

Wie viel Rechte hat der Mitmensch?

Die Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention in der Psychiatrie

Von Edith Mayer



Bis hierher und nicht weiter

Eines sei vorausgeschickt: Es geht mir im Folgenden ausdrücklich nicht um »Sonderrechte« für Angehörige, die deren »Wohlbefinden« garantieren sollen, sondern um die Berücksichtigung von Menschenrechten, die für alle Menschen gelten, auch in Beziehungen zwischen kranken und gesunden Menschen. Sonderrechte in der Psychiatrie kann ich mir nur als Rechte vorstellen, die dem Betroffenen selbst als Krankem zustehen.

Weiterhin muss einschränkend gesagt werden, dass nur bei einer Minderheit von psychisch kranken Menschen Gewaltanwendung in Form von Zwangseinweisung und Zwangshandlungen überhaupt in Betracht kommt. Allerdings weiß man oft nicht im Voraus, wen es betreffen wird, einen als aggressiv bekannten Menschen oder jemanden, der normalerweise als friedlich und unauffällig bekannt ist.

Im Zusammenhang mit der Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention ist die Frage nach der Rechtmäßigkeit von Gewaltanwendung in der Psychiatrie wieder aktuell geworden.

Manche Psychiatrie-Erfahrene fordern die Abschaffung von Zwangseinweisungen und anderen Zwangshandlungen. Der Patient soll in freier Selbstbestimmung eine Be-

handlung, speziell eine medikamentöse, annehmen oder ablehnen können, auch wenn diese dem Selbstschutz oder dem Schutz Dritter dienen soll. In der Tat hat jeder Kranke das Recht, eine Behandlung abzulehnen. Allerdings gibt es da einige Ausnahmen, z.B. bei offener Tuberkulose. Denn die Mitmenschen haben ja ihrerseits Menschenrechte, die es zu schützen gilt. Die Menschenrechte des einen können mit den Menschenrechten des anderen in Konflikt geraten. Und in diesem Fall ist eine Güterabwägung notwendig.

In der Psychiatrie handelt es sich dabei u.a. um die Rechte von Unbeteiligten im öffentlichen Raum, die Rechte von Mitbewohnern in einer Wohnanlage, von Mitpatienten und Personal in Kliniken und anderen Einrichtungen, aber auch von den übrigen Familienmitgliedern in einer Familie, in der ein psychisch kranker Mensch lebt.

Nirgendwo darf es einen menschenrechtsfreien Raum geben, schon gar nicht in der Familie, wo der Einzelne u.U. besonders schutzlos sein kann. Das gilt auch für den Kranken. Denn die UN-Menschenrechtskonvention spricht von »universalen« Rechten, die ausnahmslos für alle Menschen überall auf der Welt gelten und die nur da »Beschränkungen« (Art. 29, 2) unterworfen

sind, wo die Menschenrechte anderer stark beeinträchtigt werden.

Im Konfliktfall haben zunächst einmal beide Parteien das Recht auf »freie Selbstbestimmung«, »Anspruch auf den gleichen Schutz vor dem Gesetz« (Art. 7), »das Recht auf Leben, Freiheit und Sicherheit der Person« (Art. 3), auf »Schutz vor unmenschlicher oder erniedrigender Behandlung« (Art. 5) etc. Ganz besonderen Schutz, quasi Sonderrechte, wenn man so will, wird »Müttern und Kindern« zugestanden (Art. 25, 2). Aus Letzterem ergibt sich für mich, dass Kinder und das ungeborene Leben wegen ihres besonders schützenswerten Rechts auf Gesundheit und freie Entfaltung der Persönlichkeit auch einen besonderen Schutz durch das Recht genießen sollen, was ja deshalb auch in der UN-Kinderrechtskonvention von 1989 noch einmal bekräftigt wird.

Schon bisher konnte man nicht verhindern, dass es in einzelnen Fällen in Familien zu unhaltbaren Zuständen kam. Der Kranke tyrannisierte die übrigen Familienmitglieder und gab nur Ruhe, wenn man ihm seinen Willen tat. Nachts konnte niemand schlafen, weil er auf helles Licht bestand, laut Musik hörte oder lautstarke Beschimpfungen von sich gab. Neben den entwürdigenden Beschimpfungen kam es auch zu körperlichen Übergriffen. Über Letzteres war man oft regelrecht froh, weil man dann Aussicht auf eine Zwangseinweisung hatte. Außerdem konnte man oft nur so die Kündigung der Wohnung abwenden. Wenn nun das Recht auf Verweigerung von Behandlung und gar die Abschaffung von Zwangseinweisungen dazu kommt, werden solche Situationen sicher nicht besser. Wenn dann alle Prävention und alle erlernten Deeskalationstechniken versagen, wenn der tägliche Hausbesuch durch ein Hometreatment-Team (was zudem in den IV-Verträgen nur einer von den Kassen ausgewählten Untergruppe von Patienten zugestanden wird) nicht hilft, was soll man dann tun? Wie soll man sich da ohne fremde Hilfe »abgrenzen«? Kann man den Vater, die Mutter oder ein Kind einfach »vor die Tür setzen«, wenn sie nicht von selbst gehen wollen? Und abgesehen von der moralischen Frage: Ist das eigentlich erlaubt oder unterlassene Hilfeleistung? Ihn vielleicht in letztlich doch hilflosem Zustand in die Obdachlosigkeit trei-

ben? Ihn der Gefahr von Unfällen oder gewalttätigen Übergriffen aussetzen? Oder riskiert man umgekehrt gar, an seiner Stärke zu scheitern?

Weil mit dem Misslingen einer nur unvollkommen unterstützten Selbsthilfe immer gerechnet werden muss, darf man meiner Meinung nach Zwangseinweisungen in eine Klinik und evtl. auch Fixierungen in der Klinik zum Schutz des Betroffenen selbst, aber auch »Dritter« (!) nie ganz abschaffen.

Andererseits hat auch der Kranke, wie bereits erwähnt, das Recht auf Schutz vor Gewalt (etwa Einsperren), Misshandlung und entwürdigender Behandlung. Und das so-

wohl in einer überforderten Familie als auch im öffentlichen Raum oder in Kliniken und Einrichtungen.

Da allen Beteiligten die gleichen Schutzrechte zustehen, sind Zwangsmaßnahmen nie ganz zu vermeiden. Sie müssen aber immer in dem Bewusstsein ausgeführt werden, dass man jemandem ein Unrecht zufügt. Bei jeder Maßnahme muss ihre Notwendigkeit einsehbar begründet werden. Der Betroffene hat Anspruch auf respektvolle und schonende Behandlung.

Und noch im Nachhinein sollte um seine Zustimmung gerungen und um Verzeihung gebeten werden.

Eine Zwangsmedikation würde ich eigentlich ablehnen, denn sie ist ein schwerer Eingriff in den Körper einer Person. Vielleicht würde ich aber den Patienten zwischen einer Fixierung und einer mit ihm ausgehandelten Behandlung mit einem Medikament wählen lassen. Medikamente sollten nur nach gemeinsamer Verhandlung über die Art des Medikaments und mögliche Alternativen (shared decision making) gegeben werden. ■

Edith Mayer ist Vorstandsmitglied im Landesverband Hessen der Angehörigen psychisch Kranker.

Gewusst wo, gewusst wie

Selbsthilfe und Sozialpsychiatrische Dienste vor Ort

Bei psychischen Erkrankungen ist es oft immer noch nicht einfach, vor Ort die richtigen Anlaufstellen zu finden. Die Suche erleichtert jetzt ein neues Angebot auf der Homepage des Bundesverbandes der Angehörigen psychisch Kranker (BApK), www.bapk.de. Über die regionale Adresssuche nach Ort oder Postleitzahl kann man Selbsthilfegruppen in den verschiedenen Regionen finden. Als bundesweit einzigartiges Verzeichnis finden Sie auch die Sozialpsychiatrischen Dienste zzt. für zehn Bundesländer und – soweit vorhanden – regionale oder landesweite Psychiatriewegweiser.

Klassifikationen und Leitlinien

Für die Behandlung und Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen und den Umgang mit deren Angehörigen gibt es eine Vielzahl von Vorschriften, Richtlinien, Empfehlungen, usw. Für Leser, die sich mit diesen Rahmenbedingungen beschäftigen wollen, haben wir wichtige Dokumente zusammengestellt, die auf den Websites der dafür zuständigen Organisationen frei zugänglich sind, z.B. die ICD (Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme). Sie wurde von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) erstellt und im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit vom DIMDI (Deutsches Institut

für Medizinische Dokumentation und Information) ins Deutsche übertragen und herausgegeben.

Die Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) der Weltgesundheitsorganisation (WHO) dient als länder- und fach-



übergreifende einheitliche Sprache zur Beschreibung des funktionalen Gesundheitszustandes, der Behinderung, der sozialen Beeinträchtigung und der relevanten Umgebungsfaktoren einer Person.

Beide Klassifikationssysteme sind auf der DIMDI-Webseite zu finden: www.dimdi.de.

Leitlinien sind systematisch entwickelte, wissenschaftlich begründete und praxisorientierte Entscheidungshilfen für die angemessene ärztliche Vorgehensweise bei speziellen gesundheitlichen Problemen. Leitlinien sind im Gegensatz zu Richtlinien nicht verbindlich. Die Anwendbarkeit einer bestimmten Empfehlung in der individuellen Situation ist unter Berücksichtigung der vorliegenden Gegebenheiten (z.B. Begleiter-

krankungen des Patienten, verfügbare Ressourcen) zu prüfen. Leitlinien werden in der Regel von medizinischen Fachgesellschaften herausgegeben und in drei Entwicklungsstufen (S1 bis S3) klassifiziert, wobei S3 die höchste Qualitätsstufe der Entwicklungsmethodik darstellt.

Das Programm für Nationale VersorgungsLeitlinien ist eine gemeinsame Initiative von Bundesärztekammer (BÄK), Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) und Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) zur Qualitätsförderung in der Medizin.

Der Stand der Leitlinien ist jeweils auf www.versorgungsleitlinien.de nachzulesen.

Bei der Erarbeitung der folgenden Leitlinien waren und sind Vertreter des BApK für die Patienten-

bzw. Angehörigenseite beteiligt:

- Zwangsstörungen (S3-Leitlinie, Veröffentlichung geplant in 2012)
- Bipolare Störungen (S3-Leitlinie, Veröffentlichung geplant in 2012)
- Psychosoziale Therapien bei Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen im jungen und mittleren Erwachsenenalter (S3-Leitlinie, Veröffentlichung geplant in 2012)
- Unipolare Depression (S3-Leitlinie, Nationale VersorgungsLeitlinie, Patientenleitlinie, 2009)
- Therapeutische Maßnahmen bei aggressivem Verhalten in der Psychiatrie und Psychotherapie (S2-Leitlinie, 2009)
- Schizophrenie (S3-Leitlinie, 2005) ■