

Freiheits- und Schutzrechte im Lichte von UN-Konvention und Bundesverfassungsgericht

Die UN-Konvention und das jüngste Urteil des Bundesverfassungsgerichts zur Zwangsbehandlung haben eine breite Diskussion über Selbstbestimmung, Unterbringung und Zwang in der Psychiatrie ausgelöst. Diese Diskussion ist nicht neu, hat jedoch durch die UN-Konvention und die aktuelle Rechtsprechung neue Impulse erhalten. Diese neue Aufmerksamkeit spiegelt sich auch auf dem Redaktionstisch der PSU wider. Gehäuft haben sich in den letzten Monaten Leserbriefe und eingereichte Beiträge mit Bezug zu dieser Thematik. Wir haben uns entschieden, dieser Diskussion in dieser und der nächste Ausgabe angemessen Raum zu geben. Wir wollen dabei die verschiedenen Perspektiven und zum Teil kontroversen Sichtweisen zu Wort kommen lassen – Betroffene, Angehörige, organisierte Selbsthilfe, in der Psychiatrie professionell Tätige, hier speziell die Pflege und die Ärzteschaft, die Juristen und auch die Politik – schließlich stehen die Psychisch-Kranken-Gesetze in einigen Bundesländern auf der politischen Agenda. Wir hoffen dabei als Redaktion auch auf Beiträge, die nicht nur Missstände aufzeigen und Probleme formulieren, sondern auch nach Lösungen suchen und Wege aufzeigen in eine humane Psychiatrie der Zukunft, die den Weg ebnet zu Selbstbestimmung und Teilhabe und die stattfindet in einer inklusiven Gesellschaft.

Wer entscheidet, wer entscheiden darf?

Der Bayerische Betreuungsgerichtstag diskutierte über den freien Willen und das Selbstbestimmungsrecht betreuter Menschen **Von Wolf Crefeld**

Wer mit psychisch beeinträchtigten Menschen arbeitet, steht oft vor der Frage, ob bzw. wieweit ein Patient, Klient, Bewohner in der Lage ist, über sein Tun und Lassen in eigener Verantwortung zu entscheiden. Dabei geht es nicht darum, ob seine Entscheidung vernünftig ist. In Anbetracht des Rechts jedes Menschen auf Selbstbestimmung hat jeder das Recht, auch unvernünftige Entscheidungen zu treffen, solange er damit nicht anderen schadet. Doch was, wenn er aufgrund einer aktuellen Beeinträchtigung gar nicht in der Lage ist, die Bedeutung und Folgen der von ihm zu treffenden Entscheidung zu überblicken – so wie man das kleinen Kindern unterstellt, für die dann z.B. die Eltern Verantwortung übernehmen? Betreuer ebenso wie Ärzte stehen z.B. oft vor der Frage, ob ihr Klient über seine Behandlung selbst entscheiden kann oder ob ihre Fürsorgepflicht hier eine Fremdbestimmung nach den gesetzlichen Vorschriften gebietet. Dann schwirren Begriffe wie Einwilligungsfähigkeit und freier Wille durch den Raum, obwohl die wenigsten damit wirklich etwas anzufangen wissen. Eher missbraucht mancher sie, um einem eigensinnigen Patienten sein Recht auf eine eigene Entscheidung infrage zu stellen.

Eigene Entscheidungen verantworten können

Was freier Wille überhaupt bedeutet, diskutierten Teilnehmer des 2. Bayerischen Betreuungsgerichtstags im Oktober letzten Jahres in Bamberg. Wie stellt man den Willen eines Klienten fest, wer kann das und wer darf das, fragten insbesondere die anwesenden Berufsbetreuer.

Sicher ist, dass Philosophen, Theologen, Neurowissenschaftler und Juristen, wenn sie über den freien Willen sprechen, darunter ganz Unterschiedliches verstehen. Insofern wird kein Neurowissenschaftler, der überzeugt ist, dass es einen freien Willen beim Menschen

Foto: Frank Homann



Wolf Crefeld

nicht gibt, einen Juristen davon überzeugen können. Denn für Rechtswissenschaftler ist dieser Begriff ein Konstrukt, mit dem die Fähigkeit einer Person zu einer von eigener Verantwortung getragenen Entscheidung ausgedrückt wird. Maßstab ist dabei das bei der Mehrheit der Menschen erfahrbare Maß an Verantwortungsfähigkeit. Kindern und Menschen, die vorübergehend oder ständig in der Wahrnehmung der für sie relevanten Realität bzw. der entsprechenden Steuerung ihres Verhaltens aus gesundheitlichen Gründen erheblich beeinträchtigt sind, kann daher die Verantwortungsfähigkeit für ihre Entscheidungen und ihr Verhalten abgesprochen werden. Man geht davon aus, dass sie sich anders verhalten würden, wenn sie nicht entwicklungs- oder krankheitsbedingt in ihrer Entscheidungsfähigkeit eingeschränkt wären. Die geschieht aus Gründen der Fürsorge, um sie vor den Konsequenzen ihres Verhaltens zu schützen.

Zu solchen als Rechtsfürsorge bezeichneten Regelungen gehört aber auch, dass für eine Person, die aktuell als nicht einwilligungsfähig gilt, ein vom Betreuungsgericht bestellter Betreuer oder ein früher von der betroffenen Person dazu Bevollmächtigter zur ihrem Schutz erforderlichenfalls eine stellvertretende Entscheidung treffen kann. Ist eine solche stellvertretende Entscheidung erforderlich, so ist es die Pflicht des Betreuers, diese zu treffen. Er darf sie nicht z.B. behandelnden Ärzten überlassen.

Wenn bei der Anwendung einer Rechtsvorschrift über die Willensfähigkeit eines Menschen zu entscheiden ist, sind Begriffe wie freier Wille und Einwilligungsfähigkeit Rechtsbegriffe, über deren Anwendung ausschließlich das Gericht zu entscheiden hat. Behandelnde Ärzte haben das nicht zu entscheiden. Das Gericht kann aber Ärzte und andere als fachlich kompetent geltende Personen im Hinblick auf die zu treffende Entscheidung um Beratung bitten, ob eine evtl. bestehende psychische Beeinträchtigung die Verantwortungsfähigkeit für eine bestimmte Entscheidung einschränkt oder aufhebt. Das ist aus keiner Krankheitsdiagnose ableitbar und insofern aufwendiger als manchen lieb ist. Der Sachverständige muss vielmehr für das Gericht nachvollziehbar die Qualität und das Ausmaß der Beeinträchtigung und deren Auswirkungen auf die Entscheidungsfähigkeit beschreiben. Solche Feststellungen gelten immer situationsbezogen, denn auch z.B. ein demenziell beeinträchtigter Mensch kann bestimmte Entscheidungen noch treffen, andere aber nicht mehr. Deshalb musste auch die Entmündigung als ein oft lebenslang geltender pauschaler Entzug von Selbstbestimmungsrechten abgeschafft werden.

Doch Entscheidungen, wieweit eine Person mit psychischen Beeinträchtigungen im Hinblick auf bestimmte Entscheidungen und Aktivitäten verantwortungsfähig ist, sind auch außerhalb von Zuständigkeiten der Justiz zu treffen. In psychiatrischen Kliniken und Pflegeeinrichtungen ist es die ständige Aufgabe der fachlich maßgebenden Mitarbeiter, Entscheidungen darüber zu treffen, ob ein Patient, Bewohner oder Klient aktuell über die notwendige Verantwortungsfähigkeit verfügt, ob er z.B. freien Ausgang erhalten oder über eine Behandlung selbst entscheiden kann. Hier ist mancherorts viel berufliche Erfahrung und fachliche Kompetenz für solche Entscheidungen anzutreffen. Dieselbe Kompetenz sollte auch von erfahrenen, fachlich qualifizierten Betreuern erwartet werden.

Stellvertretende Entscheidungen erfordern vertrauensvolle Beziehungen

Der Betreuer oder Bevollmächtigte, der eine stellvertretende Entscheidung zu treffen hat, hat diese an dem mutmaßlichen Willen des ihm Schutzbefohlenen auszurichten, »also daran, wie sich der Betreute ohne den Einfluss seiner Krankheit oder Behinderung selbst entschieden hätte. Er darf also auch dann nicht einfach das durchsetzen, was er selbst für »vernünftig« oder »das Beste« hält«, wie der Göttinger Rechtsprofessor Volker Lipp betont. Diesen mutmaßlichen Willen kennen die Menschen am ehesten, die eine persönliche Beziehung zu dem betroffenen Menschen haben und möglichst auch Anhaltspunkte aus dessen Biografie nutzen können. Das können für den betroffenen Menschen wichtige Bezugspersonen wie Angehörige, Betreuer oder Pflegepersonen sein.

Stellvertretende Entscheidungen sollen nach dem Betreuungsrecht und der UN-Behindertenrechtskonvention wo immer möglich vermieden werden. Die Konvention gebietet stattdessen die Assistenz, die Unterstützung des betreuten Menschen, damit er in die Lage versetzt wird, die anstehende Entscheidung doch noch selbst zu treffen. Und auch da, wo diese Assistenz wegen eines Missverhältnis-

ses zwischen aktueller Entscheidungsfähigkeit und der Schwierigkeit der zu treffenden Entscheidung nicht praktikabel ist, hat der Betreuer die Pflicht, die Wünsche seines Schutzbefohlenen zu beachten. Nicht an diese Wünsche gebunden ist ein Betreuer, wenn sein Handeln zur Abwendung eines Schadens für den Betroffenen erforderlich ist.

Ein Betreuer hat immer die Pflicht, das Selbstbestimmungsrecht seines Klienten im Rahmen seines Aufgabenkreises zu unterstützen. Das gilt insbesondere auch, wenn im Rahmen eines Unterbringungsverfahrens in der Klinik Entscheidungen über die Behandlung zu treffen sind.

Wie die Diskussion auf dem Bayerischen Betreuungsgerichts wieder einmal deutlich machte, hat das Betreuungsgesetz von 1990 den rechtlichen Betreuer eindeutig die Rolle des Vertreters der Rechte und Interessen des von ihm betreuten Menschen gegeben. Das bedeutet eine enorme Aufwertung der Betreuung gegenüber älteren Formen der Rechtsfürsorge und erfordert vom Betreuer, um den Wünschen und dem Willen des betreuten Menschen gerecht zu werden, erhebliche kommunikative und Beziehungsfähigkeiten. Dementsprechend engagiert war die Diskussion in Bamberg. ■

Wolf Crefeld ist emeritierter Professor für Sozialmedizin und Mitglied im Qualitätsbeirat des Bundesverbandes der Berufsbetreuer, bdb.

Der Richterspruch steht fest

Die Beteiligten tun im Fall einer Zwangseinweisung das, was von ihnen erwartet wird: Der durch auffälliges Handeln Irritierende wird entfernt. **Von Harald Herderich**

Eine psychiatrische Zwangseinweisung ist laut geltendem Gesetz das letzte Mittel, wenn eine Gefährdung anderweitig nicht mehr abzufangen ist; diese sogenannte Eigen- bzw. Fremdgefährdung muss verfahrenstechnisch eindeutig vorliegen, geht es doch um nichts Geringeres als um die unfreiwillige Unterbrechung einer Biografie mit allen sich daraus ergebenden Folgen, die bis hin zum sozialen Stigma »geisteskrank« reichen.

Reaktanz verstehen

Zwangseinweisungen, die jedermann initiieren kann, sind Ausnahmesituationen, vor allem auch für den Betroffenen: Er wird unfreiwillig, eventuell auch gewaltsam, aus seinem Lebenskontext gerissen. Wenn er erkennt, wohin das Geschehen strebt, entsteht Reaktanz. Er reagiert unangebracht und grenzüberschreitend – dieses Verhalten verstärkt oft die Motivation der Beteiligten. Dass die Angst, z.B. vor dem Trauma eines Klinikaufenthaltes, bei ihm eine Art Amok verursacht, ist plausibel, wird jedoch im Einzelfall nicht beachtet – stattdessen wird für ihn nicht nachvollziehbar Gewalt angewendet.

Die Beteiligten tun im Einweisungsfall das, was von ihnen erwartet wird: Der durch auffälliges Handeln Irritierende wird entfernt. Aufgrund der fehlenden Fachkompetenz war meiner Erfahrung gemäß vor allem die Polizei damit überfordert zu erkennen, ob eine Gefährdung, die eine Einweisung rechtfertigt, auch aktuell vorliegt.

Zwei Episoden möchte ich schildern: In einer emotional aufgeladenen Situation treffen die gerufenen Ordnungshüter ein und verzichten bei der Klärung des Geschehens völlig auf meine Darstellung der Ereignisse. Mit der Aussage: »Sie waren doch schon einmal in der

Nervenklinik«, wurde ich erneut eingewiesen. Hier ist die Wirkung des Stigmas sehr deutlich – aber es gibt auch sublimere Formen der Diskriminierung: Trotz eindeutig von mir kommender Zustimmung zur Einweisung war im Polizeibericht zu lesen, dass für die Beamten notwendig Handlungsbedarf bestand, ohne dabei auf meine Zustimmung Bezug zu nehmen, und das, obwohl sie ohne meine Zustimmung diese Einweisung nicht hätten durchführen können.

Klinikerfahrungen

Während meiner vielen Aufenthalte fühlte ich mich von den »Professionellen« nie ernst genommen, geschweige denn respektiert: Das beginnt bei der ärztlichen Dienstleistung, um die ich nicht gebeten habe und setzt sich fort in der mir auferlegten Unmündigkeit bezüglich der Behandlung: Fremden Menschen komplett ausgeliefert zu sein, lässt einen resignieren; Eigeninitiative und Selbstverantwortlichkeit gehen verloren, was eine klassische »erlernte Hilflosigkeit« mit depressiven Anklängen provoziert – die Psychiatrie schafft sich ihre eigenen Fälle.

Die Anwendung der Gesetze tut hierbei ihr Übriges: Ich bin der an mir ausgeübten Gewalt unterworfen. Die Würde des Individuums wie seine uneingeschränkte Selbstentfaltung klingen für viele Psychiatrie-Erfahrene wie der blanke Hohn: unter Entzug der Menschenrechte werden die Patienten gequält: Stellen Sie sich z.B. vor, dass Sie ein Medikament bekämen, das Ihnen einen starken Bewegungsdrang beschert, zugleich aber wird es Ihnen durch die Fixierung ans Bett genommen, sich zu bewegen. Es wird übersehen, dass der Internierte ein Mensch mit Gefühlen ist. Die erhobenen Folttervorwürfe der Betroffenen sind in ihrer Gänze wohl nur von denen, die diese Torturen durchleben mussten, nachvollziehbar.

Zwei skurrile Vorfälle mit Methode will ich Ihnen darstellen: Eine Nebenwirkung vieler Psycho-Medikamente ist Mundtrockenheit: Da die Zunge am Gaumen klebt, ist ein verständliches Sprechen nicht möglich. Deshalb konnte ich die Frage nach meinem Befinden nicht nachvollziehbar beantworten, worauf der Arzt sagte: »Sie sehen ja, dass es mit Ihnen sehr schlecht steht.« Nach vielen Wochen wird das Akutmedikament reduziert, was auch die Nebenwirkungen mindert; dies hat zur Folge, dass es einem nun, auch äußerlich sichtbar besser geht – zu dieser Zeit ist es üblich, dass die Ärzte genau dies bescheinigen: »Ihnen geht es ja nun schon besser, die Behandlung macht Fortschritte.« Eine solche Praxis zeigt, wie relativ der Begriff »psychische Krankheit« ist: Er wird an der Realität vorbei schamlos instrumentalisiert und kann situativ beliebig reproduziert werden; letztlich ist jedes Verhalten auch pathologisierbar.

Diagnosen sind vom Wertesystem des Arztes abhängig

Bei nahezu allen meiner Aufenthalte wurde kein Aufnahmegespräch mit dem behandelnden Arzt geführt – die Diagnose stand schon von vorneherein fest: Es ist diejenige, die vor vielen Jahren in den Papieren festgehalten wurde.

Davon abgesehen ist die Aussagekraft einer psychiatrischen Diagnose generell in Zweifel zu ziehen: Es kann zum einen gar keine ernsthafte medizinische Diagnose getroffen werden, da es kein körperliches Korrelat zum angeblich »schlechten Gesundheitszustand« gibt. Geisteskrankheit ist ein Mythos, der mit unglaublich viel finanziellem und institutionellem Aufwand aufrechterhalten wird. Aussagen über die psychische Gesundheit sind moralische Aussagen und somit vom Wertesystem des Arztes abhängig.

Foto: privat



Harald Herderich

Zudem: Das Arztgespräch ist eine Interaktion zwischen zwei Personen, d.h. der vermeintliche Patient reagiert notwendig auf den ihn befragenden Arzt. Jedoch übersieht dieser seine subjektive soziale Einflussnahme bei seiner diagnostischen Beurteilung. Somit wird das Zweiergespräch zu einem Monolog des zu Diagnostizierenden ohne Kontext degradiert, was das Urteil notwendig verzerrt.

Ferner musste ich erleben, dass die Gesprächsinhalte in den Dokumenten zum Nachteil der Patienten verfälscht werden: So wurden bei einer freiwilligen Einweisung wichtige Gesprächsinhalte, wie meine Bereitschaft, mit meiner Frau die aktuelle Problematik noch einmal zu reflektieren, in den Akten komplett entgegengesetzt festgehalten. Auch dies ist eine Auswirkung des Stigmas, das in diesem Fall sogar durch das Verhalten eines Arztes vorangetrieben wird.

Der archimedische Punkt einer Zwangseinweisung ist die Gefährdung bzw. Selbstgefährdung: Ob diese nun vorliegt ist meiner Ansicht nach, wenn überhaupt, dann nur sehr schwer nachweisbar, erst recht nicht in fünf Minuten von jemandem, der gar nicht »anwesend« ist.

Die richterliche Überprüfung ist ein formaler Akt

Will jemand einen bevorstehenden Zwangsaufenthalt nicht akzeptieren, wird der Betreuungsrichter in Kenntnis gesetzt. Dieser soll laut Gesetz gewährleisten, dass niemand zu Unrecht seiner Freiheit beraubt wird. Jedoch: Wie will ein Richter im Einzelfall kompetent sicherstellen, dass eine Unterbringung legitim ist, wenn er sich bei seiner Entscheidungsfindung in aller Regel ausschließlich auf die intersegeleiteten Aussagen des Arztes stützt?

Da es zuallermeist nie ein klärendes Gespräch mit dem Richter gab, konnte ich auch nie die vorangehenden Ereignisse aus meiner

Sicht darstellen bzw. relativieren. Würde ich ausnahmsweise doch einmal gehört, so wurden meine Erklärungen nie berücksichtigt: Der Richterspruch steht a priori fest. Das Moment juristischer Absicherung durch eine richterliche Kontrollinstanz steht für mich somit infrage. Der Betroffene fühlt sich auch in Bezug auf die richterliche Überprüfung übergegangen, hilflos, rechtlos, diskriminiert.

Es besteht bei uns die Möglichkeit, jemanden aufgrund moralischer Werturteile gewaltsam aus seinem Lebenskontext herauszureißen. Der Betroffene wird ohne Mitsprache unter teilweisem Entzug seiner Menschenrechte festgehalten – die aufgezwungene Behandlung kann irreparable seelische, aber auch geistige und körperliche Schädigungen zeitigen. Selbst wenn das formale Prozedere, wie Amtsarzt, Diagnose und gegebenenfalls Richterspruch, eingehalten werden würde, verfehlt es den Gesetzsinn, weil das die Zwangseinweisung legitimierende Vorliegen der Gefährdung, ohne einen hinreichenden Nachweis, in jedem Fall attestiert wird. Und: Die Diskriminierung der psychisch Kranken geht bis in die Kreise der professionell Verantwortlichen hinein.

Vision

Was macht man nun mit Menschen, die sich wirklich selbst bzw. andere gefährden? Wenn kein aktueller Vorfall gegeben ist, ist es fast unmöglich, diese Minderheit ausfindig zu machen. Hier ist, eventuell sogar an einem neutralen Ort, ein wirklich sehr erfahrener Psychiater, der, frei von Eigeninteressen, gewissenhaft diagnostiziert und sich an seine Abmachungen hält, auf den Plan zu rufen.

Es sollten Rahmenbedingungen für z.B. einen »Aufenthalt auf Probe« geschaffen werden, um in dieser Zeit eine vermutete Gefährdung festzustellen. Dabei sollten eine kurze Beobachtungszeit und die Beibehaltung der Medikamentendosis verbindlich sein. Wird danach ein Aufenthalt empfohlen, ist neben Gewaltlosigkeit und Bewegungsfreiheit auch absolute Transparenz in allen Hinsichten zu gewährleisten. Der Patient, der in Kenntnis des zur Einweisung führenden Konflikts gesetzt ist, sollte primär eigene Bewältigungsstrategien einsetzen können und ansonsten konstruktiv in die Behandlung eingebunden sein. Ziel ist es, eine eigenmotivierte Verhaltensänderung zu erreichen, die eine Integration in die Gesellschaft vorbereitet. Sehr wichtig ist hierbei auch, dass nicht nur die Ursachen des Verhaltens »ausgegraben« werden, sondern auch die damit verfolgten Ziele nicht außer Blick geraten.

Eine Gesellschaft, die ihre Irren ausgrenzt, ist gefährlich, weil sie sich damit Potenzial für mögliche Veränderung vorenthält – wo ich von vorneherein auf den Begriff gebracht bin, habe ich auch keine Freiheit zur Veränderung meiner selbst – eine Gesellschaft, die vorgibt, was ihre Glieder zu sein haben, ist ein lebloses Konstrukt, in dem sich letztlich niemand wiederfinden will noch kann. Dagegen die individuellen Eigenarten zu akzeptieren, sie mindestens zu tolerieren, birgt im pluralen Werden die Chance einer lebenswerten Zukunft für jedermann.

Es braucht neue PsychKGs in den Ländern, welche die Vorgaben der Behindertenrechtskonvention berücksichtigen. Ein solches sollte auch beinhalten, dass die Betroffenen in ihrer Besonderheit nicht mehr bis auf die Substanz diskriminiert werden – der Gesellschaft sollte es um Rechtssicherheit gehen. Für uns Betroffenen selbst geht es um die eigene Existenz – also um alles. ■

Gekürzte Fassung eines Vortrages, der am 6.10.2011 auf dem Bayerischen Betreuungsgerichtstag gehalten wurde.

Harald Herderich ist Magister der Philosophie.

Fünf Empfehlungen der DGPPN zum Therapieunterbringungsgesetz

Von Christian Zechert

Auf die Neuregelung der Sicherungsverwahrung nach dem Urteil des Bundesverfassungsgerichts vom 4.5.2011, womit die bisherige rückwirkende Sicherungsverwahrung als weitgehend rechtswidrig eingestuft wurde (siehe hierzu PSU 3/2011), reagierte die Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN) in ihrer Stellungnahme vom 11.10.2011 mit fünf Empfehlungen.

Gegen missbräuchliche Verwendung des Begriffs »psychische Störung«

Die DGPPN weist darauf hin, dass der im Therapieunterbringungsgesetz (ThUG) eingeführte Begriff der »psychischen Störung« missbräuchlich verwendet werde, da er das Ziel habe, die zu entlassen, aber weiterhin für gefährlich gehaltenen Straftäter weiterhin zu verwahren. Diese allgemeine Etikettierung gefährlicher Straftäter mit einer nicht näher bestimmten »psychischen Störung« sei als Missbrauch der Psychiatrie zu kritisieren. ICD-10 und DSM-IV seien für die Kommunikation zwischen Medizinern und zwischen Medizinern und Kostenträgern entwickelt, stünden aber nicht für juristische Belange zur Verfügung. Der Begriff suggeriere so, dass psychische Störungen mit erheblicher Gefährlichkeit verbunden seien. Das im ThUG so verwandte Eingangsmerkmal sei derartig unscharf, dass angesichts der Häufigkeit z.B. für depressive Störungen derzeit drei Millionen Menschen in Deutschland davon betroffen seien. Da psychische Störungen im Maßregelvollzug noch weitaus öfter vorkommen, würden letztlich über 80 bis 90% aller Insassen von diesem Kriterium erfasst. Die DGPPN plädiere daher entweder für eine quantifizierende oder anderweitig präzisierende Formulierung. Ansonsten würden in der psychiatrischen Versorgung bewährte Begriffe beschädigt, wenn sie Bestandteil von Gesetztexten werden und ihre Nutzung für strafrechtliche Sanktionen stigmatisiere psychiatrische Patienten zusätzlich.

Einrichtung einer interdisziplinären Expertengruppe beim BMJ

Trotz der bei vielen Haftinsassen und Sicherungsverwahrten nicht vorliegenden psychischen Störungen lägen bei den Untergebrachten durchaus veränderungs- und behandlungsbedürftige Zustände und Störungen vor. So sollten gemäß des Urteils des Bundesverfassungsgerichts insbesondere die Sicherungsverwahrten und die vor der Anordnung der Sicherungsverwahrung stehenden Haftinsassen Unterstützung erhalten. Dies können pädagogische Maßnahmen durch Beschulung, arbeitstherapeutische Maßnahmen zur Förderung einer späteren beruflichen Tätigkeit, somatische Behandlungen bei körperlichen Erkrankungen ebenso sein, wie psychotherapeutische Maßnahmen bei behandlungsbedürftigen Störungen zur Förderung der Resozialisierung.

Auch die Einrichtung und Erprobung eines sozialen Empfangsraums mit konkreter Wohnsituation, Beschäftigung und Tagesstrukturierung und sowie Lockerungen und Erprobungen zum Ende einer geschlossenen Unterbringung gehören dazu. Die Forensische Psychiatrie und Psychotherapie verfüge über hinreichend bewährte Kompetenz bei der Resozialisierung und bei der Etablierung entsprechender Lockerungsmodelle. Aus psychiatrischer Sicht stelle das



Unterbringung soll künftig stärker mit therapeutischen, hier arbeitstherapeutischen Maßnahmen verbunden werden

Konzept des ehemaligen § 65 StGB eine gute Grundlage für die Ausgestaltung der Behandlungs- und Unterbringungsverfahren dar. Auch kam dieses Gesetz noch ohne den Begriff psychische Störung aus. Hierzu wäre eine interdisziplinäre Expertengruppe beim Bundesministerium für Justiz einzurichten.

Sicherungsverwahrung therapeutisch organisieren und evaluieren

Die DGPPN erklärt, dass die Behandlung schwer gestörter Straftäter grundsätzlich als Aufgabe der Psychiatrie und Psychotherapie wahrgenommen wird. So könne die Forensische Psychiatrie und Psychotherapie durchaus auf die Erfolge bei Diagnostik, Prognosestellung und Behandlung psychisch gestörter Rechtsbrecher im Maßregelvollzug verweisen.

Schädlich und kontraproduktiv sei allerdings die generelle Vermischung von psychiatrischen Maßregelvollzugspatienten nach §§ 63 und 64 StGB mit den nach § 66 StGB Sicherungsverwahrten und den vor der Anordnung der Verwahrung stehenden Haftinsassen.

Die Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts mache die differenzierte psychiatrische Beurteilung der Notwendigkeit einer Sicherungsverwahrung erforderlich. Neben der Prognose der Gefährlichkeit sei nun das vom Gesetzgeber eingeführte Konstrukt »psychische Störung« auszugestalten und Qualität und Quantität der daraus resultierenden Gefährlichkeit konkreter zu beurteilen, aber auch zu den Erfolgsaussichten einer Behandlung Stellung zu beziehen.

Dies beinhalte auch konkrete Lockerungsprognose mit Evaluierung konkreter Risikofaktoren einschließlich der Erarbeitung eines individuellen Risikoprofils und Darstellung der möglicherweise präventiv nutzbaren Ressourcen und flankierenden Maßnahmen.

Das Konzept des Bundesministeriums für Justiz biete bislang keine differenzierte Abstufung der Unterbringungs- und Betreuungskonzepte, diese sind aber angesichts des Resozialisierungsauftrags unerlässlich. Es gehören dazu u.a. angegliederte resozialisierungsorientierte Einrichtungen mit multiprofessioneller Betreuung und unterstützenden psychotherapeutischen Angeboten nebst sozio- und psychotherapeutisch ausgerichtete Nachsorgeambulanzen.

Kosten und Nutzen erkennen

Die DGPPN stellt weiterhin fest, dass die Urteile des Europäischen Gerichtshofs für Menschenrechte wie des Bundesverfassungsgerichts eine grundsätzliche Änderung der Umgangspraxis mit dauerhaft gefährlichen Straftätern bedingen. Dazu gehöre, dass die individualisierten Förderung und Betreuungsangebote eine Evaluation der Ergebnisse auch unter Kosten-Nutzen-Aspekten einschließlich des Bewährungsverhaltens erforderlich mache. ■

Quelle: www.dgppn.de/publikationen/stellungnahmen/detailansicht/article/141/zur-neuregel.html

Keine Zwangsmedikation mehr in Baden-Württemberg

Von Margret Osterfeld

Nachdem das Bundesverfassungsgericht bereits im Frühjahr die rechtliche Grundlage der Zwangsmedikation im Maßregelvollzug in Rheinland-Pfalz für verfassungswidrig erklärt hat (2 BvR 882/09), beschloss es im Oktober, dass § 8 Abs 2 Satz 2 des UBG-BW verfassungswidrig und nichtig ist (2 BvR 633/11). Bis zur Schaffung eines zeitgemäßen Psych-KGs müssen also die Schwaben und die Badener bei Unterbringung eine zwangsweise Verabreichung der Medikation nicht mehr dulden. Ob sich die psychiatrische Praxis ändert, ist eine andere Frage.

Doch schauen wir erst einmal das Urteil genau an. Armselig ist die Argumentation der forensischen Klinik Wiesloch, die einen dort untergebrachten Menschen wegen einer »kombinierten Persönlichkeitsstörung« und dem damit verbundenen »Misstrauen und der Feindseligkeit gegen die Behandler« mit Aripiprazol behandeln wollte. Eine sehr schwammige Begründung. Für diese Zwecke sind Neuroleptika gar nicht zugelassen. Ein Behandlungserfolg darf bezweifelt werden. Wenn eine solche Begründung eine Zwangsbehandlung zur Folge hat, kann die Psychiatrie nur schwerlich mehr Vertrauen und Akzeptanz gewinnen. Die von der Klinik vorgebrachten Argumente belegen aus meiner Sicht nur, dass sie selbst diffuse Wirksamkeitserwartungen in die Medikation setzt und mangelnde eigene Fähigkeiten in spezifischeren Therapieverfahren verleugnet.

Das baden-württembergische Ministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie, Frauen und Senioren gab in dem Verfahren eine Stellungnahme ab. Dort heißt es, »es handele sich bei Neuroleptika um eine der weltweit am häufigsten verordneten Medikamentengruppen, bei denen der Nutzen bei weitem etwaige seltene ernstere Risiken überwiege (...) eine zwangsweise Verabreichung der Medikamente sei insbesondere dann angezeigt, wenn der Patient ohne die Medikation krankheitsbedingt nicht einwilligungsfähig sei und der Eingriff darauf abziele, die tatsächlichen Voraussetzungen freier Selbstbestimmung des Untergebrachten wieder herzustellen.« Ein Ministerium postuliert also, ein Medikament könne die freie Selbstbestimmung wiederherstellen, in der fachlich beliebten Zirkelschlusslogik: Wer einsieht, was der Psychiater sagt, ist fähig zur Selbstbestimmung, wer dies nicht tut, verdient den Zwang. Hier feiert die »Vernunftlosigkeit der Psychiatrie«, die das Bundesverfassungsgericht bereits im März 2011 klar zurückgewiesen hat (2 BvR 882/09), noch fröhliche Urständ in den Amtsstuben. Keinesfalls überwiegt stets der Nutzen die Risiken einer Neuroleptikabehandlung; hier werden aus amtlichem Interesse die Risiken verharmlost.

Die neue Landesregierung in Baden-Württemberg hat sich immerhin die Schaffung eines zeitgemäßen Psych-KGs in die Koalitionsvereinbarungen geschrieben. Hoffen wir, dass dieser Gesetzgebungsprozess durch das aktuelle Urteil beschleunigt wird. Hoffen wir weiter, dass der Landesverband der Psychiatrieerfahrenen frühzeitig einbezogen wird in das Gesetzgebungsverfahren. Hier sitzen die Experten in eigener Sache, die sich schon im Frühjahr in einer ausführlichen Standortbestimmung »Zwang und Gewalt in der Psychiatrie« mit der Frage auseinandergesetzt haben (www.lv-pe-bw.de). Klar formuliert dieser Verband: »Wir setzen uns ein für die Beibehaltung von Zwangsmaßnahmen zum Schutz vor und für psychisch erkrankte Menschen. Eine zwangsfreie Psychiatrie, die ihrer Schutz- und Ordnungsfunktion gerecht werden soll, kann es unserer Einschätzung nach nicht geben.« Detailliert wird in dem Papier aufgeführt, wo und



Foto: Sandra Kieser

Margret Osterfeld

wie der Umgang mit Zwang in den psychiatrischen Kliniken menschenwürdiger und besser werden muss.

Ja, auch ich denke, eine zwangsfreie Psychiatrie kann es genauso wenig geben wie eine unblutige Unfallchirurgie. Doch als Psychiaterin und als Mitglied der nordrhein-westfälischen Besuchskommission weiß ich, dass in vielen psychiatrischen Kliniken auch heute noch die vom Staat übertragenen Hoheitsrechte viel zu rasch und viel zu unkritisch ausgenutzt werden. Manch ein Patient verlässt so die Klinik traumatisiert durch die Behandlung, nicht nur durch das Krankheitserleben.

Hoffen wir also, dass das Musterländle uns bald die Vorlage liefert für eine gute und patientenfreundliche Psychiatrie des 21. Jahrhunderts. ■

Dr. Margret Osterfeld arbeitet als Oberärztin in der Westfälischen Klinik Dortmund. Sie hat außerdem eigene Erfahrungen als Psychiatriepatientin.

Zwangsbehandlung im Maßregelvollzug

Zu den Beschlüssen des Bundesverfassungsgerichts
Von Gerwald Meesmann

Vorweg ist festzuhalten: Das Bundesverfassungsgericht hat mit seinen Beschlüssen vom 23.03.2011 zum Maßregelvollzugsgesetz in Rheinland-Pfalz und vom 12.10.2011 zum Unterbringungsgesetz in Baden-Württemberg die Zwangsbehandlung nicht generell für unzulässig erklärt. Vielmehr anerkennt das Gericht Situationen, in denen diese erlaubt, ja geboten ist, und zwar dann und nur dann, wenn der Betroffene krankheitsbedingt einsichtsunfähig ist. Allerdings verlangt das Gericht dazu eine klare und auf diese Situation begrenzte Rechtsgrundlage, die die Voraussetzungen einer Zwangsbehandlung und das hierbei einzuhaltende Verfahren eindeutig regelt.

Weil es in den beiden genannten Landesgesetzen hieran fehlt, sind sie verfassungswidrig.

Kernaussagen des Bundesverfassungsgerichts

- Kein generelles Verbot der Zwangsbehandlung, aber hohe Anforderungen an die Voraussetzungen und an das Verfahren (Kontrolle), die gesetzlich klar geregelt sein müssen.
- Die Zwangsbehandlung ist nur zulässig, wenn dem Betroffenen krankheitsbedingt die Einsichtsfähigkeit fehlt. Auf diese »Selbstbestimmungsunfähigkeit« muss die gesetzliche Regelung, d.h. die Ausnahme von der grundsätzlichen Unzulässigkeit der Zwangsbehandlung, begrenzt werden.
- Die Zwangsbehandlung darf nur als letztes Mittel eingesetzt werden, und dann auch nur, wenn sie »Erfolg versprechend« ist und die Belastungen für den Patienten nicht außer Verhältnis zum »erwartbaren« Nutzen stehen.
- Neuroleptika-Behandlung gegen den »natürlichen« Willen des Patienten ist nicht nur ein Eingriff in die körperliche Unversehrtheit, sondern zugleich ein Eingriff in das Selbstbestimmungsrecht (»Recht auf Krankheit«). Dieser Eingriff wird nicht durch die »gute Absicht« (Heilbehandlung) gerechtfertigt.
- Die zwangsweise Behandlung mit Neuroleptika ist ein besonders schwerer Grundrechtseingriff und betrifft den Kern der Persönlichkeit, da diese Medikamente »seelische Abläufe verändern«. Und: »Für die grundrechtliche Beurteilung der Schwere eines Eingriffs ist auch das subjektive Empfinden (des Betroffenen) von Bedeutung.«
- Der Schutz Dritter vor künftigen Straftaten rechtfertigt eine Zwangsbehandlung nicht, da dieser Schutz »dadurch gewährleistet werden (kann), dass der Untergebrachte unbehindert im Maßregelvollzug verbleibt«.
- Eine Zwangsbehandlung kann im »grundrechtlich geschützten Freiheitsinteresse des Untergebrachten selbst« liegen und ist dann gerechtfertigt, wenn dieser »zur Wahrnehmung dieses Interesses infolge krankheitsbedingter Einsichtsunfähigkeit nicht in der Lage ist«.
- Die Bestimmungen der UN-Behindertenrechtskonvention »verbieten nicht grundsätzlich gegen den natürlichen Willen gerichtete Maßnahmen, die an eine krankheitsbedingt eingeschränkte Selbstbestimmungsfähigkeit anknüpfen. Das ergibt sich deutlich unter anderem aus dem Regelungszusammenhang des Art. 12 Abs. 4 BRK«.
- Neben den materiellen Voraussetzungen muss die gesetzliche Regelung der so begrenzten Zulässigkeit der Zwangsbehandlung auch eine Reihe von verfahrensrechtlichen Regeln vorsehen, um dem »Grundrecht auf effektiven Rechtsschutz« (Art. 19 IV Grundgesetz) zu genügen. Zu diesen Regeln gehören – und zwar unabhängig von der Einsichts- und Einwilligungsfähigkeit des Betroffenen –, dass sich der Arzt vor dem Eingriff um die »auf Vertrauen gegründete, im Rechtssinne freiwillige Zustimmung bemüht«, dass die Behandlung »hinreichend konkretisiert angekündigt wird, dass die Zwangsbehandlung von einem Arzt angeordnet und überwacht wird«, dass »eine vorausgehende Überprüfung der Maßnahme in gesicherter Unabhängigkeit von der Unterbringungseinrichtung« erfolgt und schließlich, dass der Vorgang zu dokumentieren ist.

Zwangsbehandlung zur Gefahrenabwehr

Die beiden Beschlüsse ergingen zur Zwangsbehandlung in der forensischen Psychiatrie (Maßregelvollzug), doch sind sie auch für entsprechende Maßnahmen in der Allgemeinpsychiatrie maßgebend.

Foto: Bundesverfassungsgericht



Was aber, wenn der Patient in einer Krise für sich und andere zur Gefahr wird? Würde das Bundesverfassungsgericht auch dann zu der Feststellung kommen, dass auch in diesen Fällen der Gefahrenabwehr die Zwangsbehandlung eines einsichtsfähigen Patienten unzulässig sei, weil die Sicherheit »dadurch gewährleistet werden kann, dass der Betroffene unbehindert bleibt«? Blicke ja nur das berühmte »Wegsperrn, für immer« (unter Umständen). Aber wohin mit den »einsichtsfähigen« Patienten, die nicht behandelt werden dürfen? Die Psychiatrischen Kliniken sind schließlich keine Aufbewahrungsanstalten, sondern haben einen Behandlungsauftrag!

Fazit

Zu begrüßen ist, dass das Bundesverfassungsgericht Vorgaben für die Landesgesetzgeber postuliert und so dem »Wildwuchs« in den Landesgesetzen (hoffentlich) ein Ende setzt. Es geht hier um gravierendste Grundrechtseingriffe, die so unterschiedliche Regelungen, wie sie sich heute in den einzelnen Landesgesetzen (PsychKG, MRV-G, UnterbringungsG) finden, verbieten. Zu begrüßen ist auch die Forderung des Gerichts, dass ein Zwangseingriff nur als »letztes Mittel« unter klar begrenzten Voraussetzungen zulässig ist und hierbei ein überprüfbares Verfahren einzuhalten ist.

So weit, so gut! Wie allerdings diese Grundsätze in »verfassungsfesten« gesetzlichen Bestimmungen zu formulieren sind und vor allem, wie die in der Psychiatrie Tätigen diese Grundsätze umsetzen können – das sind Fragen, die das Bundesverfassungsgericht zwar nicht beantworten muss, wohl aber bedenken sollte. Wo liegt die Grenze zwischen »einsichtsfähig« und »uneinsichtsfähig«, wann ist der Einsatz eines Mittels »Erfolg versprechend«, wann ist die Belastung durch ein Medikament im Verhältnis zum »erwartbaren Nutzen« vertretbar, wann nicht? Wie wirken sich die geforderten Verfahrensregeln auf die Arbeit der Therapeuten aus?

Eines ist gewiss: Dies alles bedeutet für die in der Psychiatrie Tätigen noch mehr Zeitaufwand, noch mehr Absicherungsdruck – und so noch weniger Zeit für ihre eigentliche Aufgabe, die Arbeit mit den Patienten. Ob das wirklich im Interesse der Betroffenen liegt? ■

Dr. Gerwald Meesmann ist Jurist und stellvertretender Vorsitzender im LVAPK Baden-Württemberg.

Wie es nach den Urteilen des Bundesverfassungsgerichts weitergeht

Von Matthias Seibt

Das Bundesverfassungsgericht hat am 23. März 2011 entschieden, dass psychiatrische Zwangsbehandlung mit dem deutschen Grundgesetz unvereinbar ist. Es ging um den entsprechenden Passus im Maßregelvollzugsgesetz von Rheinland-Pfalz (2 BvR 822/09).

Am 12. Oktober hat das Bundesverfassungsgericht (BVerfG) nun auch den entsprechenden Passus des baden-württembergischen Unterbringungsgesetzes für ungültig erklärt (2 BvR 633/11).

Damit ist ab sofort jede psychiatrische Zwangsbehandlung in Baden-Württemberg ohne gesetzliche Grundlage und also illegal!

Anders als in Rheinland-Pfalz gilt dieses Urteil auch ausdrücklich für die Sozialpsychiatrie. Jeder Zwangsbehandelte aus einem anderen Bundesland, der sich hochklagt, kann vor dem BVerfG mit einem ähnlichen Ergebnis rechnen.

Unter www.psychiatrie-erfahrene-nrw.de, dort Abschaffung der Zwangsbehandlung, befindet sich die ursprüngliche Stellungnahme des BPE, die Urteile des BVerfG, und weitere Aktionen und Reaktionen der organisierten Psychiatrie-Erfahrenen. Dort dokumentiere ich auch den Fortgang unseres Kampfs.

Wie kann es nach den Urteilen des Bundesverfassungsgerichts jetzt weitergehen?

Die Interessenlage könnte unterschiedlicher nicht sein: Auf der einen Seite die Psychiatrie, die den alten Status quo, dass sie in die Körper der Insassen eingreifen darf, wie und wann immer sie möchte; auf der anderen Seite die Verbände der Psychiatrie-Erfahrenen, die die Urteile des Bundesverfassungsgerichts Rechtswirklichkeit werden lassen wollen.

Wer gewinnt die Politik für sich?

10.000 Menschen nimmt die Psychiatrie jedes Jahr in Deutschland das Leben. Setzen sich die Psychiatrie-Erfahrenen mit der Abschaffung der Zwangsbehandlung durch, liegt die öffentliche Diskussion über diese Opfer nicht mehr fern. Ohne Angst vor weiterer Folter können die Opfer der Psychiatrie über ihre Erlebnisse berichten.

Setzt sich aber die Psychiatrie durch, kann es durchaus noch einige Jahrhunderte so weitergehen. Die Psychiater und ihre Helferinnen befürchten zu Recht, dass die Ergebnisse ihrer Arbeit nach der Abschaffung der Zwangsbehandlung einer Prüfung unterworfen werden.

Es steht uns also ein erbitterter Kampf zweier Lobbygruppen um die Haltung der Politik zur Zwangsbehandlung in der Psychiatrie bevor.

Die Befürworter der Zwangsbehandlung werden versuchen, die winzige vom BVerfG gelassene Lücke zu nutzen. Leider hat das BVerfG wieder die unsägliche Begrifflichkeit vom »freien Willen«, der bei vielen psychisch Kranken fehle, als letztes Schlupfloch, das bei strenger Kosten-Nutzen-Abwägung noch einen Weg zur Zwangsbehandlung biete, verwendet.

Sehen wir uns das Schlupfloch etwas genauer an:

Ein Insasse der Psychiatrie hat einen Wahn. Mittels Zwangsmedikation versuchen die Helfer diesen Wahn zu beseitigen.

Pfad 1: Der Patient schwört ab und dankt für die Hilfe. Kein Problem für die Psychiatrie.

Pfad 2: Der Patient bleibt bei seiner Sicht der Dinge. Die Helfer dürfen mit ihrer zwangsweisen Behandlung nicht locker lassen. Sobald

man zugesteht, dass dieser Wahn eine mögliche Sicht auf die Wirklichkeit ist, gibt man zu, dass dieser Mensch in seiner Willensbestimmung genauso frei wie alle anderen war und ist. Und man hat versucht, ihm diese Sicht mit Gewalt zu nehmen.

Kleiner Exkurs zum freien Willen: Warum sollen ausgerechnet diejenigen einen freien Willen haben, die alles genauso sehen wie die breite Masse? Hat nicht vielmehr derjenige einen freien Willen, der sich trotz des massiven Konsensdrucks eine eigene Sichtweise bewahrt?



Foto: privat

Matthias Seibt

Wie wird sich nun die Politik in dieser Situation verhalten?

Es ist Aufgabe der organisierten Psychiatrie-Erfahrenen den Politikerinnen und Politikern in den Landesparlamenten erst mal den Inhalt der BVerfG-Urteile nahezubringen. Selbst- oder Fremdgefährdung darf laut BVerfG kein Grund mehr für Zwangsbehandlung sein, da sich jede Gefährdung allein durch Unterbringung abwenden lässt.

Das BVerfG hat die Gefährlichkeit der Neuroleptika klar festgestellt. In seinem zweiten Urteil hat es das Fehlen jeglicher psychiatrischer Standards, wann zwangsbehandelt werden soll, bemängelt.

Wie immer, wenn ein Missstand abgeschafft werden soll, wird das Argument auftauchen: Was sollen wir denn sonst tun? Dieses Argument tauchte u.a. bei der Diskussion um die Abschaffung der Sklaverei auf. Die Antwort lautet: Gewalt wird ausgeübt, weil der Gewalttäter der Meinung ist, er komme damit ungestraft durch. Frauen und Kinder werden geschlagen, nicht, weil es keine andere Möglichkeit gibt, sondern weil der Schläger nicht mit Bestrafung rechnet. Die USA haben Vietnam, Afghanistan und den Irak angegriffen, weil sie mit keinerlei Vergeltung zu rechnen hatten.

Fast immer wird Gewalt in dieser Welt von sehr viel Stärkeren an deutlich Schwächeren verübt. Die Katze frisst die Maus. Im Gegensatz zum Menschen benötigt sie keine Rechtfertigung. ■