

Fördern und Fordern statt Schützen und Sorgen

Wie sich wandelnde gesellschaftliche Normen über Zwang und Selbstbestimmung in Rechtsprechung und Gesetzgebung niederschlagen **Von Heinz Kammeier**

Die Diskussion über das Für und Wider von Zwangsmaßnahmen reißt nicht ab, weil sie grundlegende Fragen des Zusammenlebens berührt: Schließt das Recht auf Selbstbestimmung das Recht auf Krankheit ein? Schadet der, der sich nicht behandeln lassen will, der Solidargemeinschaft, die die Folgen dieses Verhaltens tragen muss? Und wenn sie sich dies nicht gefallen lassen will, darf sie den Einzelnen kontrollieren und sanktionieren? Soll sie das? Oder muss sie das gar? Daraus ergeben sich gesellschaftlich relevante Fragen, die immer wieder neu ausgehandelt und verhandelt werden müssen:

- In welchem Verhältnis stehen individuelle Freiheit und gesellschaftliche Toleranz zueinander?
- Wer hat wie viel Freiheit? Freiheit wovon und Freiheit wozu?
- Gefährdet die Freiheit des einen die Sicherheit der anderen?

Unsere Verfassung benennt Freiheitsrechte des Einzelnen oder von Kollektiven, in die der Staat nicht oder nur unter sehr engen Voraussetzungen eingreifen darf. Doch welche Art von Freiheit und wessen Freiheit sind eigentlich gemeint? Geht es ihm um Freiheit im Sinne von Selbstbestimmung, darum, tun und lassen zu können, was man will oder was sind die Maßstäbe und Kriterien für meine Verpflichtungen oder Rücksichtnahmen gegenüber der Gemeinschaft? Und umgekehrt?

Leben um jeden Preis?

Ärzte und ihre Standesorganisationen beschreiben ihren Willen zum Einsatz gern mit dem Auftrag zum Heilen und zur Fürsorge. Es sei »ein Gebot ethischen Handelns«, psychisch kranken Menschen die Behandlung, die sie nicht einfordern können, »angedeihen zu lassen«, so Nahlah Saimen in der Sozialen Psychiatrie (Heft 3/2012), immerhin die Mitgliederzeitschrift der DGSP, und sie ergänzt, Ärzte seien dazu da, Menschen, die in eine »völlige Hilf- und Ratlosigkeit verfallen sind, daraus zu befreien«. Die Psychiater als Kämpfer auf den Barrikaden der Freiheit?

Eine vergleichbare Weise paternalistische Bevormundung wurde lange Zeit in Alten-

Foto: pasiphae, Clipdealer



Wenn Angehörige oder Freunde die Patientenverfügung kennen, können sie ihr Geltung verschaffen

und Pflegeheimen praktiziert. Wenn dort ein bewusstloser oder dementer Mensch seinen Mund beharrlich verschloss und sich damit auf die natürlichste Weise weigerte, Flüssigkeit und Nahrung zu sich zu nehmen, wurde schnell zu einer PEG-Sonde gegriffen, um sein Leben und vielleicht auch das belegte Bett »um jeden Preis« bis zum endgültigen Zusammenbruch des Organismus, mindestens aber so lange wie möglich, zu erhalten.

Freiheit, so scheint es, wird hierbei nicht mit dem Recht auf Selbstbestimmung verbunden, vielmehr wird sie weginterpretiert: Uneinsichtigkeit ist Krankheit und gehört behandelt.

Der medizinische Fortschritt in der zweiten Hälfte des vorigen Jahrhunderts erwei-

terte nicht nur das Repertoire lebensbewahrender Maßnahmen, sondern setzte auf der anderen Seite auch eine Eigendynamik des Leben-Erhaltens um jeden Preis frei. Leiden, Sterben und Tod wurden aus der Medizin und dem ärztlichen Handeln weitgehend verleugnet und verdrängt. Diskussionen und Rechtsprechung drehten sich eher darum, wann es den Ärzten erlaubt sei, ein Leben zu beenden als um die Respektierung des Patientenwillens.

Über die Möglichkeiten von selbstbestimmten Behandlungsentscheidungen begann eine Diskussion erst etwa in der Mitte der 70er-Jahre des vorigen Jahrhunderts. 1978 trat zunächst Uhlenbruck mit seinem Vorschlag eines »Patiententestaments« an die Öffentlichkeit. In den 1980er-Jahren plät-

Von der Economy in die First Class



Checken Sie als DocCheck Pro Premium-Mitglied ein und erhalten Sie für nur 49,- Euro im Jahr u.a. Zugang zu:

- Fachvideos und Fachliteratur
- Arzneimittel-Datenbanken
- Rabatten und Vorzugsangeboten

Mehr Infos:

info.doccheck.com/de/pro/



DocCheck[®] Pro
Die Premium-Mitgliedschaft
von DocCheck

scherte die Diskussion über das Selbstbestimmungsrecht von Patienten dann eher vor sich hin, da der Fokus vordergründig auf Stichworte wie »Sterbehilfe« und »Ernährungsabbruch« gerichtet war. Schien es deshalb über längere Strecken so, als betreffe diese Diskussion die somatische Medizin, so kam sie doch spätestens in der Mitte der 1990er-Jahre mit den Stichworten »Psychiatrisches Testament« und »Behandlungsvereinbarung« auch in der Psychiatrie an.

Die Stärkung des Selbstbestimmungsrechts

In den Neunzigerjahren begann ein rechtlich nachhaltig wirksamer Wandel in Bezug auf das Patienten-Selbstbestimmungsrecht. 1994 entschied der Bundesgerichtshof im sogenannten »Kempten Fall«, dass bei einer unheilbar erkrankten, entscheidungsunfähigen Patientin das Absetzen der künstlichen Ernährung zulässig sei, wenn dies dem »mutmaßlichen Willen« der Kranken entspreche. Der zuständige Arzt und ein Betreuer der Wachkomapatientin waren im ersten Verfahren wegen versuchten Totschlags verurteilt worden, da sie ohne Genehmigung des Betreuungsgerichts das Personal des Pflegeheims angewiesen hatten, die künstliche Ernährung der Patientin auf Tee umzustellen mit dem Ziel, den baldigen, schmerzfreien Tod herbeizuführen. Das Urteil wurde revidiert und Betreuer und Arzt freigesprochen. In dem verhandelten Fall konnte durch Zeugenaussagen ermittelt werden, dass die Patientin der geplanten Ernährungseinstellung mutmaßlich zugestimmt hätte, wodurch das Vorgehen der Beklagten gerechtfertigt war.

In der Sache vergleichbar entschied im Jahr 2003 dann auch ein Zivilsenat des Bundesgerichtshofs, dass eine künstliche Ernährung einzustellen sei, wenn dies in einer Patientenverfügung bestimmt worden war. Damit ging es plötzlich um Freiheit, selbst und allein verantwortlich über den eigenen Körper bestimmen zu können. Es ging um Selbstbestimmung als einer – fast möchte man sagen: eigentumsrechtlichen – Verfügungsmacht über den eigenen Körper. Dazu gehörten auch die Diskussionen über das Verfügungsrecht der Schwangeren über »ihr« noch ungeborenes Kind wie die Debatte über das Recht von als hirntot erklärten Menschen, »ihre« Organe zu behalten.

Die umfassende rechtliche Ausformung und Normierung der Freiheit über Leib und Seele selbst und allein verantwortlich bestimmen zu können, fand in den vergangenen fünf Jahren statt. Nach Vorarbeiten der

Enquete-Kommission des Bundestages »Recht und Ethik der modernen Medizin« und der sogenannten Kutzer-Arbeitsgruppe, die sich mit Patientenverfügungen befasste, verabschiedete der Deutsche Bundestag schließlich 2009 das Patientenverfügungsgesetz. Seither sind schriftlich festgehaltene Äußerungen eines Behandlungs- bzw. Nicht-Behandlungswunsches verbindlich. Mittlerweile gilt schon ein Gurgellaut oder eine körperlich abwehrende Geste eines Patienten als »natürlicher Wille« und als Ausdruck von Selbstbestimmungsfreiheit, der respektiert werden muss.

Es ist nur konsequent, dass nun auch die Stärkung des Selbstbestimmungsrechts von psychisch erkrankten Personen gefördert wird. Mit der Entscheidung des Bundesverfassungsgerichts 2011, dass die Zwangsbehandlung mit Antipsychotika bei behandlungsunwilligen und krankheitsuneinsichtigen Personen im psychiatrischen Maßregelvollzug ein schwerwiegender Eingriff in das Grundrecht auf Selbstbestimmung sei, war die Diskussion da. Seither gilt, dass weder hochgepriesene Medikamente noch die Berufung auf das ärztliche Ethos, zur Hilfe verpflichtet zu sein, und auch die besondere Verfügungsgewalt des Staates im Maßregelvollzug nicht über der grundrechtlichen Freiheit zur Selbstbestimmung stehen. Diese grundrechtlich geschützte Freiheit schließt auch weiterhin ausdrücklich die »Freiheit zur Krankheit« ein.

Gleiches Recht für alle

Eine Ausnahme gibt es: Ist die erkrankte Person krankheitsbedingt unfähig, die Chance zur Wiedererlangung der Selbstbestimmungsfähigkeit durch eine Behandlung zu erkennen, darf der Staat abwägend die krankheitsbedingte Willensäußerung zugunsten einer zwangsweisen medikamentösen Behandlung hintanstellen. Dies hat jedoch unter engen materiellen und verfahrensrechtlichen Vorgaben zu erfolgen. Einzig zulässiges Ziel eines solchen Zwangseingriffs ist die Aussicht der betroffenen Person, damit ihre Selbstbestimmungsfreiheit (wieder) zu gewinnen. Die Zulässigkeit einer Zwangsmedikation hängt deshalb nicht primär, sondern nur indirekt vom Ziel ab, die Chance des Betroffenen auf seine Entlassung zu erhöhen. Das hat zwei Gründe.

Ein Grund dafür liegt in der UN-Behindertenrechtskonvention. Eines der Hauptziele dieser Konvention besteht darin, Diskriminierung von Menschen mit körperli-

chen und seelischen Beeinträchtigungen abzubauen und schließlich ganz zu beseitigen. Zu den Menschen mit Behinderungen zählen auch die psychisch erkrankten. Die UN-Behindertenrechtskonvention gilt auch für psychisch erkrankte Personen, die sich im Freiheitsentzug befinden. Denn: Wenn bei einer nicht psychisch erkrankten Person im Freiheitsentzug kein Zwang ausgeübt werden darf, um ihre Entlassung zu beschleunigen, dann darf dies auch nicht bei einer psychisch erkrankten Person der primäre Legitimationsgrund einer körperlich-seelischen Zwangsbehandlung sein. Dieser Gleichbehandlungsgrundsatz ergibt sich bereits aus dem Beschluss des Bundesverfassungsgerichts von 2011. Der Schutz der Allgemeinheit wird bereits allein durch den Freiheitsentzug gewährleistet, weitere Grundrechtseingriffe durch Zwangsmedikationen sind daher nicht zulässig.

Wem auf dieser Grundlage die Freiheit zum Schutz anderer entzogen und wer zwangsweise in die staatliche Obhut eines psychiatrischen Krankenhauses genommen wurde, ist zunächst – nur – eine untergebrachte Person. Zum Patienten wird er erst, wenn er sich auf eine Behandlung einlässt. Er erbringt mit seinem Freiheitsentzug ein Sonderopfer zum Schutz der Allgemeinheit. Und dieses Sonderopfer hat der Staat zu kompensieren. Hier nicht in Geldentschädigung, wie zivilrechtlich üblich, sondern in Gestalt von Angeboten, die der betroffenen Person die individuell ihr entsprechenden Möglichkeiten eröffnen, die den Freiheitsentzug auslösenden Ursachen zu bearbeiten und im günstigsten Fall zu beseitigen. Und soweit diese Ursachen in einer psychischen Erkrankung begründet sind, müssen die therapeutischen und rehabilitativen Angebote speziell hierauf bezogen sein.

Wahrung der Verhältnismäßigkeit

Der Staat ist außerdem an die Beachtung des Verhältnismäßigkeitsgrundsatzes gebunden. Das heißt, der Staat darf nicht stärker in Grundrechte, hier in das Freiheitsrecht, eingreifen, als dies zum Schutz der Allgemeinheit zwingend erforderlich ist. In gleicher Weise gilt es, die Verhältnismäßigkeit in Bezug auf das zu erbringende Sonderopfer zu wahren. Spätestens hier stellen sich dann die Fragen nach den Organisationsformen, die geeignet sind, die öffentliche Sicherheit und die individuelle Behandlung zu gewährleisten. Ob dies nach rund 80 Jahren Unterbringungsrecht und den inzwischen vielfältigen Erfahrungen in teilsta-

tionären, ambulanten, wohnbetreuenden und gemeindepsychiatrischen Versorgungssystemen immer noch »das psychiatrische Krankenhaus« sein muss, stelle ich nachdrücklich infrage. Erst recht dort, wo es sich weiterhin unter dem Vorzeichen der Fürsorglichkeit als totale Institution darstellt.

Kurz gefasst läuft dies auf eine Eingrenzung des hoheitlichen Auftrags des Maßregelvollzugs und der PsychKG-Unterbringung hinaus. Zur Gefahrenabwehr und zum Schutz der Allgemeinheit reichen mehr oder weniger intensive Eingriffe in die Bewegungsfreiheit, von hochgesichertem Freiheitsentzug über Freiheitsbeschränkungen bis hin zu niedrigschwelligen ambulanten Verhaltenskontrollen. Die Beachtung des Selbstbestimmungsrechts in Bezug auf eine Behandlung lässt sich mit umfassenden fürsorglichen Zwangsmaßnahmen nicht vereinbaren. Auch Therapien und Maßnahmen der Resozialisierung tragen ausschließlich den Charakter von Angeboten. So wird, wenn man es so ausdrücken will, aus dem Fürsorgestaat ein Angebotsstaat.

Der Körper ist kein Kollektiveigentum

Damit komme ich zurück zum Anfang. Unser Staat ist verpflichtet, eine Balance zwischen dem Individuum und der Gemeinschaft mit ihren jeweiligen Rechten und Ansprüchen herzustellen. Dabei hat er das Menschenbild des Grundgesetzes nach Art. 1 zu achten, das nicht das eines isolierten und selbstherrlichen Individuums ist, sondern das einer gemeinschaftsbezogenen und gemeinschaftsgebunden Person von unverfügbarem Eigenwert, die zu ihrer Entfaltung auf vielfältige zwischenmenschliche Bezüge angewiesen ist (BVerfGE 50, 290, 353 f.). Diese Angewiesenheit auf zwischenmenschliche Bezüge lässt es aber nicht zu, den Körper (und die Psyche) eines beeinträchtigten Menschen gleichsam als Gut kollektiver Verfügbarkeit zu vereinnahmen, auch nicht im Falle einer gesteigerten Aussicht auf Besserung, mindestens einer Minderung seines Leidens.

Unsere Rechtsordnung kennt keine Sozialpflichtigkeit von Körper und Psyche, kein Kollektiveigentum am Körper. Das Verfügungsrecht über den eigenen Körper bleibt auch erhalten, wenn der Staat einer Person aufgrund der von ihr krankheitsbedingt ausgehenden Gefahr für andere mittels Freiheitsentzug oder Freiheitsbeschränkungen Grenzen setzen muss.

Am Ende bleibt die Frage: Darf und muss der Staat zum Schutz eines Menschen vor

sich selbst eingreifen? Hier fällt es schwer, bei einer emotionalen Ablehnung einer solchen Pflicht stehen zu bleiben. Wenn ein Mensch, der sich in zwangsweiser staatli-



Heinz Kammeier

cher Obhut befindet, durch eine Krankheit an die Grenze der Lebensfähigkeit gerät, halte ich einen vorübergehend lebenserhaltenden Zwangseingriff für zulässig. Dennoch sollten auch abweichende Meinungen nicht unbedacht bleiben. Karen Horn schrieb in der FAZ vom 1. März 2013: »Den Schutz des Menschen vor sich selbst als Grund für staatliches Handeln zu legitimieren und ihn damit der denkbar subtilsten Form von Versklavung auszusetzen, geht zu weit.« Und sie fügt ihren Worten ein Zitat von Wilhelm von Humboldt an: »Jedes Bemühen des Staates ist verwerflich, sich in die Privatangelegenheiten der Bürger überall da einzumischen, wo dieselben nicht unmittelbaren Bezug auf die Kränkung der Rechte des einen durch den andren haben.« Daran müssen sich – so finde ich – die Gesetze, die wir uns heute geben, messen lassen. ■

Dies ist die gekürzte Fassung einer Rede, die Heinz Kammeier auf der Fachtagung der BAG GPV am 13. Juni 2013 in Stuttgart gehalten hat.

Dr. jur. Heinz Kammeier ist Lehrbeauftragter für »Recht im Gesundheitswesen« an der Privaten Universität Witten/Herdecke gGmbH. Der vollständige Redetext kann auf der Website www.bag-gpv.de nachgelesen werden.