwahrpsychiatrie zu einer therapeutischen und rehabilitativen Psychiatrie zu entwickeln – von einer Anstaltskultur, in der alle Macht auf Seiten der Institution und ihrer Mitarbeiter war, zu einer modernen therapeutischen Kultur mit gegenseitigen Respekt und der Bereitschaft über die Behandlung zu verhandeln. In den zahlreichen neu gegründeten psychiatrischen Abteilungen und allgemeinen Krankenhäusern mag das nicht als größeres Problem erschienen sein. In den alten Anstalten, in denen bereits die Eltern und Großeltern in früheren Jahrzehnten als „Herren der Klinik“ (Hemprich und Kisker 1968) gewirkt hatten, erwies sich das als schwierig. Es bedurfte ausdauernder Überzeugungsarbeit, jahrzehntelanger Einstimmung und tief greifender „Reedukation“, bis auch dem Letzten klar wurde, dass aus Insassen Menschen geworden waren. Und das war nicht immer erfolgreich.

Insbesondere auf manchen akuten geschlossenen Abteilungen wird auch heute immer wieder die Machtfrage gestellt und autoritär geklärt, wenn eigentlich Verhandlung und Gespräch und vertrauensvolle Beziehungen notwendig wären. Ich habe in meiner klinischen Laufbahn mehrfach solche Abteilungen aufgelöst, nachdem alle Versuche, zu patientenverträglichen Lösungen zu finden, gescheitert waren. Ich bin überzeugt, dass es solche Reste der alten Klinikkultur in manchen

Einrichtungen immer noch gibt – zum Teil ohne dass die Verantwortlichen davon wissen. Besonders anfällig für solche rückwärtsgewandten Zuspitzungen sind Akut-Aufnahmestationen. Insbesondere außerhalb der regulären Arbeitszeit, wenn oft wenig erfahrene Ärzte den Bereitschaftsdienst versehen und Entscheidungen treffen müssen, die nach den Landesunterbringungsgesetzen (zum Beispiel NRW) eigentlich den Chefärzten vorbehalten sind, wächst der Druck, die Stationsinteressen – Ruhe und Ordnung – vor die Interessen der Kranken zu stellen.

Was ist zu tun?

Es besteht überhaupt kein Zweifel, dass die Verantwortlichen in Kliniken sich in einer schwierigen Lage befinden. Das Argument, man hätte seit langen Jahren darauf drängen müssen, die Behandlung gegen den Willen auf eine solide rechtliche Grundlage zu stellen, hilft in der akuten Situation weder dem Arzt noch dem Patienten. Dennoch können die Betroffenen etwas tun, um die Situation zu entschärfen – zumindest wenn sie zu konstruktiven Ansätzen bereit sind. So kann man die therapeutische Kultur der eigenen Institution überprüfen, um Situationen zu vermeiden, die Gewalt herausfordern. Man kann und muss verstärkt mit den Kranken über ihre Behandlung verhandeln. Man kann und muss sich dabei Zeit lassen. Sofortlösungen in der akuten Ausnahmesituation dürfen weder Behandlungs- noch Verhandlungsziel sein. Wenn man sich so verhält, muss man sichere Rückzugsorte für jene Patienten bereitstellen, mit denen man sich noch nicht auf einen gemeinsamen Weg geeignet hat. Das kann im Einzelfall auch Isolierung bedeuten, die man eigentlich vermeiden will.

Jenseits solcher Vorgehensweisen, die eigentlich Selbstverständlichkeiten sind, gilt es, die Vorgehensweise der Klinik in solchen Situationen zu regeln – und zwar unabhängig von den ausstehenden gesetzlichen Regelungen: Auch die Verfahrensregeln müssen „klar und bestimmt“ sein, sagt das Bundesverfassungsgericht. Das ist eigentlich eine Banalität. Wenn es um die Anwendung von Zwang gegenüber Kranken geht, denen man ja helfen will, geht das nicht ohne Regeln.

Dazu gehören

- Festschreibung der Verantwortlichkeit auf eine Person (den Chefarzt oder eine von ihm benannte Person),
- Klärung der Voraussetzungen wie Indikationenkatalog für Behandlung und – getrennt – für die *Notwendigkeit* einer Behandlung gegen den Willen,
- Abwägung von Verhältnismässigkeit und Erfolgchancen,
- Festlegung von Entscheidungsbefugnissen (Facharzt) und Entscheidungsabläufen,
- gründliche Aufklärung und Begründung, ggf. wiederholt, Verhandlung mit dem Kranken, Versuche der Überzeugung, ggf. wiederholt,
- Berücksichtigung von Patientenauskünften hinsichtlich von Vorerfahrungen mit einzelnen Medikamenten,
- Ankündigung der geplanten Massnahme,
- Information über Beschwerdemöglichkeiten,
- Regelung der Durchführungsabläufe,
- Monitoring von 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.
- Akteneinsichtsrecht durch den Kranken oder seinen Bevollmächtigten,
- Einsetzung einer Beschwerdeinstanz mit Entscheidungsbefugnis, 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. Eine solche Vorgehensweise kann im übrigen dazu beitragen, zu klären, ob und wann eine solche Notlage vorliegt, dass eine Nothilfe auf der Grundlage des Paragraphen 34 StGB in Erwägung zu ziehen ist. Offen ist vorerst, was die rasche Neuregelung der Zwangsbehandlung im Betreuungsgesetz vom 26.2. 2013 bringt. Aus meiner Sicht ist es in der Sprache wenig präzise, teilweise sogar diffus. Es ist zu befürchten, dass damit alles beim Alten bleibt. Solange die Psychiatriegesetzen der Länder nicht novelliert sind, besteht zudem die Gefahr, dass die psychiatrischen Kliniken versuchen werden, Zwangsbehandlungen künftig über Betreuungen zu legitimieren.

Literatur

Appelbaum PS (1994).: Almost a Revolution. Oxford University Press: New York, Oxford

Brooks DA (1986): The Right to Refuse Antipsychotic Medications: Law and Policy. Rutgers Law Review 1 339-376

BVerG, 2 BvR 882/09 vom 23. 3. 2011, Absatz-Nr. (1-83)

BverG ,2 BvR 633/11 vom 12. 10. 2011, Absatz-Nr. 1-43)

DGPPN 2012a: Zum Urteil des Bundesverfassungsgerichts vom 23. 3. 2011 zur Zwangsbehandlung im Massregelvollzug. Stellungnahme der DGPPN. Nervenarzt, 83: 259-264

DGPPN 2012b: Memorandum zur Autonomie und Selbstbestimmung von Menschen mit psychischen Störungen. Nervenarzt 83: 1491-1493

Finzen A (1993): Zwangsbehandlung mit Psychopharmaka? Das Recht auf Verweigerung der Therapie. FAZ 208, N2, 8.9.1993

Finzen A (1991).: Zwischen Hilfe und Gewalt. Fürsorgerischer Freiheitsentzug und Patientenrechte. NZZ Zeitfragen, 69, 23.3.1991

Finzen A ua (1994): Hilfe wider Willen. Zwangsmedikation im psychiatrischen Alltag. Psychiatrie Verlag: Bonn

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

Gutheil, TG (1980): In Search of true Freedom: Drug Refusal, Involuntary Medication, and „Rotting with their Rights on.“ American J Psychiatry 137: 327-328

Hemprich, RD, Kisker KP (1968): Die „Herren der Klinik“ und die Patienten. Nervenarzt 39: 433-441

Hoge SK ua (1990): A Prospective Multicenter Study of Patients' Refusal of Antipsychotic Medication. Arch Gen Psychiatry 47: 949-956

Zinkler M (2013): Offener Brief Zur Neuregelung der Zwangsbehandlung. Psychosoziale Umschau 28: 24, H 1

Zwischenbilanz

Das Bundesverfassungsgericht hat 2011 in zwei Urteilen festgestellt, dass die Zwangsmedikation mit Psychopharmaka in psychiatrischen Kliniken und im Maßregelvollzug gesetzlich nicht geregelt und somit illegal ist. Die Aufregung darüber war in der psychiatrischen Szene damals gewaltig. Die verantwortlichen Ärzte würden einander kunstgerechten Behandlung von schwer psychisch kranken Menschen gehindert. Zahlreiche Kranke würden elendig Licht zu Grunde gehen. Die verantwortlichen Ärzte gerieten in eine Zwangslage zwischen Freiheitsberaubung und unterlassener Hilfeleistung. Denn jeden Fall riskierten sie die Strafverfolgung. Es wäre keine Übertreibung, festzustellen, dass die psychiatrische Szene zwischen Schockstarre und Hysterisierung schwankte.

Man konnte den Eindruck haben, ihre Protagonisten hätten das Lesen verlernt. Das Verfassungsgericht verbot mitnichten die Zwangsmedikation. Es verlangte lediglich deren gesetzliche Regelung als letztes Mittel, wenn kein anderer Weg mehr möglich sei. Immerhin greift jede Form von Gewalt in der Psychiatrie und anderswo in verschiedene Grundrechte ein; und dafür braucht es eine Rechtfertigung auf gesetzlicher Grundlage. Die Verfassungsrichter in ihren Urteilen als zynisch zu bezeichnen, ist starker Tobak – ist selber zynisch. Dass sie so urteilen würden, war seit 30 Jahren absehbar; und jeder, der in der öffentlichen Psychiatrie arbeitete, konnte das wissen. Aber niemand hat etwas unternommen.

Inzwischen haben sich die Fronten beruhigt. Erste gesetzliche Regelungen, wie die Novellierung des Betreuungsrechtes und einzelner Ländergesetze sind vollzogen. Aber fünf Jahre nach den Urteilen kommen die meisten Bundesländer es immer noch nicht verstanden, die Zwangsmaßnahmen in den psychiatrischen Krankenhäusern und im Maßregelvollzug gesetzlich zu regeln. Das ist mehr als beklagenswert. Ob die neuen gesetzlichen Regelungen der gerichtlichen Überprüfung standhalten werden, ist meines Erachtens eine offene Frage. Das gilt auch für die Novellierung des Betreuungsgesetzes. Geregelt werden sollte bei der Gelegenheit auch der Umgang mit anderen Zwangsmaßnahmen wie der Isolierung unter der Fixierung (Fesselung).

Das Bundesverfassungsgericht hat im übrigen nicht nur die fehlenden gesetzlichen Regelungen zur Ausübung von Zwang gerügt. Es hatte auch eindeutige und überprüfbare Verfahrensregelungen angemahnt: es muss geregelt sein, wer die Verantwortung trägt, wer berechtigt ist, Zwangsmaßnahmen anzuordnen. Und nach Vollzug solcher Maßnahmen muss kritisch überprüft werden, ob sie erforderlich waren bzw. ob es Alternativen gegeben hätte. Ganz wichtig sind in solchen Verfahren die Möglichkeiten zur sofortigen Beschwerde einer unabhängigen Instanz mit Gerichtsbefugnis. Dabei darf die Entscheidung nicht hinausgezogen werden. Die Überprüfung muss meines Erachtens innerhalb von zwei Wochen abgeschlossen werden. Solche raschen Entscheidungen werden auch Auswirkungen auf die Alltagspraxis bei der Anordnung von Zwangsmaßnahmen haben.

Wichtig ist die Entwicklung einer neuen therapeutischen Kultur, die gewährleistet, dass unterschiedliche Sichtweisen von Kranken und Therapeuten auf Augenhöhe ausdiskutiert werden, dass über die Behandlung und ihre Alternativen verhandelt wird. Dazu bedarf es der Zeit, die im klinischen Alltag oft nicht vorhanden ist; und es bedarf der Geduld, die gerade auf psychiatrischen Akutabteilungen von vielen Therapeuten als Zumutung empfunden wird. Wenn es gelingt, eine zugewandte möglichst freundliche Behandlungsatmosphäre auf einer Abteilung zu schaffen, lässt sich mit Sicherheit viel Gewalt vermeiden, die den Verantwortlichen heute unausweichlich scheint.

Dazu gehören auch organisatorische Maßnahmen beim Zuschnitt der Stationen, bei der Verteilung vor allem der neu aufgenommenen Kranken in einer Klinik. Die Zusammenballung von akutkranken, unruhigen Patienten auf einer Station sollte vermieden werden. Sie ist gewaltfördernd. Zu den organisatorischen Maßnahmen gehört auch der räumliche Zuschnitt von Kaufhausabteilungen, der den Rückzug von Kranken möglich macht, ohne dass deren Sicherheit der Kranken oder der Mitarbeiter darunter leidet. Solche Überlegungen sind beim Bau neuer Abteilungen zu berücksichtigen. Es gibt aber auch Möglichkeiten, solche Rückzugsmöglichkeiten und Ruhe-Zonen in älteren Einrichtungen zu schaffen, – wenn man sich nur Mühe gibt.

Schließlich bedürfen scheinbar eiserne Regeln und Denkweisen der Überprüfung, die in vielen Krankenhäusern routinemäßig eingesetzt werden: was ist eigentlich wenn, ein Patient keine Medikamente nehmen will, seine Krankheit das aber dringlich macht? Ist das gefährlich? Oder kann man abwarten? Kann man gegebenenfalls auch einen Patienten der nichtkooperationswillig ist, entlassen und die weitere Entwicklung abwarten? Auf jeden Fall muss es vermieden werden, dass die Frage Medikamente einnehmen oder die Verweigerung tolerieren von einer medizinischen zu einer Machtfrage wird, was leider im Alltag allzu leicht passieren kann.

Das sind nur einige Überlegungen, die dazu beitragen können, die Notwendigkeit und die Häufigkeit der Anwendung von Zwang in psychiatrischen Kliniken zu vermindern. Die zentrale Forderung an die psychiatrischen Einrichtungen ist eine andere: die Psychiatriereform der vergangenen Jahrzehnte hatte vor allem drei Ziele: die Beseitigung der elenden menschenunwürdigen Umstände in den Anstalten, die zeitgemäße Differenzierung und Reorganisation der Einrichtungen einschließlich neuer ambulanter, teilstationärer und klinischer Institutionen und schließlich die Entwicklung einer neuen therapeutischen Kultur im Umgang mit den Kranken und in der Begegnung von Therapeuten und Patienten. Dieser letzte Schritt der Reform ist vieler Orten in den Anfängen stecken geblieben. Es ist an der Zeit, dass er nachgeholt wird. Es wäre ein Unglück, wenn sich die Debatte über Zwangsmedikation und Zwangsmaßnahmen in psychiatrischen Institutionen in der Schaffung neuer rechtlicher Rahmenbedingungen erschöpfte.