

Zwang in der Psychiatrie

Öffentliche Anhörung

Donnerstag · 23. Februar 2017 · 09:15 bis 18:30 Uhr

dbb forum Berlin

Friedrichstraße 169

10117 Berlin

Programm

Begrüßung	2
Peter Dabrock · Vorsitzender des Deutschen Ethikrates	2
Einleitung	3
Sigrid Graumann · Mitglied des Deutschen Ethikrates	3
Erfahrungen von „wohltätigem Zwang“: Herausforderungen durch die aktuellen Änderungen	5
Klinik	5
Andreas Heinz	5
Martin Zinkler	9
Franziska Rabenschlag	11
Befragung durch den Ethikrat	13
Psychiatrieerfahrene	27
Jurand Daszkowski	27
Gemeindepsychiatrie	28
Matthias Rosemann	28
Detlev Gagel	31
Befragung durch den Ethikrat	34
Begleitung und Betreuung	47
Gudrun Tönnies	47
Stephan Sigusch	50
Petra Rossmanith	53
Befragung durch den Ethikrat	56
Legitimation von Zwang?! Legalitäts- und Moralitätsgesichtspunkte	71
Annette Loer	71
Dagmar Brosey	74
Margret Osterfeld	77
Befragung durch den Ethikrat	79
Ethik	92
Thomas Schramme	92
Matthias Braun	95
Befragung durch den Ethikrat	98
Schlusswort	106
Peter Dabrock	106

Begrüßung

Peter Dabrock · Vorsitzender des Deutschen Ethikrates

Liebe Kolleginnen und Kollegen, meine Damen und Herren hier im dbb forum in Berlin an der Friedrichstraße und diejenigen, die unsere Anhörung im Livestream im Internet verfolgen, seien Sie herzlich begrüßt zu einer öffentlichen Sitzung des Deutschen Ethikrates, heute schwerpunktmäßig mit einer Anhörung zum Thema Psychiatrie.

Weil es sich um eine reguläre Sitzung des Ethikrates handelt, frage ich die Ethikratsmitglieder formal, ob die Tagesordnung in der Form genehmigt wird. – Ja, vielen Dank.

Bevor wir in das Thema der Anhörung einsteigen, möchte ich die Gelegenheit nutzen, unserem Ethikratsmitglied Professor Karl Friedrich Gethmann zur Wiederberufung in den Deutschen Ethikrat zu gratulieren, ihm zu danken, dass er die Nominierung durch den Bundestagspräsidenten Professor Lammert angenommen hat, und ihm für die nächste Amtszeit alles Gute wünschen.

Damit können wir mit der Anhörung, dem nächsten Tagesordnungspunkt, beginnen.

Erfahrung und Anwendung von Zwang stellen für alle, die diese Situation erleben, aber besonders für die Betroffenen eine schwere Belastung dar. Erfahrung und Anwendung von Zwang in Situationen besonderer Verletzlichkeit wird von den Betroffenen vielfach als Grausamkeit wahrgenommen. Erfahrung und Anwendung von Zwang unter der Maßgabe, dem Wohl der Betroffenen, die als vulnerable Menschen verstanden werden, zu dienen – das wirft erhebliche Fragen auf und ist massiv rechtfertigungspflichtig.

Als mögliche Gründe dafür geben wir gemeinhin Eigen- und Fremdgefährdung, und zwar in einem erheblichen Maße an. Manche Betroffene sind im Nachhinein dankbar; andere kämpfen ein Leben lang mit diesen Erfahrungen und setzen sich auch öffentlich gegen solche Maßnahmen ein. Man sieht: Wir bewegen uns auf dünnem Eis – mancher würde sagen: auf zu dünnem Eis.

Der Deutsche Ethikrat nimmt die Sorgen, Nöte und auch den Protest gegen Zwang sehr ernst. Genau deswegen haben wir dieses Thema aufgegriffen und wollen dazu eine Stellungnahme schreiben. Wir wollen hören, wir wollen lernen, von Betroffenen, von Angehörigen, von im Bereich der Psychiatrie Tätigen, wir wollen uns den harten und dunklen Seiten stellen. Das erfordert Sensibilität und Disziplin. Wir wollen aber auch nach Möglichkeiten fragen, wie Zwang in der Psychiatrie vermieden werden kann.

Die heutige Anhörung ist die erste und nicht die einzige, die sich dem Thema wohltätiger Zwang zuwendet, dem der Deutsche Ethikrat eine Stellungnahme widmen möchte zu den Themen Unterbringung, freiheitsentziehende Maßnahmen, Zwangsbehandlung, aber auch strukturelle Zwänge in Psychiatrie, Pflege, Behindertenhilfe und anderen Praxisfeldern sozialer Berufe. Mit der heutigen Anhörung werden wir dieses Themenfeld oder unser Lernen-Wollen, unser Hören-Wollen nicht beenden. Sigrid Graumann, die Vorsitzende der Arbeitsgruppe, wird gleich dazu noch etwas sagen.

Erlauben Sie mir noch einige praktische Anmerkungen: Es handelt sich heute um eine reguläre Ethikratsitzung. Bei diesen werden die Fragen an die Expertinnen und Experten von den Ethikratsmitgliedern gestellt. Es gibt auch die Möglichkeit, dass die Experten, die gemeinsam in einem Panel sind, aufeinander reagieren, aber das

Frageprivileg kommt den Ethikratsmitgliedern zu. Wenn Sie gerne etwas loswerden möchten, sprechen Sie doch in einer Pause ein Mitglied des Ethikrates an. Vielleicht wird es sich zum Anwalt Ihrer Frage erklären.

Zweitens haben wir, wie erwähnt, heute einen Livestream im Netz laufen. Dort gibt es eine Kommentarfunktion; Sie können also über den Livestream etwas kommentieren. Das können auch diejenigen machen, die ich gerade vor den Empfangsgeräten unterschiedlicher Art begrüßt habe.

Zum Schluss: Sie wissen, wir haben Fotografen und die Presse da. Indem Sie hier sitzen, geben Sie Ihr Einverständnis dafür, dass Sie die öffentliche Übertragung dieser Veranstaltung und Ihr Dasein akzeptieren.

Nun wünsche ich uns nun einen nachdenklichen, sensiblen Tag zu einem relevanten Thema.

Einleitung

Sigrid Graumann · Mitglied des Deutschen Ethikrates

Ich begrüße Sie im Namen der Arbeitsgruppe, die die Anhörung heute vorbereitet hat. Wir sind beeindruckt von dem großen Interesse und freuen uns, dass sich auf die Art und Weise Sie als Publikum und über den Livestream die Leute zu Hause beteiligen können.

Die Arbeitsgruppe beschäftigt sich mit dem Thema wohltätiger Zwang, nicht nur in der Psychiatrie, sondern auch in der Kinder- und Jugendhilfe, der Behindertenhilfe und der Pflege. Ziel ist eine Stellungnahme zu dem Thema unter Berücksichtigung dieser drei Praxisfelder.

Wir haben diese drei Praxisfelder deshalb gewählt, weil in jüngster Zeit vor allem die Praxis

von Zwangsbehandlung und Zwangsunterbringung in der Psychiatrie im Zentrum der Diskussion stand. Das liegt zum einen an der UN-Behindertenrechtskonvention und zum anderen an mehreren höchstrichterlichen Urteilen, die Gesetzesänderungen notwendig gemacht haben, die zum Teil auch erfolgt sind. In den anderen Praxisfeldern – der Kinder- und Jugendhilfe, Behindertenhilfe und Pflege – werden Zwangsmaßnahmen zwar auch diskutiert, aber bislang deutlich weniger intensiv und weniger laut. Dazu wird es im Mai eine zweite öffentliche Anhörung geben. Sie steht noch nicht im Netz; deswegen weise ich heute schon darauf hin. Heute aber soll es um das Thema wohltätiger Zwang in der psychiatrischen Versorgung gehen.

Vielleicht sieht man die Ambivalenz des Themas, die Schwierigkeit, sich damit zu beschäftigen, und die Komplexität der Probleme, mit der wir es hier zu tun haben, am besten, wenn man sich die UN-Behindertenrechtskonvention anschaut. Da ist zunächst wichtig, dass Menschen mit chronischen psychischen Krankheiten nach Artikel 1 in den Schutzbereich der Konvention fallen. Das war nicht selbstverständlich. Die meisten Psychiatrie-Erfahrenen, die ich kenne, hätten es vor der UN-Behindertenrechtskonvention weit von sich gewiesen, sich als behindert bezeichnen zu lassen. Das hat sich durch die Konvention und den Schutzanspruch, den man daraus ableiten kann, geändert.

Nach Artikel 12 der Konvention genießen alle „Menschen mit Behinderungen in allen Lebensbereichen gleichberechtigt mit anderen Rechts- und Handlungsfähigkeit“. Das hat Konsequenzen für betreuungsrechtliche Fragen im Kontext von Zwangsmaßnahmen; auch darauf wird in der Debatte immer wieder Bezug genommen.

Nach Artikel 14 ist zu gewährleisten, „dass jede Freiheitsentziehung im Einklang mit dem Gesetz erfolgt und dass das Vorliegen einer Behinderung in keinem Fall eine Freiheitsentziehung rechtfertigt“. Das heißt, die Behinderung, in dem Fall die psychische Krankheit, in Wechselwirkung mit den sozialen Umständen und den Umweltfaktoren, kann eine Freiheitsentziehung nicht rechtfertigen. Das ist interessant, und wie man das zu interpretieren hat, darüber streiten sich die Geister.

Auf Artikel 15 beziehen sich viele Psychiatrie-Erfahrene, auch diejenigen, die draußen dieses Protestcamp veranstalten. Der Artikel verbietet „grausame, unmenschliche und erniedrigende Behandlung“. Darauf beziehen sich diejenigen, die Zwangsbehandlung grundsätzlich ablehnen.

Jetzt wird es kompliziert: Nach Artikel 25 haben Menschen mit Behinderungen das Recht „auf das erreichbare Höchstmaß an Gesundheit ohne Diskriminierung aufgrund von Behinderung“, die mit Gesundheitsleistungen „auf der Grundlage der freien Einwilligung nach vorheriger Aufklärung“ auch angeboten werden muss. Genau darin wird die Komplexität deutlich: im Recht auf Gesundheit und auf eine angemessene und gute medizinische Behandlung auf dem aktuellen wissenschaftlichen Sachstand auf der einen Seite und der Einschränkung der Möglichkeit von Zwanganwendung auf der anderen Seite.

Jetzt haben wir aber nicht nur die UN-Behindertenrechtskonvention, die uns eine Orientierung vorgibt, sondern auch mehrere höchstrichterliche Entscheidungen der jüngsten Zeit, die sich konkret auf die psychiatrische Versorgung beziehen und die Zwangsbehandlung zwar nicht grundsätzlich verbieten, aber ihre Zulässigkeit an strenge Voraussetzungen knüpfen. Das hat die

Gesetzesänderung notwendig gemacht und wird heute sicher noch Thema sein.

Nun ist es so, dass nicht allen in der Debatte diese Gesetzesänderungen weit genug gehen, also streng genug sind. Aber sie stellen dennoch die psychiatrische Praxis vor große Herausforderungen. Darüber werden wir heute sprechen müssen.

Ich gehe davon aus, dass wir uns alle hier im Raum darin einig sind, dass jede Behandlung gegen den Willen einen tiefgreifenden Eingriff in die Rechte der betroffenen Person darstellt. Bei allen Unterschieden in den Meinungen dazu (ob überhaupt und falls ja, in welchen Situationen und unter welchen Bedingungen solche Behandlungen gerechtfertigt sind) ist es mir wichtig, diesen gemeinsamen Ausgangspunkt zu betonen.

Uns geht es heute nicht darum, die ethischen Kontroversen auszutragen, sondern es geht uns primär darum, die Praxis besser zu verstehen. Durch die jüngsten Urteile sind die Bedingungen, unter denen Zwangsbehandlungen durchgeführt werden dürfen, schärfer geworden. Damit müssen psychiatrische Kliniken, die Patienten mit akuten Symptomen aufnehmen, die sich nicht freiwillig behandeln lassen wollen, umgehen. Es kommt heute vor, dass Patienten aufgenommen werden müssen, die nicht unmittelbar behandelt werden können. Das ist natürlich schwierig.

Bei dem Programm der Anhörung war uns wichtig (das sehen Sie am Programm), dass es nicht nur um die Akutbehandlung geht, sondern um die gesamte Versorgung. Wir haben bewusst sowohl Vertreterinnen und Vertreter der Sozial- und Gemeindepsychiatrie als auch der Akutversorgung, der Klinik eingeladen. Wir haben darauf geachtet, dass mehrere Psychiatrie-Erfahrene, die sich in unterschiedlicher Art und

Weise in unterschiedlichen Gremien engagieren, hier sein können und aus ihrer Sicht zur gesamten Problematik Stellung beziehen können. Wir haben auch eine Angehörige eingeladen, Frau Schliebener, die ich aber leider entschuldigen muss, weil sie erkrankt ist. Die Nachricht hat uns so spät erreicht, dass wir keine Chance mehr hatten, für Ersatz zu sorgen. Dafür haben wir an der Stelle etwas mehr Zeit für die Diskussion.

Unser Versuch, alle Perspektiven einzubeziehen, um die gesamte Versorgungspraxis zur Geltung zu bringen (da sie den Kontext auch für Zwangsmaßnahmen darstellt, die förderlich oder weniger förderlich sein können), hat dazu geführt, dass wir eine sehr große Anzahl an Personen eingeladen haben. Das ist die größte Anhörung, die der Ethikrat jemals durchgeführt hat. Deshalb muss ich jetzt zum Ende kommen, weil wir unter einem unglaublichen Zeitdruck stehen, um das auch so hinzubekommen, wie wir es uns vorgestellt haben.

Damit wünsche ich uns allen einen interessanten und spannenden Tag. Ich bin gespannt auf die Beiträge.

Erfahrungen von „wohltätigem Zwang“: Herausforderungen durch die aktuellen Änderungen

Klinik

Peter Dabrock

Herzlichen Dank für die Einleitung, die den Bogen aufgemacht hat hinsichtlich der Fragestellung, die uns heute betrifft.

Wenn ich die ersten drei Referentinnen und Referenten einführe, möchte ich die Gelegenheit nutzen, allen, die heute gekommen sind und uns als Expertinnen und Experten zur Verfügung stehen, zu danken dafür, dass sie ihre Zeit und

ihr Engagement der an dieser Frage interessierten deutschen Öffentlichkeit geschenkt haben. Ich glaube, angesichts der Wichtigkeit des Themas und angesichts dessen, dass viele Menschen direkt oder indirekt davon betroffen sind, ist das ein gutes Engagement.

Ich werde die Personen nicht ausführlich vorstellen. Sie können in den ausliegenden Lebensläufen sehen, was die Personen jeweils machen. Direkt hintereinander sprechen nun Prof. Dr. Andreas Heinz, Professor für Psychiatrie und Direktor der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie an der Charité hier in Berlin; Dr. Martin Zinkler, Chefarzt der Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik in Heidenheim, und Dr. Franziska Rabenschlag, Direktorin für Pflege, Medizinisch-Therapeutische Dienste und Soziale Arbeit an der Universitären Psychiatrischen Klinik [UPK] Basel. Herr Professor Heinz, ich bitte Sie um das Wort.

Andreas Heinz

Herzlichen Dank. Lassen Sie mich vorausschicken: Sie hatten nach dem wohltätigen Zwang gefragt. Soweit ich gesehen habe, haben fast alle Referenten gesagt, dass Zwang keine Wohltat ist; das möchte ich auch am Anfang betonen. Es gibt meines Erachtens seltene Situationen in der Psychiatrie (ähnlich wie im Rest der Medizin, das sollte man auch gemeinsam diskutieren), in denen psychiatrische Erkrankungen, egal, ob sie durch eine neurologische, internistisch-somatische oder originär psychische Kausalität verursacht sind, dazu führen können, dass sich Menschen auf eine Art selbst- oder fremdgefährden, dass man ihnen beistehen muss. Das ist aber ein ganz kleiner Teil unserer Patienten.

Es gibt einen großen Teil der Patienten, die entweder sowieso freiwillig kommen oder zwangsuntergebracht werden, aber keine Zwangsbe-

handlung brauchen; dann geht es um die Fragen, in welcher Form sie denn behandelt werden.

Der institutionelle Zwang, der sich daraus ergibt, dass ein Krankenhaus oder eine sonstige Institution funktionieren muss, ist ethisch nicht zu rechtfertigen. Es ist eines der skandalösen Vorkommnisse der Gegenwart, dass wir die Diskussion um die Neuausrichtung der Finanzierung der psychiatrischen Versorgung komplett ohne Ethik führen und die Ethik unabhängig von den derzeit laufenden, in verschiedenen Gesetzen stattfindenden Regelungen der psychiatrischen Versorgung.

Ich habe Ihnen vier Fallbeispiele mitgebracht, die ich kurz durchgehen möchte.

Die erste Patientin war die letzte Patientin, die wir gegen ihren Willen behandelt haben, als das alte Betreuungsrecht noch galt. Es war eine Patientin mit Enzephalitis, die im Rahmen ihrer Enzephalitis eine psychische Erkrankung, ein Delir entwickelt hat und ihre Medikamente nicht genommen hat. Sie hat dann die Pflege in der Neurologie angegriffen, gebissen, und wurde zu uns verlegt.

Wenn man jetzt überlegt, ob es richtig ist oder nicht, eine solche Patientin gegen ihren Willen zu behandeln, muss man immer folgende Schritte durchlaufen. Das Erste: Aus medizinischer Sicht ist eine Krankheit gegeben, indem lebensrelevante Funktionsstörungen vorliegen. Meine Definition einer Erkrankung ist: Es müssen lebensrelevante Funktionsstörungen sein. Das ist ein weiter Begriff, das kann man viel diskutieren. Ein Beispiel: Zungenrollen ist keine Erkrankung; es ist genetisch. Ein Teil der Menschen kann es nicht, es ist aber nicht lebenswichtig. Schlucken ist lebenswichtig; eine Schluckstörung wäre eine Erkrankung.

Ist ein Delir eine Erkrankung? Meines Erachtens ja, weil wie zum Beispiel bei dieser Patientin die Wachheit oder Orientierung herabgesetzt ist, und das ist für das Leben der Menschen relevant. Das ist relativ unstrittig, glaube ich.

Das reicht meines Erachtens aber nicht, um eine klinisch relevante Erkrankung festzustellen. Sie brauchen einen individuell nachweisbaren Schaden für die Person, also nicht generell. Nicht: Orientierung ist generell wichtig für die Menschen, sondern ist diese individuelle Person durch ihre mangelnde Orientierung beeinträchtigt? Es kann sein, dass sie unter der Situation leidet. Es müssen also medizinische Symptome vorliegen. Aber gibt es ein individuelles Leiden? Dann kommen die Leute aber in der Regel freiwillig. Oder sind die Funktionen des Alltagslebens so beeinträchtigt, dass sie wirklich in ihrer Alltagsfähigkeit beeinträchtigt sind? Denken Sie an Demenzpatienten, die nicht unter ihrer Gedächtnisstörung leiden, sich aber nicht mehr waschen und anziehen können. Ich denke, dann liegt eine Erkrankung vor.

Das reicht aber nicht für eine Zwangsbehandlung; das möchte ich betonen. Ich habe vor 23 Jahren einen Patienten kennengelernt, der am ersten Berliner PsychKG [Psychisch-Krankengesetz] mitgeschrieben hatte, in dem explizit steht: Krankheit ist kein Zwangsbehandlungsgrund. Er war auch sehr stolz darauf. Er war 18 Jahre lang in Havelhöhe interniert gewesen und sagte, er ist nicht grundsätzlich gegen Zwangsbehandlung, aber es muss gesetzlich kontrolliert sein.

Was sind die nächsten Schritte? Die nächsten Schritte, die jetzt dazukommen, sind eine erhebliche Fremd- oder Selbstgefährdung. Darüber muss man diskutieren. Ist die Abwehrreaktion der Patientin mit der Enzephalitis gegen Medika-

tion, die als menschlicher Ausdruck ihres aktuellen Willens eine Bedeutung hat und nicht einfach ignoriert werden kann, abzuwägen gegen erstens die Folge, wenn sie die Medikation nicht nimmt? Was für ein Gesundheitsschaden tritt da auf? Ist der erheblich oder nicht?

Der zweite Punkt ist: Hat sie Einsicht in das, was sie tut, oder nicht? Sie haben die Kritik der Irren-Offensive gesehen. Heißt das, dass so ein Mensch dann sagen muss: „Jawohl, ich verstehe, was eine Enzephalitis ist“? Das ist meines Erachtens nicht der Fall, aber man muss verstehen, was aus seiner Handlung folgt: Wenn ich diese Medikamente nicht nehme, kann ich die und die Folgen aus der Enzephalitis haben oder nicht. Da geht es um eine konkrete Situation, nicht um generelles Zustimmen zu bestimmten Krankheitsmodellen.

Lassen Sie mich das in aller Kürze für zwei andere Fälle ausbreiten, die vielleicht in der Psychiatrie häufiger vorkommen.

Der erste war aus meiner Neurologie-Zeit ein Parkinson-Patient, der unter meiner von mir verschriebenen Medikation – dopaminerge Medikamente – eine Psychose entwickelt hat. Er hat sein Bett angezündet und hat sich damit fast verbrannt, ist von selbst wieder aus der Psychose herausgekommen.

Ein anderer Patient hatte im Rahmen seiner Psychose den Eindruck, er werde von Dämonen bedroht. Er hat Dämonen in die Pfleger fahren sehen und hat versucht, fremdaggressiv mit einer Spiegelscherbe einem Pfleger die Leber herauszuschneiden. Zum Glück hat er nur den Arm erwischt.

In beiden Fällen muss man analog vorgehen. Man muss schauen: Was sind die Leitsymptome einer solchen Psychose? Ich habe zwei Fälle ge-

wählt, wo der eine klar biologisch verursacht ist. Beim anderen wissen wir es nicht, gehen aber davon aus, dass Psychosen dieser Art auch eine dopaminerge Grundlage haben, sich also um dieselben Kausalmechanismen drehen. In dem Fall geht es darum: Was verursacht, dass solche Menschen andere angreifen? Sie können Halluzinationen haben, Stimmen, die ihnen sagen, dass da die Dämonen reingehen, oder eingegebene Gedanken oder bestimmte Wahrnehmungen.

Ich habe rot markiert, was relevant ist. Sie sehen: Sehr wichtig sind Dinge, die Ihnen die Patienten sagen. Die Fremddiagnose einer Psychose ohne kooperierenden Patienten – denken Sie an den Fall Gustl Mollath – ist extrem schwierig. Ich würde auch sagen: zu Recht. Die Kriterien stammen aus der Zeit des Nationalsozialismus von einem Psychiater, der kein Nazi war und auch keinen großen Widerstand geleistet hat, aber wusste, was passiert, wenn man eine Diagnose stellt. Die sind sehr zurückhaltend formuliert; das halte ich für richtig.

Um überhaupt von einer Erkrankung zu sprechen, muss man bei beiden wieder nachweisen, dass individuell ein Schaden vorliegt. Warum ist das so wichtig? Es gibt Menschen, Stimmenhörer, die sagen: „Ich habe akustische Halluzinationen, aber leide nicht darunter. Die stören mich im Alltagsleben nicht.“ Meines Erachtens sollten wir als psychiatrische Ärzte dann die Finger davon lassen, eine Erkrankung zu diagnostizieren, weil der individuelle Schaden nicht vorliegt.

Wir hatten einen Patienten, der sagte: Ich spekuliere an der Börse, ich höre Stimmen, die sagen mir bisher immer das Richtige, bitte lassen Sie die Ruhe. Wenn der damit klarkommt, finde ich, müssen wir noch nicht mal in die Frage der Erkrankung gehen. Wenn keine Erfahrung vorliegt, ist auch überhaupt keine Grundlage, überhaupt

über Zwangsmaßnahme nachzudenken. Wenn die Person aber beispielsweise Stimmen hört, die ihr sagen, sie müsse sich zu Tode hungern, weil sie verflucht ist – was es gibt –, dann ist die Frage: Passiert das? Gibt es eine Auswirkung dieser Phänomene auf die Gesundheit? Damit ist die Frage der Krankheit zu klären.

Die nächsten Punkte sind wieder die üblichen: Liegt eine erhebliche Fremd- oder Selbstgefährdung vor? Und noch mal: Besteht Einsichtsfähigkeit in das, was man da tut? – nicht in die Frage, ob Dopamin Psychosen verursacht (darüber streiten sich auch Neurobiologen), sondern in die konkrete Frage: Wenn ich das jetzt nicht behandle, was passiert?

Als das Betreuungsrecht aufgehoben war, hatten wir einen verzweifelten Anruf einer Brandenburger Klinik, die sagte: „Wir haben eine hochpsychotische Patientin, die im Winter durch den Schnee gelaufen ist und sich den Fuß erfroren hat. Sie lehnt die Behandlung dieses erfrorenen Fußes ab, wird aber daran sterben. Was machen wir denn jetzt?“ Ich habe nichts weiter davon gehört, fürchte aber, dass das nicht gut ausgegangen ist.

Jetzt kommt vielleicht der wichtigere Fall. Ich möchte aber trotzdem auf die anderen hinweisen, denn wenn man jeden Zwang vom Tisch wirft, besteht die große Gefahr (das habe ich in den USA erlebt), dass die Menschen dann hinterher im Gefängnis oder auf der Straße sind. Das ist wirklich die Bedrohung, die in Zeiten exzessiver Gelddiskussion stattfinden kann. Das ist ein Patient, der bei uns nicht zwangsbehandelt worden ist. Das lag am Richter. Wir hatten einen Richter, der sich unserer Interpretation angeschlossen hat. Sie wissen, Sie brauchen heute ein externes Gutachten. Das externe Gutachten hat sich für die Zwangsbehandlung ausgesprochen, unsere be-

handelnden Ärzte nicht. Das ist einer der typischen ethischen Fälle, wo man in ein Dilemma kommt: Ein Mensch mit einer chronischen Psychose, wiederholt aufgenommen, wahnhaft davon überzeugt, dass die Medikamente, von einem Geheimdienst verabredet, ihn vergiften, aber gleichzeitig mit einer klaren Erfahrung dieser Medikamente und einem Wissen darum, dass sie ihm aus seiner Sicht nicht guttun.

Für uns war das so überzeugend, dass wir dachten, das müssen wir respektieren, obwohl er den ganzen Tag im Bett lag, weitgehend verwahrlost war, sich kaum gewaschen und angezogen hat und seine Familie wiederholt bei mir saß und sagte: „Um Gottes willen, wenn Sie ihn nicht unterbringen“, wir versuchen die Türen offen zu lassen, „also wenn Sie ihn auf einer offenen Station behandeln, und er entweicht bei Ihnen oder geht“, er war ja freiwillig da, „aber der geht immer nach Südfrankreich, und er wird auf der Reise zu Schaden kommen und dann sind Sie verantwortlich.“

Er hat sich quälend langsam gebessert, ohne Medikation. Die Familie hat ihn danach über die Betreuung, die vorlag, in einer anderen Klinik untergebracht. Da ist er zwangsbehandelt worden, nach der ersten Zwangsbehandlung entwichen und es ist genau das passiert, wovor sie Angst hatten. Ich will aber nicht altklug sein. Das hätte genauso gut umgekehrt laufen können.

Lassen Sie mich zum Schluss noch drei Sachen sagen zu den Möglichkeiten, die relevant sind; alles andere überspringe ich.

Wie kommen wir dazu, den Zwang zu minimieren? Das Erste ist: Wir müssen versuchen, die Institutionen so aufzustellen, dass sie offen geführt werden. Offene Türen sind ein Punkt. Die Türen allein reichen aber nicht; es geht um den Ersatz mechanischer Vorrichtungen durch

menschliche Zuwendung, soweit das irgend geht. Es geht um den Einsatz von erfahrenen psychiatrierfahrenen EX-INlern, es geht um die Kreation von Beiräten für die Kliniken und es geht um den Ersatz von stationärer Behandlung durch Teams, die nach Hause gehen. Das ist nach neuer Gesetzeslage möglich, aber nicht umgesetzt. Mit diesen Mechanismen schaffen Sie es, dass die Zwangsbehandlungen deutlich zurückgehen. Wie gesagt, ich halte es für falsch, wenn man es komplett verbieten würde. Denn dann werden psychisch Kranke schlechter behandelt als Menschen mit anderen Erkrankungen. Vielen Dank.

Martin Zinkler

Ich halte mich an die Reihenfolge der Fragen, die Sie gestellt haben. Zu Frage 1: Die Idee des wohlütigen Zwanges ist unsinnig, denn das dürfte man nur sagen, wenn da wohlgetan würde, und das müssen diejenigen beurteilen, denen der Zwang angetan wird. Es ist bekannt, dass maximal ein Drittel der Menschen hinterher sagen: Das war in Ordnung. Das ist noch kein Wohl. Mein Vorschlag ist, dass wir das als das benennen, was es ist: Zwang im psychosozialen Hilfsystem.

Frage 2 nach den Daten. An den Daten ist zweierlei interessant. Das eine ist, dass das alles häufig ist, worüber wir sprechen. Wir sprechen von 5 bis 10 Prozent der stationär behandelten Patienten; 800.000 Menschen werden in Deutschland jährlich stationär behandelt. Das zweite Interessante ist, wie unterschiedlich das in den verschiedenen Bundesländern und in den Kliniken ist: In Bayern werden viermal so viele Menschen in der Psychiatrie untergebracht wie in Berlin; in Brandenburg sind es noch weniger. Auch in den Kliniken ist das unterschiedlich: Es gibt Kliniken, wo 1 Prozent der Patienten Erfahrungen mit

Zwangsmaßnahmen machen, und andere Kliniken, da sind es 10 Prozent.

Frage 3: Es gibt ein großes Dunkelfeld, also unterhalb dessen, was an Zahlen erfasst wird; das nennt man dann informellen Zwang. Das Dunkelfeld ist auch deshalb so groß, weil es von den Betroffenen in der Regel nicht angezeigt wird. Da gibt es keine Prozesse, wo jemand sagt: „Ich bin genötigt worden“ oder „ich bin so lange gedrängt worden“ oder „mir ist mit allem Möglichen gedroht worden, wenn ich nicht A, B, C und D tue, und dann mache ich halt mit“. Diese Dinge werden nicht angezeigt

Auch ein Dunkelfeld – das habe ich jemandem zu verdanken, der nicht hier ist, aber hier sein sollte: Das ist Peter Lehmann. Es gefällt mir nicht, dass Peter Lehmann nicht zu dem Zweck eingeladen wurde. Er weist darauf hin, dass die Patienten nicht informiert werden, wenn ihnen Neuroleptika gegeben werden, weil der Arzt sagt, er muss das unbedingt haben. Er redet da die Risiken klein und sagt zu den Nebenwirkungen weniger. Das ist sogar ein Zwang, weil keine informierte Einwilligung vorliegt, sondern ein Nachgeben.

Fragen 4 und 5: Da nutze ich die Gelegenheit, auf unsere Heidenheimer Situation hinzuweisen; das ist auch der Grund, weshalb ich hier bin, glaube ich. Wir haben 2011 in unserer Klinik zum letzten Mal eine neuroleptische Zwangsbehandlung durchgeführt. Wir sind eine Vollversorgungsklinik, und ich behaupte so lange, bis mir jemand das Gegenteil beweist, dass in unserer Klinik durch diesen Verzicht auf neuroleptische Zwangsbehandlungen niemand zu Schaden gekommen ist. Unsere Klinik verzichtet auf das Einsperren im Zimmer, auf geschlossene Stationen. Das ist aber keine zwangsfreie Psychiatrie, denn jedes Jahr sind 3 bis 5 Prozent un-

serer Patienten von Zwangsmaßnahmen betroffen; in der Regel handelt es sich dabei um eine Fixierung.

Frage 6: Unaufgebbare Formen der Fürsorge und Zwang, die kenne ich nicht.

Frage 7: Versorgung ohne Zwang ist nicht nur denkbar, sondern auch vorstellbar. Ich empfehle Ihnen, dass Sie sich die Klinik in Herne anschauen. Das sind die, die das in Deutschland zurzeit am besten können: eine große Versorgungsklinik für einen großstädtischen Raum, und weniger als 1 Prozent der Patienten sind dort noch von Zwangsmaßnahmen betroffen; das wird immer noch weniger. Das ist eine Klinik, die ein besonderes Konzept hat, die personell nicht besser ausgestattet ist als meine Klinik oder die anderen Kliniken, sondern das ist einfach eine Klinik, die das seit über dreißig Jahren am konsequentesten in Deutschland gemacht haben, wo der Verzicht auf Zwang die erste Priorität war und nicht die zweite, dritte oder achte.

Frage 8: Es gibt keine regelmäßig mit Zwangsmaßnahmen verbundenen Diagnosen.

Zu Frage 9 und 10 zwei Hinweise. Die geschlossenen Stationen, die es in Deutschland in ungefähr 400 Kliniken gibt, befördern tatsächlich Zwangsmaßnahmen. Da wird ein Milieu geschaffen, das dazu führt, dass Zwang angewendet wird, und dass die offenen Stationen, die es in höchstens zwanzig Kliniken in Deutschland gibt – jede Klinik hat natürlich offene Stationen, aber was ich meine, ist, dass eine Klinik auf geschlossene Stationen verzichtet, sodass alle Patienten, die in der Klinik aufgenommen werden, auf einer offenen Station aufgenommen werden. Das sind höchstens zwanzig Kliniken in Deutschland, und da nähert man sich diesem Ziel und muss natürlich umdenken, was ganz schön anstrengend ist.

Das andere ist, was man für ein Modell bei psychischen Störungen anwendet. Sie haben von meinem Vorredner ein biologisches Modell präsentiert bekommen. Ich gebe Ihnen ein Beispiel für ein soziales Modell: Da kommt ein Asylbewerber aus Gambia, der trinkt und eine Psychose hat. Er wird innerhalb von zwei Monaten acht Mal von der Polizei ins Krankenhaus gebracht, weil er randaliert hat, weil er im Zug ohne Fahrkarte war und die Schaffner angegriffen hat. Immer wieder kommt er, und nach zwei, drei Tagen ist er ganz ruhig und sie entlassen ihn wieder. Und dann schauen wir uns an, in welchen Verhältnissen er lebt: in einer Gemeinschaftsunterkunft. Dort ist er der Einzige aus Gambia; alle anderen kommen aus dem Nahen Osten. Dort ist er auch der Einzige, der trinkt, und er fühlt sich dort unwohl und wir sagen dem Landratsamt: „Ihr müsst den woanders wohnen lassen, das geht nicht.“ Und das Landratsamt – das kann man machen, in Heidenheim, da ruft man an und sagt: „Da ist jetzt einer, da müsst ihr was machen.“ Da rufen wir an, und seit dem Tag ist er nicht mehr zwangsweise im Krankenhaus gelandet. Also es geht.

Natürlich kann ich ein biologisches Modell anwenden, aber ich kann auch ganz anders denken und sagen: Was sind die sozialen Bedingungen, unter denen die Dinge stattfinden? Und soziale Faktoren sind viel leichter zu beeinflussen als biologische.

Diese Frage der Kultur und der kulturellen Bewertung von Zwang nutze ich, um darauf hinzuweisen, dass wir in unseren Kliniken wenig Zugang zu Dolmetschern haben. Wenn jemand von der Polizei gebracht wird und ich brauche drei Stunden, bis ich einen Dolmetscher für die Sprache habe, dann ist die Gefahr groß, dass in den drei Stunden Zwang stattfindet. Habe ich sofort

einen Dolmetscher, habe ich die Chance, dass wir uns verständigen. Da ist ein echter Mangel.

Frage 12 war die umfangreichste Frage, nach den spezifischen Kompetenzen, Kenntnissen und Einstellungen, professionelle Selbstverständnisse. Ich habe viel dazu geschrieben. Ich belasse es bei einem Hinweis, den ich wieder Peter Lehmann verdanke: Er hat recht: Ein Hauptproblem bei dieser Frage ist möglicherweise die Fähigkeit der Ärzte zur Selbstkritik, die Fähigkeit, Grenzen ärztlicher Kompetenzen zu erkennen und darauf die Handlungsmöglichkeiten abzustellen.

Zu den Formen des Zwangs: Das ist eine beliebte Diskussion unter Psychiatern, die sich mit diesen Fragen beschäftigen. Was ist schlimmer: festhalten, einsperren, wegsperren, Medikation? Das wird unterschiedlich behandelt, aber 2016 ist herausgekommen, dass die medikamentöse Zwangsbehandlung besonders negative Einwirkungen auf den weiteren Verlauf der Behandlung hat. Das ist eine Studie von Pribe aus London.

Frage 14 habe ich nicht eindeutig bejaht, denn es gibt auch Menschen, die hinterher sagen: Gott sei Dank habt ihr mich da rausgeholt.

Frage 15: die psychischen Auswirkungen auf die Menschen, die das machen. Ein Hauptproblem bei den Mitarbeitern in den Kliniken und den Patienten ist, dass sie sich hinterher zu Recht schämen für das, was passiert ist. Diese Scham führt dazu, dass es, was immer empfohlen wird, Nachbesprechungen gibt, dass die Anwendung von Zwang als Lernmöglichkeiten verwendet wird, damit genau das nicht stattfindet. Denn allen ist klar, dass man es eigentlich nicht machen sollte. Und dann geht man möglichst rasch zur Tagesordnung über, weil man damit nicht so richtig zurechtkommt.

Frage 16: Das war mein Hinweis auf die Drehtürpatienten. Ich glaube, dass die Anwendung von Zwangsmaßnahmen das Phänomen der Drehtürpatienten befördert; das ist ein Hauptproblem der Psychiatrie.

Schließlich: Wann kann überhaupt noch Zwangsbehandlung gerechtfertigt werden? Nur dann, wenn Unsicherheit über den Willen des Betroffenen besteht und eine akute Lebensgefahr nur mit dem Mittel der Zwangsmaßnahmen abgewendet werden kann. Ich schlage eine ganz hohe Schwelle vor und bewege mich da beim allgemeinen Kommentar zu Artikel 12. Ich teile auch die Kritik am Konzept der Einwilligungsfähigkeit, so wie der allgemeine Kommentar das tut, und möchte Ihnen Mut machen, dass Sie mehr von uns von der Psychiatrie verlangen in dieser Frage, dass Sie sich nicht daran orientieren, was immer gesagt ist, was so machbar sei, sondern dass Sie mehr von der Psychiatrie fordern, sich nicht von den Klagen der Kliniken über unzureichende personelle oder bauliche Ausstattung ablenken lassen, sondern dass Sie eine Versorgung von psychisch Kranken fordern, die den Vorgaben der Konvention entspricht. Da empfehle ich die strenge Auslegung des allgemeinen Kommentars zu Artikel 12. Danke.

Franziska Rabenschlag

Ich möchte auf zwei Punkte eingehen: einerseits ein Hinweis zum Gesetzesentwurf und andererseits, wenn schon Zwangsmaßnahmen durchgeführt werden, das Aushandeln eines bestmöglichen Rahmens, also das kommunikative Aushandeln.

Im Gesetzesentwurf der Bundesregierung steht, dass zu ärztlichen Zwangsmaßnahmen nur eingewilligt werden kann, wenn (unter Punkt 4) zuvor „ernsthaft mit dem nötigen Zeitaufwand und ohne Ausübung unzulässigen Drucks“ versucht

wurde, den Betreuten von der Notwendigkeit der ärztlichen Maßnahme zu überzeugen. Ich möchte auf diesen unzulässigen oder zulässigen Druck eingehen, der ohne Spezifizierung eine Art informeller Zwang sein könnte.

Informeller Zwang, das sind Interaktionen mit Patientinnen und Patienten wie zum Beispiel Verhandeln, Überreden mit dem Ziel, die Behandlungsbereitschaft zu verbessern oder formalen Zwang zu vermeiden. Am bekanntesten sind vor allem aus dem anglosächsischen Raum die Beeinflussung oder Anreize bezüglich Wohnen: Wenn Sie das und das – dann können wir bei der Wohnform helfen.

Es gibt verschiedene Zwangsskalen, eine davon ist von Szmukler und Appelbaum: kein Zwang, informeller und formeller Zwang. Der informelle Zwang mit Überreden ist die schwächste Form (ein Druckmittel, häufig auch in Zusammenhang mit einer Beziehung), und Bedrohung, Drohung die stärkste Form.

Die Ausübung von Zwang – formellem wie informellem – wird generell in der Schweiz, aber auch in Deutschland und international unterschätzt. Zwang wird nicht richtig oder adäquat wahrgenommen, und informeller Zwang wird wirklich unterschätzt. Der informelle Zwang beeinflusst die therapeutische Beziehung negativ. Es wird wie Zwang empfunden oder kann wie Zwang empfunden werden. Es fördert ein Misstrauen und ein Gefühl unfairer Behandlung, also dass die Psychiatrie ein Ort ist, wo man unfair behandelt wird.

Informeller Zwang wird von Betroffenen aber nicht nur in den Kliniken so erlebt, sondern auch im Arbeitsumfeld oder zu Hause. Wenn informeller Zwang reflektiert wird und in transparent angewendet wird, kann er sich positiv auswirken. Er kann größeren Schaden oder eben

Zwangsmaßnahmen vermeiden. Die Voraussetzung wäre ein reflektierter Umgang mit informellem Zwang; das wäre im Zusammenhang mit diesem unzulässigen Druck.

Der zweite Punkt zu den Zwangsmaßnahmen: Hier möchte ich das Fazit der Bundesarbeitsgemeinschaft der Psychiatrie-Erfahrenen aufnehmen, die sagen, dass psychiatrische Zwangsbehandlung nur gerechtfertigt werden kann durch eine die entsprechende Zwangsbehandlung explizit bewilligende, vorher mit freiem Willen verfasste Patientenverfügung.

In der Schweiz haben wir seit wenigen Jahren ein neues Gesetz diesbezüglich; da sind explizit Patientenverfügungen involviert. Sie sollen berücksichtigt werden, aber in der Praxis sind erst wenige zu sehen. Nur wenige Patientinnen und Patienten kommen mit einer Verfügung. Die Bemühungen in dieser Richtung sind aber zu unterstützen.

Ich bin der Annahme, dass Maßnahmen gegen den Willen aus Schutz vor schwerem Schaden nicht immer vermeidbar sind. Es braucht aber einen bestmöglichen Rahmen, indem man Richtlinien respektiert und Bedingungen festlegt, und das gemeinsame Verhandeln oder Aushandeln in der Kommunikation.

Es sollte darum gehen, die Entscheidungsfähigkeit zu unterstützen, so wie es Steiner genannt hat. Patientinnen und Patienten sollten mitentscheiden können, zum Beispiel mit einem Informed Consent, indem sie informiert sind und dann einwilligen oder eben nicht. Eine weitere, stärkere Form ist das Shared Decision Making: Beide sind sehr gut informiert, tragen die Verantwortung einer Behandlung und entscheiden sich beide gleichberechtigt dazu.

Partizipation ist die schwächste Form: Patientinnen und Patienten werden so gut wie möglich integriert, zum Beispiel im Kinder-, Jugend- oder auch Altersbereich. Überhaupt, dass man die prozedurale Verwendung, weniger problematische Formen des informellen Zwangs berücksichtigt, dass man zuerst versucht, zu überreden, zu überzeugen, zu beeinflussen, bevor man wirklich droht oder einfach macht.

Dann Reflexion, die Supervision in der psychiatrischen Praxis, die mancherorts abgeschafft wurde. Dann die klinische Ethik, die jetzt mit großem Erfolg in den UPK eingeführt wurde, die bei solchen Fragen wirklich unterstützend ist und immer mehr Usus in Kliniken ist; sowie Guidelines und, wie die Bundesarbeitsgemeinschaft der Psychiatrie-Erfahrenen sagt, Patientenverfügungen, Behandlungsvereinbarungen, bei denen man gemeinsam die Richtung vereinbart, in die es gehen soll, und dass man, was Pflegende oft anwenden, Krisenpässe miteinander erstellt, was in einer Krisensituation zu tun wäre. Vielen Dank.

Befragung durch den Ethikrat

Peter Dabrock

Nun haben die Ethikratsmitglieder die Möglichkeit, Fragen an unsere zwei Experten und unsere Expertin zu stellen.

Sigrid Graumann

Ich habe konkrete Fragen an Herrn Heinz. Ich habe in Ihrem Statement gelesen, dass Sie fordern oder vorschlagen, dass Patienten, die sich nicht behandeln lassen wollen und vielleicht eine Patientenverfügung haben, woanders untergebracht werden sollen und nicht in einer Klinik. Das wäre tatsächlich eine Überlegung. Die Frage ist nur, wo. Ich kenne wie Sie auch die Situation in den USA, wo mittlerweile in den Gefängnis-

sen ein erheblicher Anteil an Menschen ist, die eine psychiatrische Problematik haben und die dort, so sagen es zumindest die Menschenrechtsorganisationen, überhaupt keinen Zugang mehr zu einer vernünftigen psychiatrischen Behandlung haben, wenn sie die wollen, und manche wollen das irgendwann einmal. Wo also könnte dieser Ort sein und was könnte das für eine Institution sein? Aber das ist eine sinnvolle Überlegung.

Ein anderer Punkt, der mich interessieren würde, ist: Wir haben von Ihnen allen gehört, dass Sie versuchen, mit minimalem Zwang umzugehen. Ich erinnere mich, dass ich an Sie einmal eine Familie vermittelt habe, die vollkommen verzweifelt waren und gesagt haben: „Unser Sohn ist psychotisch. Wir sind völlig verzweifelt. Er will sich nicht behandeln lassen. Wir wissen nicht mehr, was wir tun sollen.“ Die Rolle der Familien – leider ist die Angehörige nicht da, deshalb stelle ich die Frage an Sie, wie Sie das in der Praxis erleben.

Dann habe ich für Herrn Zinkler eine Anmerkung zu Peter Lehmann. Wir kennen seine Publikation gut und werden das, was er geschrieben hat, auch mit einbeziehen; das ist selbstverständlich. Aber wir konnten nicht alle einladen, die in dem Diskurs wichtig sind, und haben uns an der Stelle eben gegen ihn entschieden. Aber wir werden sehr wohl seine Artikel und Publikationen mit berücksichtigen.

Ich habe noch eine andere Frage an Sie. Sie versuchen, auf neuroleptische Zwangsbehandlung so gut es geht zu verzichten, Sie haben gesagt, Sie haben seit Langem nur einen Fall gehabt, haben aber angedeutet, dass Sie häufig Fixierungen anwenden. Mich würde interessieren, wie Sie das mit den Patienten nachbesprechen und wie das von den Patienten erlebt wird. Also scheint ja

doch irgendeine Form von Zwang notwendig zu sein.

An Sie Frau Rabenschlag, eine Frage, weil ich das noch nicht kenne. Ich kenne Patientenverfügungen und Behandlungsvereinbarungen und halte das für wichtige Instrumente. Was mir neu war, ist der Begriff des Krisenpasses. Vielleicht können Sie dazu zwei Sätze sagen.

Andreas Heinz

Ich fange an mit den Patienten, die eine Verfügung schreiben und darin nicht irgendwelche Therapien ablehnen (darum geht es jetzt nicht; damit muss jedes Krankenhaus klarkommen), sondern sagen: Wir wollen nicht in irgendeiner Weise psychiatrisch diagnostiziert oder behandelt werden. Das gibt es. Das sind wenige; bei uns ist bisher kein Patient der Art aufgetreten. Aber ich finde, dass man ein Recht haben muss (so wie man ein Recht hat zu sagen: Ich will im Falle eines Unfalls keine Bluttransfusion haben), wenn man sich im Zustand der Einsichtsfähigkeit in die Konsequenzen entscheidet, mit der Psychiatrie nichts zu tun zu haben. Dafür müsste es meines Erachtens ein Recht geben.

Das ist deswegen so kritisch, weil bei uns – wir haben mit den Amtsrichtern gesprochen, die sagen: „Ja, lieber Herr Heinz, da können wir nichts machen, wir werden den bei Ihnen unterbringen.“ Und dann sage ich: „Aber der will nicht mit uns reden; zumindest ist das in der Patientenverfügung möglich, das so anzukreuzen. Was sollen wir denn dann tun?“ „Dann müssen Sie die Station schließen, damit die Person nicht geht“, hat uns der Amtsrichter gesagt, „und Sie müssen halt schauen, ob er sich nicht irgendwie umstimmen lässt.“

Das ist nicht durchdacht. Aber ich habe auch keine gute Lösung. Die Kritik an Thomas Szasz mit dem Mythos Geisteskrankheit war ja später,

dass er gesagt hat, Sozialhilfe streichen und Gefängnis oder Arbeitsdruck auf diese Person. Das heißt, die Entrechtlichung der Menschen wird nicht dadurch gestoppt, dass sie nicht mehr in die Kliniken kommen.

Der zweite Punkt, den Sie angesprochen haben: Es gibt eine riesige Zahl ethisch problematischer Situationen und unterschiedliche Ansätze, den Zwang zu minimieren: Soll man auf Medikation verzichten, gegen den Willen der Betroffenen, und stattdessen mit mechanischen Interventionen arbeiten oder nicht? Dazu gibt es unterschiedliche Meinungen, ich glaube, auch hier auf dem Podium.

Das Ziel ist grundsätzlich dasselbe, und Sie kommen ein ganzes Stück nahe, weil natürlich viele Kliniken automatisiert ihre Aufnahme rituale haben. Auch bei Diskussionen zu: Warum sind offene Türen wichtig? kommt man aus dem institutionellen Ritual nicht heraus.

Typisches Beispiel: Eine Patientin ist psychotisch, entkleidet sich im Winter vor dem Bundeskanzleramt, kommt zu uns – da kann man jetzt eine Selbstgefährdung konstruieren oder nicht (Winter und kalt, potenzielle Lungenentzündung). Die Tür ist offen, die Patientin bleibt freiwillig. Ihr wird auch gesagt, dass wir das nicht als hinreichend drohenden Gesundheitsschaden sehen, um irgendeine juristische Maßnahme zu treffen. Wenn die Tür von Anfang an zu ist, können Sie darauf wetten, dass die Person, sobald sie hinter der geschlossenen Tür ist, versucht wieder rauszukommen und dass Sie überhaupt nicht mehr darüber verhandeln können. Das ist der Punkt.

Ich würde mit Herrn Zinkler nicht darin übereinstimmen, dass man dazu nicht Personal braucht. Bei uns kann ich Ihnen vorrechnen – das ist natürlich Berlin Mitte, wo Menschen mit hohem

Aggressionspotenzial auch in die Kliniken kommen, allein schon wegen Drogenkonsum, aber wenn da zu viele Pfleger krank sind und wir die Sitzwachen nicht rechtzeitig bekommen, die vielleicht durch persönlichen Kontakt mechanische Vorrichtungen vermeiden können, sind wir in größtem Druck. Die mechanischen Fixierungen – die liegen bei uns bei 1 Prozent – halte ich für ganz, ganz unangenehm für die betroffenen Personen.

Martin Zinkler

Zur Frage der mechanischen Fixierungen wurde gerade überleitet. Jede Fixierung ist eine zu viel. Wir machen das in 3 bis 5 Prozent der Fälle; das ist viel im Vergleich zu 1 Prozent, aber wenig in Baden-Württemberg. Da gibt es Kliniken, da ist das bei mehr als 10 Prozent.

Das ist noch nicht ganz verstanden. Wir orientieren uns an Herne. Wir sind auch mit Patienten und Angehörigenvertretern dorthin gefahren und haben uns angeschaut, was die anders machen. Das haben wir auch gelernt, was die anders machen. Und wie wird es von den Patienten erlebt? Total unangenehm.

Was machen wir? Wir machen Nachbesprechungen. Aber auch da gehen uns welche durch die Lappen, sage ich mal. Eine typische Situation, wo keine Nachbesprechung stattfindet, ist, dass ein Patient im Rausch randalierend gebracht wird, festgebunden wird, am nächsten Tag nüchtern ist und sagt: „Ich will mit euch nichts zu tun haben, ich gehe jetzt.“ Den muss man natürlich gehen lassen, wenn er nicht mehr gefährlich. Da findet keine Nachbesprechung statt.

Wenn wir die Chance einer Nachbesprechung haben, bieten wir eine Behandlungsvereinbarung an, sodass aus der Zwangsanwendung eine Lernerfahrung wird und man festlegt, wie man sich in

einer künftigen, vergleichbaren Situation anders verhalten kann.

Franziska Rabenschlag

Ein Krisenpass ist ein einfaches Instrument, ein gemeinsames Festhalten oder Besprechen, wann welche Anzeichen sind und wann was von wem gemacht werden darf. Patientin, Patient wissen in der Regel gut, was erste Anzeichen sind, zum Beispiel Schlaflosigkeit, was dann von wem gemacht werden darf. Das ist ein einfaches Instrument mit einer Zeitachse, wo die Personen genau festgehalten sind.

Adelheid Kuhlmei

Herr Zinkler, da Sie die Frage so klar mit „Versorgung ohne Zwang ist vorstellbar“ beantwortet haben, provoziert das die Nachfrage, warum wir es nicht alle tun wie Herne. Wo liegen die größten Barrieren, dass es nicht überall so ist, wie Sie hier klar geantwortet haben?

Gabriele Meyer

Ich habe eine ähnliche Frage an Herrn Zinkler: Sie hatten gesagt: die Ursachen – eine große Praxisvariation. Wir haben in eigenen Forschungen immer wieder gesehen, dass es in der Altenpflege große Praxisvariationen gibt im Hinblick auf die Anwendung von Fixierungsmaßnahmen, die sich nicht durch objektiv messbare Organisationsmerkmale erklären lassen. Vielleicht können Sie sagen, woran es liegt. Es muss ja ein Zeichen dafür sein, dass man keine gemeinsamen professionellen Standards teilt.

Martin Zinkler

Zu den Barrieren dafür, dass man es so macht wie in Herne: Das ist eine Frage der Prioritäten. Ich glaube nicht, dass jede psychiatrische Klinik in Deutschland bei den Prioritäten, wofür denn die Klinik zuständig ist und was sie machen soll, sagen würde: Unsere erste Priorität ist die Ver-

meidung von Zwang. Da gibt es durchaus konkurrierende Prioritäten. Sie können sagen: Unsere erste Priorität ist, dass wir eine möglichst spezifische Behandlung für alle psychischen Störungen hinbekommen; wir sind schließlich ein Krankenhaus. Das wird den Leuten in Herne oft vorgeworfen, denn sie haben acht Stationen und keine davon ist eine Spezialstation, sondern auf allen Stationen werden Erwachsene mit allen psychischen Störungen behandelt.

Jetzt kann Herne in Anspruch nehmen, dass es trotzdem für jeden Patienten eine spezifische Behandlung gibt, aber dass sie nicht alle auf einer Station zusammengefasst werden. Trotzdem würde jetzt wieder eine Klinik mit Spezialstation sagen: Nein, wir brauchen unbedingt eine Station, wo nur Leute mit Psychosen hinkommen, eine andere, wo nur Leute mit Depressionen, eine dritte, wo nur Leute mit Persönlichkeitsstörungen behandelt werden.

Das heißt, die eine Klinik sagt: Das ist unsere Priorität; die andere Klinik sagt: Nein, wir begegnen ihnen – das ist ein ganzes Konzept, was dahintersteht; man kann es kurz als anthropologische Psychiatrie beschreiben. Das ist auch ein ideosynkratisches Konzept, weil es sich durch eine kleine Gruppe von Personen über die Jahre entwickelt hat. Aber es hat sich nachhaltig entwickelt, und wenn man das sieht, versteht man auch, dass dort alles stimmt. Also ich glaube, das ist eine Frage der Prioritäten.

Die andere Frage war die Frage nach den Standards. Es gibt sie nicht, und darum führt kein Weg daran vorbei, dass man die Schwelle zur Anwendung von Zwang höher setzt. Ich habe vorgeschlagen, dass man sich da an der Frage der Notwehr orientiert. Dann kommt man nämlich nicht in einen Normenkonflikt. Denn es ist unstrittig, dass es Notwehr in unserer Gesell-

schaft gibt. Und wenn man die Schwelle zur Anwendung von Zwangsmaßnahmen so weit hochschieben würde, dann würde es erstens weniger geben und zweitens gäbe es den Normenkonflikt so nicht mehr so.

Volker Lipp

Ich habe zunächst eine Frage an Sie, Herr Heinz. Wenn es um die Statistik ging, haben alle darauf hingewiesen, dass die Zahlen in Deutschland relativ hoch seien oder steigen. Jetzt gibt es zwei Erklärungen für solche steigenden statistischen Zahlen. Entweder gibt es mehr Fälle von Zwang oder es gibt ein steigendes Bewusstsein, das heißt, sie werden häufiger erfasst, problematisiert, und je nachdem ist die Bewertung unterschiedlich. Kann man dazu etwas sagen? Oder ist das etwas, was wir nicht wissen?

Zweite Frage an Herrn Zinkler. Sie haben gesagt: Wenn man weiß, dass der Patient, der sich in einer akuten Krise befindet, diese Behandlung, insbesondere medikamentöse Behandlung ablehnen würde, dann wäre eine Zwangsbehandlung für Sie nicht akzeptabel. Schlagwort: wenn eine entsprechende Patientenverfügung vorliegt. Wenn man das durchhalten will, heißt das, dass Sie auch in einer lebensbedrohlichen Situation oder dergleichen auf eine Behandlung mit der aus ärztlicher Sicht für diesen Krankheitszustand notwendigen Behandlung verzichten würden und gegebenenfalls alle gesundheitlichen Folgen (einschließlich des möglichen Todes oder jedenfalls schwerer Gesundheitsschäden) in Kauf nehmen müssten. Können Sie sich vorstellen, dass das in den Kliniken in Ihrer Profession allgemein akzeptiert werden würde?

Frau Rabenschlag, Sie haben darauf hingewiesen, dass es nicht nur den formellen Zwang oder formelle Zwangsmaßnahmen gibt, sondern auch den informellen Zwang. Nun wirft das einige

Schwierigkeiten auf. So sehr mir das einleuchtet, denn der Überzeugungsversuch ist etwas, was wir Ärzten geradezu zur Pflicht machen. Wenn ich als Patient etwas nicht verstehe, nicht einsehen will, dann müssen Sie sich nachdrücklich davon überzeugen, dass ich das auch verstanden habe und wirklich nicht will. Das heißt, Sie müssen mich erst mal davon zu überzeugen versuchen. Das haben Sie für richtig und wichtig gehalten. Wo verläuft für Sie die Grenze zum unzulässigen Überreden?

Ilhan Ilkilic

Ich habe zwei Fragen an Herrn Zinkler. Eine ist schon einigermaßen beantwortet worden, nämlich, warum bei einigen Krankenhäusern die Zwangsmaßnahmen oder Fixierungen 1 Prozent und bei anderen 10 Prozent sind.

Die andere Frage wäre, ob vielleicht verschiedene Zwangsmaßnahmen oder Fixierungen mit Unklarheit der Prognose bzw. mit unvorhersehbaren Abläufen in Verbindung gebracht werden können. Das heißt, man weiß nicht, ob jetzt [Visite?] doch stattfindet oder nicht; dazu gibt es auch im Team manchmal unterschiedliche Meinungen. Meine Frage wäre, ob eine Klarheit bei diesen unterschiedlichen Meinungen zu einer Reduzierung der Maßnahmen führen kann.

Meine nächste Frage: Frau Rabenschlag, Sie haben in Ihrem Vortrag über die Bedeutung der klinischen Ethik gesprochen. Als jemand, der mehrere Jahre in der klinischen Ethikberatung tätig war, würde mich interessieren, welche Funktion konkret eine klinische Ethikberatung bei der Reduzierung der Zwangsmaßnahmen in der heutigen Praxis haben kann.

Andreas Heinz

Zu den Statistiken. Lange hieß es, die Zahl der Betreuungsunterbringung nehme auch wegen der

Demenzkranken zu. Da gab es eine deutliche Entwicklung mit dem neuen Betreuungsrecht. Die Schwelle war offenbar viel niedriger als unter der Vormundschaft. Das ist aber sicherlich nicht die einzige Erklärung. Im PsychKG-Bereich hat sich in den letzten zehn Jahren für unseren Einzugsbereich nichts getan. Das Problem ist aber, dass die Zahlen nicht bundesweit veröffentlicht werden.

Was ich Ihnen zeigen konnte, diese Statistiken – das liegt nur daran, dass ein mutiger Vertreter aus der Bipolaren-Bewegung das vom Senat über das Informationsfreiheitsgesetz angefordert und uns dann zur Verfügung gestellt hat, sodass wir nachschauen konnten, wo jede Klinik liegt.

Das Problem bei den PsychKG-Unterbringungen (das sind quasi die akuten Krankengesetze der Länder für Polizeieinsatz, akute Fremd- und Selbstgefährdung) ist, dass das nicht nur an den Kliniken liegt, sondern auch an den Einweisenden. Wo ist die Schwelle, das PsychKG auszusprechen? Das kann das Gesundheitsamt oder ein Notarzt machen oder Ähnliches. Mein Eindruck ist, dass man nicht nur beim Betreuungsrecht ein gewisses Plateau erreicht hat – das meines Erachtens zu hoch ist –, sondern dass wir bei den PsychKGs in dieselbe Bewegung kommen. Aber wie gesagt, es gibt keine berlinweiten Statistiken. Was wir bei uns sehen, ist, dass viel mehr Menschen über PsychKG als Einweisung zu uns kommen, wo wir das dann aufheben können.

Noch mal zu den Bedingungen, um das aufzuheben: Es ist extrem wichtig, dass man ausreichend Menschen hat, die motiviert sind, es aufzuheben, wenn man das tatsächlich als Priorität sieht, dass, wie Herr Zinkler sagt, Zwang so niedrig wie irgend möglich geht, ohne dass man in schwerst-inhumane Fälle kommt.

Ich habe 1980, als ich mein erstes Praktikum gemacht habe, eine ganz andere Psychiatrie kennengelernt. Da waren die Türen immer zu, man hat das Besteck ausgeteilt und wieder eingesammelt, weil es die Geschichte gab, dass ein Patient mit dem Löffel sein Auge rausgeschält hatte. Wenn Sie in dieser Denke einmal drin sind, kommen Sie da nie wieder raus. Sie kontrollieren immer mehr und die Patienten versuchen immer mehr Widerstand zu leisten. Das ist nicht von irgendeiner bösen Absicht getragen, aber das schaukelt sich hoch. Das Umgekehrte, was bei uns auch passieren kann, ist, dass ein Mensch nicht untergebracht wird, durch die offenen Türen geht und zu Schaden kommt. Das ist dagegen abzuwägen.

Martin Zinkler

Ich bin dankbar für die Frage: Was passiert, wenn jemand eine Patientenverfügung gemacht hat, in der er irgendeine Art von Behandlung ablehnt? Und dann ist er in meinem Krankenhaus und kommt in einen lebensbedrohlichen Zustand.

Genau das ist ein Punkt, wo man sich am allgemeinen Kommentar zu Artikel 12 orientieren kann. Erstens hat der Patient einen Willen festgelegt; zweitens muss ich aber schauen, ob das mit den Einstellungen, die der Patient bis zu diesem Zeitpunkt hatte, zusammenpasst. Das ist die Frage nach Willen und Einstellungen, *will and preferences*. Die Tatsache, dass der Mensch lebend in mein Krankenhaus kommt, hat bisher bedeutet, dass er leben wollte. Das heißt, man muss die Ablehnung dieser Behandlung daraufhin überprüfen, ob in der Ablehnung dieser Behandlung tatsächlich auch das Risiko mitgedacht wurde, an der jetzigen gesundheitlichen Situation zu sterben.

Es kann also passieren – wir haben solche Situationen; das ist nicht weit von der Praxis weg –, dass jemand eine neuroleptische Behandlung ablehnt, dass meine Klinik diese Ablehnung beachtet, aber die Ablehnung jeglicher Behandlung nicht beachtet, weil die Einstellungen, soweit sie bekannt sind, darauf hinweisen, dass die Lebensgefahr nicht mitgedacht wurde. Das heißt, soweit es keinen eindeutigen Willen gibt, der sagt: Ich will sterben (und wir haben halt nur ein Leben), entscheidet sich der Arzt dann für das Leben und tut alles, was nötig ist, damit das Leben erhalten bleibt, beachtet aber die Festlegung nach der neuroleptischen Behandlung – es sei denn, die neuroleptische Behandlung wäre jetzt lebensnotwendig. Dann würde sich die Frage wieder neu stellen.

Die zweite Frage ist eine spannende Frage, denn es ist tatsächlich so, dass Zwangsmaßnahmen oft in unübersichtlichen Situationen stattfinden, wo Abläufe in der Klinik nicht richtig bekannt sind oder sich die Abläufe plötzlich ändern oder nicht klar ist, wer für was zuständig ist. Ich glaube auch, je übersichtlicher eine Klinik ihre Abläufe macht, je durchsichtiger sie sind, je transparenter es ist – das scheint auch etwas mit der Architektur zu tun zu haben. Verzeihen Sie, wenn ich dem vorher jetzt widerspreche: Die Tübinger haben sehr klug eine neue Psychiatrie gebaut und haben viel weniger Zwangsmaßnahmen in ihrem Neubau; das ist auch veröffentlicht worden. Architektur hat schon etwas damit zu tun, aber der Hinweis allein darauf wäre nicht ausreichend.

Franziska Rabenschlag

Ich kann Ihnen leider keine Antwort geben zum Unterschied zwischen überreden, überzeugen, drohen. Es hat sich gezeigt, dass in der Schweiz viele unfreiwillige Eintritte – dass versucht wird, daraus einen freiwilligen zu machen und die Be-

troffenen dieses Überreden als unangenehm erleben. Auch Pflegende sind meistens in der Situation, dass sie Zwangsmaßnahmen ausführen und sich eigentlich nicht bewusst sind, wie sie handeln oder was sie genau machen. Das ist mir eher ein Plädoyer für die Bewusstheit dieses informellen Zwangs. Formeller Zwang ist eher geregelt, bewusst; informell mit diesem Stufenmodell, das es jetzt gibt, die den sozialen Kontext ausblenden – das ist sehr schwierig, das abzugrenzen.

Franz-Josef Bormann

Ich habe eine Frage an Herrn Heinz. Herr Zinkler hat die Latte für die kriteriologische Rechtfertigung von Zwangsmaßnahmen mit der akuten Lebensgefährdung sehr hoch gehängt. Sehen Sie das genauso oder glauben Sie, dass es unterhalb der Schwelle einer akuten Lebensgefährdung legitimationsfähige Formen von Zwang gibt, und wenn ja in welchem Bereich von Erkrankung?

Andreas Lob-Hüdepohl

Ich habe eine Frage zum Thema Patientenverfügung. Herr Zinkler, Sie haben auf das Problem schon hingewiesen. Was passiert, wenn sich die Situation zuspitzt, will sagen, wenn die in der Patientenverfügung vorausverfügende Willenserklärung eindeutig vom aktuell erkennbaren Willen abweicht?

Es kursiert in der Diskussion eine schwierige Formulierung, die Odysseus-Verfügung. Das heißt, wenn in einer Patientenverfügung ausdrücklich erklärt wird, dass zukünftig ein aktueller Wille nicht beachtet wird, sei es in der Abweisung, sei es in der Zulassung. Wie gehen Sie damit um, welche Problematik sehen Sie da?

Der zweite Punkt: Herr Zinkler, Sie haben auch abgehoben auf die schädlichen Folgen von Zwangsmaßnahmen auf Seiten derer, die Zwang

ausüben, Zwang ausüben *müssen* aufgrund vielleicht systemischer Bedingungen. Können Sie das noch etwas vertiefen?

Frau Rabenschlag, ist das eine Möglichkeit, das im Rahmen der Einführung der klinischen Ethik, die Sie auch begrüßt haben, noch einmal aufzugreifen? Reicht beispielsweise das klassische Instrument etwa der Fallbesprechung vor Ort oder auf Station, um dieses Problem angemessen zu lösen? Oder bedarf es anderer Instrumente?

Franziska Rabenschlag

Bei uns gibt es verschiedene Arten klinischer Ethik, strukturiertere und unstrukturierte. Bei uns ist es unstrukturiert. Professorin Reiter-Theil, die bei uns arbeitet – ihr war dieses Instrument unbekannt, und es wird jetzt zunehmend häufiger gebraucht mit großem Erfolg. Abteilungen und Abteilungsteams schätzen es sehr, und das sind verschiedene Situationen, vor allem Zwangsmaßnahmen, aber auch Verwahrlosungen, also das Aushandeln aus ethischer Sicht oder das Diskutieren zwischen Schutz und Behandlung.

Martin Zinkler

Zur Frage nach der Odysseus-Verfügung, das kann ich kurz machen: Ich habe keine Erfahrungen mit diesen Situationen, tut mir leid. Das fände ich sehr interessant. Deswegen gleich zur zweiten Frage: schädliche Folgen für die, die Zwang ausüben. Es ist bekannt (die Literaturstelle habe ich in meiner Stellungnahme), dass Leute, die schon Zwang angewendet haben, es künftig eher rechtfertigen, dass das so ist, und eher bereit sind, das zu tun. Das entspricht wohl einem menschlichen Grundbedürfnis, das zu rechtfertigen, was man gemeinhin tut. Da werden innerpsychisch beim Willen und den Einstellungen der handelnden Personen Schwellen zur Anwendung von Zwang durch die Anwendung von Zwang gesenkt.

Wie kommt man da raus? Das sind Lernerfahrungen, und wenn sich das irgendwie institutionalisieren ließe – aber das ist bisher nicht gelungen. Ich weiß von keinem Ort, wo systematisch jede Zwangsanwendung eine Lernerfahrung wird; ich kenne keine. Wir sagen alle, dass wir das gern tun, aber das passiert das bei mir jedes Mal? Nein. Aber das wäre wahrscheinlich der Weg daraus, um diesem Trend entgegenzuwirken, dass sich da die Einstellungen der handelnden Personen verändern.

Andreas Heinz

Zur Frage nach der Indikation der Zwangsbehandlung jenseits akuter Lebensgefährdung. Ich verweise gern auf den Brief von Herrn Méndez [UN-Sonderberichterstatter über Folter], den ich Ihnen mitgegeben habe; er hat einen ersten und einen zweiten Kommentar dazu gegeben. Der erste ist sehr nah an der UN-Behindertenrechtskonvention, der zweite auf Einspruch der Amerikanischen Psychiatrie-Vereinigung, wo er sehr viel weiter gefasst ist.

Das ist tatsächlich ein großes ethisches Dilemma, wo man die Einzelfälle anschauen muss. Ich hatte im Studium eine Mitstudentin, die mir sagte, sie war zwei Jahre psychotisch und im Nachhinein war sie auf ihr Umfeld wütend, dass sie erst nach zwei Jahren, nachdem bei ihr alles kaputt gegangen ist – und da war noch nicht mal eine akute Lebensgefährdung, aber die Wohnungseinrichtung war auf der Straße gelandet, und die Beziehungen waren – sie war völlig verarmt, und dann erst sei sie zwangsbehandelt worden und hatte damit ein Recht (so hat sie es gesehen), überhaupt zu entscheiden, ob sie in der Psychose sein will oder nicht. Sie ist damals mit mir ins Psychiatrie-Beschwerdezentrum gegangen, in dem ich gearbeitet habe, und hat zum Er-

staunen der anderen gesagt, dass sie diese Behandlung richtig findet.

Das ist aber wirklich ein ethisches Dilemma, denn die Frage ist: Hat ein Mensch ein Recht, aus der Psychose auszukommen? Ich würde mir das wünschen, wenn ich psychotisch erkrankte. Aber es gibt viele, die sagen: „Ja, einmal ist längst geschehen, aber ich will nicht, dass die Institutionen das immer wieder versuchen, und letztendlich eigentlich nur, um ein ruhiges Mitleben in der Gemeinschaft zu ermöglichen. Nur weil ich zu laut Radio höre, und dann gibt es Ärger mit den Nachbarn und dann eskaliert das und dann wird eine Fremdgefährdung konstruiert oder findet wirklich statt.“

Anderes Beispiel: die Patientin mit der Enzephalitis, mit dem schweren Gehirnschaden. Das ist nicht lebensbedrohlich, zumindest in dem Fall nicht. Ist es richtig, dass sie behandelt wird, oder ist es nicht richtig? Ich würde sagen ja, auch wenn es nur ein schwerer Gesundheitsschaden ist. Es gab umgekehrt eine andere Situation. Was ist ein schwerer Gesundheitsschaden? Ist das die Unfähigkeit, in der Gesellschaft zu leben, mit Verlust der Wohnung? Da gab es den berühmten Berliner Richterspruch, wo der Richter sagt, es gibt ein Recht auf Obdachlosigkeit. Das bringt viele meiner Kollegen zur Weißglut, weil die sagen: Das ist zynisch. Auf der anderen Seite finde ich schon, dass man nicht, um eine Person quasi zu zwingen, in der Gesellschaft so zu funktionieren, dass man eine Wohnung behält – das ist nicht automatisch ein Grund, dagegen vorzugehen. Aber man hat damit andere soziale Schwierigkeiten. Ich plädiere dafür, dass wir in diesen Abwägungssituationen sind.

Ein letzter Punkt: Bei Fremdgefährdung sieht es zumindest im Berliner PsychKG so aus (dazu gibt es aber Diskussionen), dass eine medizini-

sche Zwangsbehandlung – also nicht, dass wir mit der Person sprechen; Sie können niemanden zwangspsychotherapieren, aber Sie können medizinisch Medikamente verabreichen – nicht mehr geht.

Wir hatten das schon in der Situation, als das Betreuungsrecht aufgehoben war, dieser Patient mit der Spiegelscherbe. Ich hatte eine lange Diskussion mit dem Pfleger, der von ihm angegriffen wurde. Er sagte: „Ihr seid unmenschlich. Ihr habt den über längere Zeit festgehalten oder fixiert, und der war hochpsychotisch. Als der aus der Psychose raus war, hat er sich bei mir entschuldigt. Warum gebt ihr dem denn kein Neuroleptikum? Das hätte er doch nie gemacht, wenn er behandelt worden wäre.“ Dann hab ich gesagt: Ja gut, aber wir halten uns an die Gesetze, die jetzt so sind. Die Gabe eines Medikaments gegen den Willen der Betroffenen ist eine schwere Körperverletzung, und die ist im Augenblick oder jetzt wieder gesetzlich nicht gedeckt. Das sollten wir nicht tun, und es gibt gute Gründe, das zu respektieren.

Aber ich will auf das Dilemma hinweisen. Nur noch mal, damit das nicht so gegeneinandersteht: Es gibt unterschiedliche Leidenschaften, wie man die Zwangsbehandlung reduziert. Wir reden über 1 Prozent, von mir aus auch 5 Prozent der Patienten, die zu uns kommen, bei denen man in diese ethischen Fragen kommt. Es ist überhaupt keine Rechtfertigung dafür, dass ein Großteil der Patienten, die auf geschlossenen Stationen aufgenommen werden, mit Zwang konfrontiert werden. Dabei eskalieren die Auseinandersetzungen und dann gibt es sekundäre Anlässe, um in irgendeiner Form den Zwang weiter zu verschärfen. Das ist leider in vielen Bereichen auch europaweit und in Heimen ein Riesenproblem.

Claudia Wieseemann

Ich habe den Eindruck, dass bei den Experten unterschiedliche Zwangsbegriffe verwendet werden, und möchte das gern klären. Wenn ich Herrn Zinkler richtig verstehe, dann ist für ihn Zwang immer eine Situation, die es zu vermeiden gilt. Frau Rabenschlag, Sie haben über den Begriff des informellen Zwangs einen etwas anderen Zwangsbegriff eingeführt. Ich habe Sie so verstanden, dass Sie unterscheiden wollen zwischen informellem Zwang, den Sie als Überzeugen, Überreden oder so ähnlich bezeichnet haben und den man rechtfertigen kann, und dem formellen Zwang, der von den Patienten als sehr unangenehm erlebt wird und der aus diesem Grund unter Umständen auch vielleicht ethisch nicht rechtfertigbar ist.

Nun fände ich es hilfreich, genauer zu wissen, wie man diese beiden Formen unterscheiden könnte. Bieten beispielsweise Szmukler und Appelbaum, die Sie mit ihrer Skala zitiert haben, da eine Hilfe? Oder können Sie uns aus Ihrer eigenen Erfahrung heraus Kriterien sagen, wo dieser nicht rechtfertigbare, informelle Zwang sich vom rechtfertigbaren unterscheiden lässt?

Steffen Augsberg

Ich habe zwei Fragen an Herrn Zinkler und Herrn Heinz. An Herrn Zinkler: Da geht es um eine Präzisierung des normativen Maßstabes. Ich meine einen kleinen Widerspruch herausgehört zu haben, weil Sie im Vortrag betont haben, dass eigentlich die akute Lebensgefahr entscheidend sei, und nachher haben Sie gesagt, man müsse sich an der Notwehr orientieren. Die Notwehr-Orientierung scheint mir mit akuter Lebensgefahr nicht identisch zu sein. Wenn man sich die Vorschriften der moderneren PsychKGs anschaut, dann ist es dort auch nicht so, dass es nur auf Lebensgefahr angeht, sondern auch auf eine

erhebliche Gefahr für bedeutende Rechtsgüter; das sind auch Rechtsgüter anderer.

Daraus erwächst die Anschlussfrage, ob das, was Sie vorschlagen, eine rechtspolitische Forderung ist oder die Leitmaxime Ihres eigenen Handelns, die dann aber ein bisschen paralegal und insofern nicht ganz unproblematisch ist.

An Herrn Heinz die Nachfrage, die sich ein bisschen aus Ihrer Bemerkung eben ergeben hat: Zur Differenzierung von Zwangsmedikationen und Zwangsunterbringung haben Sie gesagt, dass es dafür gute Gründe gibt. Ich bin nicht gut drin in dem Thema, ich bin auch nicht Mitglied der Arbeitsgruppe, aber wenn Sie die guten Gründe noch einmal erläutern können, denn das ist unter Umständen ein niedrigschwelligeres Angebot oder eine mildere Maßnahme. Warum soll diese Differenzierung sinnvoll durchgeführt werden?

Franziska Rabenschlag

Der formale Zwang in der Schweiz ist seit wenigen Jahren geregelt. Es gibt drei Gründe für einen unfreiwilligen Eintritt: Fremdgefährdung, Selbstgefährdung und schwere Verwahrlosung.

Im Bereich des informellen Zwangs gibt es noch nichts; es gibt auch kaum Forschungsergebnisse, sondern nur, dass er existiert und kaum wahrgenommen wird und verschieden gedeutet wird. Er kann sehr wohl positiv wahrgenommen werden und Schlimmeres verhindern, aber er kann auch ein unangenehmes Klima des Überredens erzeugen, das vielleicht in der Psychiatrie noch deutlicher hervortritt.

Es gibt kaum oder ganz wenige Forschungsergebnisse. Die aktuellen, Szmukler und Appelbaum, ist ein Konzept. Die aktuell existierenden sind Stufenmodelle, die noch nicht überzeugen.

Martin Zinkler

Notwehr versus Lebensgefahr, das verdient eine Präzisierung, da gebe ich Ihnen recht. Die Lebensgefahr habe ich als Schwelle für die medizinische Zwangsbehandlung vorgeschlagen und die Notwehr als Schwelle für die Anwendung von Zwangsmaßnahmen im Allgemeinen und im Speziellen; es ging auch um die praktische Erfahrung für eine Fixierung.

Andreas Heinz

Sie hatten nach Zwangsmedikation versus Zwangsunterbringung gefragt. Die Zwangsunterbringung ist in der Regel eine Maßnahme, die zumindest in unserer Erfahrung vom Umfeld ausgelöst wird: Entweder steht eine Person unter Betreuung und Betreuer oder Polizei, Feuerwehr oder Gesundheitsamt lösen eine Zwangsunterbringung aus. Dann kommen sie zu uns mit PsychKG oder auf Betreuerwunsch, und dann ist die Frage: Was folgt daraus? Dann gibt es einen Richter, der darüber entscheidet, ob überhaupt eine Unterbringung stattfindet, und er macht eine zweite Entscheidung, ob auch eine Medikation denkbar ist. Eigentlich müssten die Richter nach BGH-Urteil abwägen. Sie sagen aber bei uns: „Wir können nicht abwägen; das müsst ihr tun.“ Also reichen wir denen quasi eine Abwägung ein. Es gibt aber immer einen externen Gutachter, was ich extrem wichtig finde, und es gibt im neuen Betreuungsrecht auch einen Rechtspfleger, was man stärken sollte, der die betroffenen Personen informiert, was gerade rechtlich vorgeht, damit sie nicht nur auf ihren Betreuer angewiesen sind, der vielleicht gerade die Unterbringung ausgelöst hat.

Das sind bei uns ungefähr 10 Prozent der Betroffenen, die über diese Mechanismen reinkommen. Die Menschen, die zwangsmediziert werden, gehören auch zu denen, die fixiert werden. Das ist

unter 1 Prozent, aber das ist eine gewisse Summe von Patienten.

Wenn Sie offene Stationen haben, können Sie den meisten Menschen sagen: „Sie sind jetzt untergebracht, aber wir würden gern die Tür offenhalten. Gibt es irgendwas, was wir Ihnen bieten können? Gibt es irgendetwas, was für Sie interessant ist, damit Sie bei uns vielleicht eine Behandlung annehmen?“ Da können Sie mit vielen Menschen schnell zu einer Einigung kommen und können dann die Unterbringung aufheben, oder zumindest beim Gericht anregen, dass sie aufgehoben wird.

Deswegen sind die offenen Türen so wichtig. Die Entweichungsraten sind bei uns um die Hälfte gefallen, weil Leute auf offenen Stationen lieber bleiben. Eine geschlossene Station können sie trotzdem überwinden; wir sind kein Gefängnis. Das ist aber extrem wichtig, weil natürlich der Vorwurf kommt: „Sie machen die Tür auf – gefährden Sie die Leute damit?“ Eher nicht, aber natürlich ist jeder Einzelfall gesondert zu betrachten.

Die Zwangsmedikation ist erst einmal eine Körperverletzung, selbst wenn sie hinterher legalisiert wird. Sie hat eine viel höhere Schwelle und kann für die Betroffenen auch viel stärker als belastend erlebt werden, weil Neuroleptika zum Beispiel sehr unangenehme Nebenwirkungen haben können. Deswegen ist es bei uns so, dass wir sagen: Jede dieser Maßnahmen muss hinterher mit einem Nachgespräch und möglichst einer Behandlungsvereinbarung abgeschlossen werden. Das heißt, man muss das aufarbeiten und muss mit der betroffenen Person darüber sprechen, was da passiert ist und was man in Zukunft machen könnte, versuchen, sich zu einigen, wie eine solche Situation besser zu regeln wäre.

Wolfram Höfling

Wenn ich Herrn Zinkler recht verstanden habe, dann könnte man sagen: Herne für Deutschland. Das scheint ein Beispiel zu sein, wo es wirklich funktioniert, ohne dass wir mehr Ressourcen dafür benötigen. Ich muss ehrlich sagen: Ich bin da ein wenig skeptisch. Wenn das so einfach wäre, ist nicht einzusehen, warum nicht mehr Kliniken dem folgen. Deshalb würde ich Herrn Heinz gern fragen, was er denn von diesem Vorbild hält.

Andreas Heinz

Grundsätzlich halte ich viel von Kliniken, die sich um Zwangsreduktion bemühen. Ich glaube, dass die ganze Bewegung Richtung offener Türen, die jetzt in fast allen PsychKGs der Länder festgeschrieben wird, zum Teil auch der Ethikkommission der Ärztekammer und ihrer Anhörung zu verdanken ist. Das ist sehr positiv.

Jetzt kommen ein paar Punkte, an denen es scheitern kann. Der eine Punkt ist natürlich: Sehen wir wirklich Zwangsvermeidung als Priorität? Oder denken wir letztendlich nicht doch, dass jeder psychisch Kranke ein Recht hat, vorrangig erst einmal aus seiner Psychose rausgeholt zu werden? Es geht in der Regel immer um Psychosen, weil die Menschen dann am ehesten ganz andere Auffassungen davon haben, was passiert, als die Behandler.

Ich habe gesagt, ich bin seit 1980 in psychiatrischen Kliniken, damals als Student, und die Behandlungsphilosophie hat sich hier extrem verändert im Richtung Betonung der Autonomie. Vor zwanzig Jahren wäre da keine Diskussion gewesen, dass ein Mensch mit Psychose aus der Psychose rauszuholen ist, und wenn das nicht schnell funktioniert, dann muss man es langsam tun.

Dann ist es so, dass die Gesellschaft im Augenblick – ich fürchte, dass das mit den vielen PsychKG-Einweisungen noch zurückkippt – relativ liberal ist, was die Präsenz von psychisch Kranken mit alltäglichen Störfaktoren in der Gesellschaft angeht. Das ist aber eine wichtige Voraussetzung. Ich habe es schon angesprochen; häufige Fälle, als ich in der Charité angefangen habe: Die Person hört zu Hause nachts bei voller Lautstärke Radio, um die Stimmen zu übertönen. Die Nachbarn holen die Polizei, die Polizei kommt nicht rein, die Polizei bricht die Tür auf, die betroffene Person fühlt sich bedroht, schubst oder schlägt den Polizisten; das ist eine Fremdgefährdung. Sie kommt in die Klinik, in der Klinik ist die Tür zu. Sobald die Person hinter der Tür ist, kriegt sie totale Panik, fängt an, sich mit den Pflegern auch körperlich auseinanderzusetzen, und dann kommt eine lange Unterbringung. Diese ganzen Ketten muss man versuchen zu ersetzen.

Wann funktioniert es nicht gut? Das eine ist das Bauliche. Auf großen Stationen gibt es mehr Gewalt als auf kleinen. Wir haben eine Studie mit der Pflege gemacht, nicht veröffentlicht. Auf der Charité haben wir Stationen um 18 Patienten, das geht. Wenn Sie zwei, drei Menschen auf Station haben, die hoch gereizt sind, dann gibt es viel schneller Interaktion und Gewalt auf der Station. Gibt es einen Garten, in den die Leute rauskönnen, wenn sie mal die Station nicht verlassen dürfen, oder gibt es das nicht? Gibt es einen Balkon, auf dem man rauchen kann? Das sind so Alltagsdinge.

Ich bin mit Herrn Zinkler uneinig, was die Frage des Personals angeht; das haben Sie gehört. Es gibt viele Kliniken, in denen das Personal nicht dazu eingesetzt wird, Zwang zu reduzieren. Das will ich nicht gutreden, aber wenn Sie wirklich

Zwang vermeiden wollen auch in einer Situation wie in Berlin, wo die Hälfte der Patienten nachts als Notaufnahme kommt, zum Teil drogenintoxiziert, zum Teil anderweitig auffällig und oft auch gereizt, ist Personal meiner Erfahrung nach extrem wichtig.

Sie müssen mit den Menschen reden; Sie können nur deeskalieren, wenn Sie mit den Menschen reden. Sie haben ja auch eine gewisse Verantwortung gegenüber den Angehörigen und der Gesellschaft. Wir sind nicht dafür da, dass die Gesellschaft unbehelligt von Menschen lebt, die irgendwelche anderen Dinge tun, aber natürlich – vor meiner Zeit gab es einen Patienten, der die Station verlassen hat und seine Angehörigen umgebracht hat mit einer richterlichen Aufarbeitung hinterher. Hat diese Person einen erlaubten Ausgang von der Station haben dürfen im Versuche der Reintegration oder nicht? Das sind absolute Einzelfälle, aber das ist die Sorge bei vielen Kollegen, und von daher sind viele sehr viel mehr auf der Ordnungsseite. Das ist nicht falsch, aber man muss da eine Balance finden.

Katrin Amunts

Ich habe zwei Fragen, eine an Herrn Zinkler: Muss man nicht, wenn man diese Entscheidungen trifft, viel stärker differenzieren, was die Ideologie ist? Zum Beispiel sind die sozialen Faktoren sicherlich anders, wenn jemand einen Drogenhintergrund hat. Oder die Patientin mit der Enzephalitis würde ich doch anders einschätzen als andere Patienten. Ist es einmal, ist es mehrmals? Müssen diese Fragen nicht viel mehr in Betracht gezogen werden? Das werden sie wahrscheinlich auch.

Die zweite Frage ist an Herrn Heinze: Wir werden später noch viel über die Betroffenenperspektive sprechen. Was ist denn für die Ärzte und für die Pfleger die größte Herausforderung?

Was ist die größte Schwierigkeit, die größte Belastung?

Wir haben gehört, dass sich die Einstellung zu Zwangsmaßnahmen verändern kann. Aber es ist ja auch eine Belastung, der junge Assistenzärzte ausgesetzt sind, die solche ethische Fragen haben oder persönlich angegriffen werden. Was ist aus Ihrer Sicht der Knackpunkt? Was ist besonders schwierig für die betreuenden Ärzte und Pfleger?

Peter Dabrock

Bedenken Sie bei Ihren Antworten, dass das die Schlussrunde ist und Sie uns noch eine Botschaft mit auf den Weg geben können.

Martin Zinkler

Die Frage war nach den Faktoren, die es zu beachten gibt. Es gilt alle zu beachten, aber die Frage ist, wie das gewichtet wird. Es gab schon vorher den Hinweis auf Verhältnisse in den USA, und dem möchte ich den Hinweis auf die Verhältnisse in Italien entgegensetzen. Das ist ein Land, das nicht sehr viel für Gesundheit ausgibt, auch nicht für psychische Gesundheit, und es ist das einzige Land in Europa, das nicht dem Trend folgt, immer mehr Menschen in forensisch-psychiatrischen Kliniken oder in Heimen unterzubringen. Und es ist nicht so, dass in Rom oder Florenz die psychisch Kranken mit den Mächten unterwegs wären. Es wurde gesagt: Herne für Deutschland, und in Italien gilt: Trieste für Italien. Ausgehend von einem Modell über das ganze Land, hat sich Italien in den Siebziger- und Achtzigerjahren auf den Weg gemacht zu einer Psychiatriereform und hat heute diese besorgniserregenden Trends *nicht* – nur alle anderen europäischen Länder, egal ob man nach Großbritannien oder Skandinavien schaut, am extremsten natürlich im diametral entgegengesetzten Gesundheitssystem in den USA.

Deshalb plädiere ich nachdrücklich dafür, dass man bei der Beachtung der Faktoren den Schritt ins Soziale tut. Denn das ist das Besondere am italienischen Modell.

Andreas Heinz

Sie hatten nach der Belastung der Pflege oder der Menschen, die da arbeiten, gefragt. Das ist vielleicht auch ein Punkt, warum man in Kliniken unterschiedliche Praktiken des Umgangs mit Fremd- und Selbstaggression, insbesondere Fremdaggression hat.

Als wir versucht haben, die Türen zu öffnen – ich bin ja schon länger in der Charité –, hatten wir einmal die Situation, dass ein Pfleger zu mir kam und sagte: „Herr Heinz, wir halten das nicht mehr aus. Jeden Tag werden wir angespuckt oder geschlagen. Wir wollen das nicht mehr. Können Sie bitte das alte Regime wieder einführen?“ Denn unter dem alten Regime waren nicht nur die Türen zu sind, sondern Fremdaggression ist auch viel mehr durch Fixierung oder Medikation sanktioniert worden.

Das hat sich alles beruhigt und es müssen neue Praktiken eingespielt werden. Wir hatten jetzt eine deutliche Beschwerde einer körperbehinderten Patientin, der ein anderer Patient die Zigaretten entwendet hat. Sie hat das als übergriffig erlebt und als Raub angezeigt, aber sagte auch: „Warum sind denn da von Ihnen aus keine Sanktionsmaßnahmen gegen den Patienten außer der Ermahnung verhängt worden?“ Dann haben wir gesagt: „Ja, was erwarten Sie denn? Das ist weder für uns ein Grund für freiheitsbeschränkende Maßnahmen noch für Zwangsmedikation.“

Sie sehen, es gibt unterschiedliche Bedrohungserlebnisse von Personal, aber auch von Mitpatienten. Die Frage, wie man das schlichtet und regelt und wie man versucht, das auf der Station für alle Betroffenen einigermaßen friedlich zu

halten, ist – und da komme ich auf mein Ausgangsstatement zurück – unter anderem baulich, aber auch stark personell zu sehen.

Wir haben gesagt, das ist auch das Abschluss-Statement. Lassen Sie mich noch einmal kurz diese vier Punkte ansprechen, die wichtig sind und die stattfinden müssen. Erstens: Wir brauchen Alternativen zur stationären Behandlung. Es gibt Daten aus Hamburg, nach denen die Zwangsbehandlungen massiv zurückgegangen sind, wenn die Patienten stationärsersetzend mit mobilen Teams nach Hause gehen. Das geht nicht bei jedem Patienten. Das Problem ist im Augenblick auch im Gesundheitssystem: Sie können das nur mit einzelnen Kassen aushandeln. Sie haben einen Flickenteppich unterschiedlicher Rechte. Das finde ich unmöglich, aber es ist leider so.

Aber bei den Patienten, bei denen das funktioniert (das sind nicht alle), ist es oft so, dass sie sich zu Hause als Herren oder Frauen ihres Hauses ganz anders selbstbewusst mit dem Team auseinandersetzen und es viel weniger Zwangseinweisungen zu geben scheint. Modellprojekte sind immer besser als der Alltag, aber ich finde es extrem wichtig, dass da Diversifizierung stattfindet.

Zweitens ist die im PsychKG enthaltene Möglichkeit des Offenhaltens der Stationen extrem wichtig. Es gibt Situationen, wo Sie jemanden haben, der oder die partout die Station nicht verlassen sollte, und Sie haben nicht das Personal, darauf zu achten, dass er Ansprechpartner hat, aber das sollte die Ausnahme sein. Nach den Daten, die es dazu gibt, geht die Zahl der Zwangsbehandlungen zurück, und auch die Zahl der Menschen, die die Stationen verlassen, obwohl es für sie vielleicht gefährlich ist. Es gibt auch die nicht unumstrittene, aber sehr große Studie,

dass die Suizide nicht zunehmen, wenn sie das versuchen.

Die EX-INler habe ich angesprochen, also die Psychiatrie-Erfahrenen, die auf Station das Team ergänzen können. Dafür gibt es im derzeitigen Finanzierungssystem kein Geld. Das macht jede Klinik, wie sie es gerade hinbekommt. Viele machen es nicht; das kann stark deeskalierend wirken.

Erwähnt habe ich auch die Klinikbeiräte und die Patientenverfügungen oder Behandlungsvereinbarungen, die man nach stattgefundener Gewalt machen müsste. Wir haben zum Beispiel seit ein paar Jahren einen Klinikbeirat, in dem Betroffene, Angehörige und meine Pfleger sitzen und sich darüber austauschen. Denn das sind Alltagsfragen. Praktiken sind etwas, was durch Vorgaben nur zum Teil zu ändern ist; es geht stark um Haltung, Abläufe und Möglichkeiten der Deeskalation oder der Interventionen, die eingespielt sein müssen. Dazu braucht man den ständigen Austausch.

Franziska Rabenschlag

Sie haben nach der Belastung der Berufsgruppen gefragt. Pflegende sind sehr belastet durch das Ausführen; das ist nachweislich so. Junge Kolleginnen sind noch häufiger Opfer von Aggression als ältere Kolleginnen.

Ich möchte darauf hinweisen, was Herr Heinz schon gesagt hat: Die Anordnung, aber auch die Auflösung von Zwangsmaßnahmen könnte vermehrt gemeinsam diskutiert werden. Ich finde die Idee einer Rechtspflegerin toll oder auch der Einbeziehung der Angehörigen, wenn möglich, und der betroffenen Menschen. Wenn es vorher oder währenddessen nicht geht, dann bei der Nachbesprechung.

Peter Dabrock

Wir beenden damit die erste Runde. Ich danke Ihnen und finde es bemerkenswert, dass von Ihnen unter anderem Alternativen zur stationären Behandlung gefordert wurden. Das hört man nicht häufig, dass jemand, der für einen Beruf steht, sagt: Es gibt Alternativen zu dem, was ich anbiete. Das finde ich beachtlich. Also vielen herzlichen Dank für Ihre Expertise; das wird uns zu denken geben.

Psychiatrieerfahrene**Peter Dabrock**

Ich freue mich, dass ich Herrn Daszkowski begrüßen darf, der sich mutig und engagiert für die Perspektive der Betroffenen einsetzt. Danach werden wir Herrn Rosemann hören, Leiter des Projekts „Zwangsvermeidung im psychiatrischen Hilfesystem“, und anschließend Herrn Dr. Gagel, den stellvertretenden Amtsarzt im Gesundheitsamt Berlin-Pankow.

Jurand Daszkowski

Danke schön die Einladung. Ich freue mich, dass ich beim Deutschen Ethikrat als Referent und Sachverständiger sprechen darf.

Psychiatrische Zwangsmaßnahmen stellen einen tiefen Eingriff in Menschen- und Persönlichkeitsrechte dar und werden von den Betroffenen meistens als negativ im Sinne einer herabwürdigenden und erniedrigenden Behandlung empfunden. Ich betrachte es in diesem Zusammenhang sehr kritisch, den Zwang bei der Selbstgefährdung als wohltätigen Zwang zu bezeichnen, weil die Zwangsmaßnahmen von den wenigsten Betroffenen als eine Wohltat empfunden werden. Was das Wohl bedeutet, ist auch kontrovers. Die aktuelle Rechtsprechung hat erkannt, dass die Zwangsmaßnahmen in vielerlei Hinsicht negati-

ve Auswirkungen auf den weiteren Krankheitsverlauf und auf die therapeutische Beziehung der Betroffenen zu den Behandlern hat. Deswegen hat sie sie nur als letztes Mittel, also Ultima Ratio zugelassen, nur bei selbstbestimmungs- bzw. einwilligungsunfähigen Patienten und nur dann, wenn mildere Mittel ausgeschöpft sind.

Die Umsetzung dieses Rechts ist aber in der Praxis sehr umstritten. Den sogenannten einwilligungsunfähigen Patienten wird abgesprochen, dass sie einen freien Willen besitzen, was nicht nur für mich einen Widerspruch gegenüber der Behindertenrechtskonvention [BRK] darstellt. Der Artikel 12 der UN-BRK, die gleiche Anerkennung vor dem Recht, Absatz 2, besagt nämlich, dass Menschen mit Behinderungen in allen Lebensbereichen gleichberechtigt mit anderen Rechts- und Handlungsfähigkeit genießen. Außerdem gibt es keine ausreichenden Kontrollen, ob die milderen Mittel wirklich vorrangig herangezogen wurden. Deshalb ist es zutreffend, was Valentin Aichele, Leiter der Monitoringstelle des Deutschen Instituts für Menschenrechte, im Kapitel „Psychiatrie und Menschenrechte“ des Buches *Prävention von Zwangsmaßnahmen* von Martin Zinkler, Margret Osterfeld und Klaus Laupichler, auf Seite 34 beschreibt: Das System steckt in der Ultima-Ratio-Falle.

Die Datenlage zu den psychiatrischen Zwangsmaßnahmen in Deutschland ist völlig unzureichend, und was die Länder, Städte und Regionen betrifft, gibt es sehr große Unterschiede bei der prozentualen Zahl der Zwangsmaßnahmen. Dabei kann der Verdacht entstehen, dass manche Zahlen nicht valide sind und die Dunkelziffer in diesem Bereich ziemlich hoch ist, nicht nur in der Akutpsychiatrie, sondern auch in den Heimen der Eingliederungshilfe und Pflegeheimen.

Die Zwangsmaßnahmen, insbesondere Zwangsbehandlung und Fixierung, wirken meistens auf Betroffene traumatisierend und können oft zum Bruch des bisher noch bestehenden Vertrauens zu den Behandlern führen. Längerfristig können die erlebten Zwangsmaßnahmen zusätzlich zu krankmachenden Nebenwirkungen der in hohen Dosen verabreichten Neuroleptika führen, sodass sich Betroffene generell vom psychiatrischen Hilfesystem abwenden. Beschrieben werden auch Suizide und Suizidversuche als Folge von erlebten Zwangsmaßnahmen.

Gerechtfertigt können meiner Meinung nach nur Notfallmaßnahmen bei der akuten Selbst- und Vitalgefährdung sein, wie zum Beispiel Bewusstlosigkeit und andere in engen Grenzen definierte Zustände, und außerdem bei einer positiven Vorausverfügung mit expliziten Wünschen nach der Zwanganwendung in der akuten Krise.

Aktuell gibt es Trends, die Zwangsmaßnahmen zu vermeiden und zu reduzieren, wie beispielsweise das Projekt ZIPHER [Zwangsmaßnahmen im psychiatrischen Hilfesystem: Erfassung und Reduktion] und ZVP im Auftrag des BMG [Bundesministerium für Gesundheit].

Auch in Hamburg ist eine Beratungsstelle entstanden, Pflege ohne Zwang, Beratungsstelle für gesetzliche Betreuung und Vorsorgevollmacht. Es werden auch entsprechende Flyer herausgegeben, wie ich von der Landesarbeitsgemeinschaft Betreuungsrecht erfahren habe.

Diese Schritte lassen mich hoffen, dass in diesem Rahmen entsprechende Empfehlungen erarbeitet werden, die zu konkreten zwangsvermeidenden Maßnahmen führen könnten.

Andererseits gibt der aktuelle Referentenentwurf des Bundesministeriums der Justiz und für Verbraucherschutz zur Änderung der materiellen Zulässigkeitsvoraussetzungen von ärztlichen

Zwangsmaßnahmen Anlass zu Befürchtungen, dass diese Maßnahmen durch Entkopplung von der freiheitsentziehenden Unterbringung erheblich ausgeweitet werden. Es ist nicht nur für mich sehr umstritten, dass die Betroffenen, die als einwilligungsunfähig gelten, schwerwiegend somatisch krank sind und oft eine begrenzte Lebenserwartung haben, sich unter Zwang fragwürdigen Behandlungen wie zum Beispiel Chemotherapie bei fortgeschrittener Krebserkrankung unterziehen müssen und dadurch meistens wesentlich mehr leiden müssen.

Es gibt viele gute Konzepte wie Open Dialogue, Soteria, Weglaufhäuser, Krisenpensionen und Kliniken, die Recovery-orientiert sind, mit Peer-Beratung, Genesungsbegleitung und offenen bzw. zumindest fakultativ offenen Türen, die ganz ohne oder nur mit einem Bruchteil der Zwangsmaßnahmen auskommen. Es müssen entsprechende Bedingungen geschaffen werden, diese Best-Practice-Projekte auch im Sinne der Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention weiterzuentwickeln und zu implementieren.

Ich hoffe, dass auch die heutige Anhörung des Deutschen Ethikrates dazu beitragen kann, entsprechende Empfehlungen öffentlich zu formulieren, die als Ziel eine weitgehend zwangs- und gewaltfreie Psychiatrie vorgeben. Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit.

Gemeindepsychiatrie

Matthias Rosemann

Vielen Dank für die Einladung. Frau Professor Graumann, Sie haben gesagt, dass es Ihnen bei dieser Anhörung darum geht, die Praxis besser zu verstehen. Insofern habe ich mir überlegt, dass ich versuchen will, ein paar Aspekte dieser Praxis zu beleuchten, um das verständlich zu machen.

Diese Runde steht im Programm unter dem Aspekt Gemeindepsychiatrie. Als Vorsitzender der Bundesarbeitsgemeinschaft Gemeindepsychiatrischer Verbände ist es mir wichtig, die Gemeindepsychiatrie nicht als Alternative zur Klinik zu verstehen. In unseren gemeindepsychiatrischen Verbänden sind selbstverständlich Kliniken wesentlicher Bestandteil in den Verbänden und arbeiten dort auch engagiert mit. Der Begriff Gemeindepsychiatrie wird aber heute häufig verwendet, um damit das Hilfesystem außerhalb der Kliniken zu beschreiben. Und so verstehe ich diese Überschrift in dieser Anhörungsrunde. Insofern werde ich das, was ich jetzt ausführe, weniger auf die Klinik beziehen, sondern auf das gesamte Spektrum der Fragen, die sich außerhalb des klinischen Kontextes bewegen.

In unseren Verbänden, den gemeindepsychiatrischen Verbänden in Deutschland, beschäftigen wir uns schon lange mit der Frage, wie man Zwangsmaßnahmen vermeiden kann, und zwar vor allen Dingen unter dem Gesichtspunkt: Was führt dazu, dass jemand in eine Klinik eingewiesen wird? Oder, und das ist mein stärkerer Fokus heute: Was führt dazu, dass jemand längerfristig und oft sehr langfristig in einem geschlossenen Heim untergebracht wird? Eine genauere Formulierung wäre eine freiheitsentziehende Unterbringung in einer Heimeinrichtung; Grundlage dafür ist der Paragraf 1906 BGB [Bürgerliches Gesetzbuch], manchmal auch die PsychKGs.

Zu dieser Frage ist zunächst bemerkenswert, dass wir über keinerlei Zahlenmaterial verfügen. Es gibt keine Statistik, die Auskunft darüber gibt, wie viele Menschen in Heimen mit geschlossener Freiheitsentziehung untergebracht werden. Die Beschlussstatistiken der Gerichte geben Auskunft über Beschlüsse von Unterbringung, aber keine Auskunft darüber, wo untergebracht

wird. Sie geben auch Auskunft darüber, was beschlossen wurde, nicht aber, was vollzogen wurde.

Die Annäherung, die man unternehmen kann, ist festzustellen, wie viele Einrichtungen mit geschlossener Tür oder wie viele Plätze in Einrichtungen es gibt.

Da stoßen wir schon auf das nächste Problem: Wir haben einen großen Unterschied in der Bundesrepublik. Ich nenne mal ein Beispiel: Der Bezirk Oberbayern gibt an, dass in seinem Vereinbarungsbereich über tausend Plätze für geschlossen erklärt werden. Dazu hat er auch Handreichungen erarbeitet, wie man damit vernünftigerweise umgehen soll.

In anderen Bundesländern verfügt man nicht oder nur eingeschränkt über solche Zahlen. In kaum einem Bundesland ist bekannt, wie viele Plätze in stationären Pflegeeinrichtungen oder in vielen Einrichtungen der Eingliederungshilfe denn geschlossen vereinbart wurden. Wenn, dann weiß das nur die Kostenträgerseite, und diese Daten sind bislang nicht überall zu bekommen.

Wir wissen noch weniger über freiheitsentziehende Maßnahmen in solchen Einrichtungen oder über die Fixierung in Heimen. Es gibt keine amtliche Statistik und kein Register, in dem das geführt wird. Es ist nur zu erheben darüber, dass man Einrichtungen befragt. Auch das macht einen Unterschied zu den Kliniken, weil in den Kliniken mittlerweile häufig Daten erhoben und auch von den Länderministerien abgefragt werden. Die Grauzone in den Heimen ist deutlich höher. Das muss man sich vergegenwärtigen.

Wir sind also in dem, was wir diskutieren, entweder auf subjektive persönliche Erfahrung angewiesen – in meinem Fall über viele Jahre in einer Organisation in Berlin im Bereich des be-

treuten Wohnens – oder in unseren gemeindepsychiatrischen Verbänden auf das, was die Kolleginnen und Kollegen dort berichten. Wir haben aber keine wirklich belastbaren Informationen.

Die spannende Frage, die immer wieder im Raum steht, ist: Warum kommt jemand längerfristig in eine geschlossene Unterbringung, in ein Heim? Hier wird etwas deutlich, was in der Runde zuvor schon angesprochen worden war. Hier kommt deutlich zum Tragen, dass es sich dabei im Wesentlichen um Fragen von Haltung handelt. Wenn Sie die Beschluss-Statistiken ansehen, die in der Bundesrepublik verfügbar sind (also Kliniken und Heime zusammen), dann werden Sie zwischen den Ländern große Unterschiede feststellen. Das ist vorhin schon erwähnt worden. Es gibt große Unterschiede in der Frage der Anwendung (ob PsychKG- oder BGB-Unterbringung), und es gibt überdies große Unterschiede zwischen den Bundesländern.

Wie es sich in den Bundesländern auf die Regionen verteilt, da wird die Frage schon wieder komplex. Aber man kann zumindest unterstellen, dass sich die psychisch kranken Menschen zwischen den Bundesländern nicht so unterscheiden, wie es die Statistiken hergeben. Aus dem Personenkreis ist nicht erklärbar, warum in Sachsen wenig PsychKG-, aber deutlich mehr BGB-Unterbringungen stattfinden und zum Beispiel in Berlin das Verhältnis mit eins zu eins etwa gleich ist. Es muss also etwas mit Versorgungssystemen oder mit Haltung zu tun haben. Möglicherweise hat es auch damit zu tun, welche Spruchpraxis aus den Gerichten heraus entwickelt wird.

Bei den Haltungen – darauf kommt es mir an – gibt es große Unterschiede, die einem begegnen können, übrigens auch innerhalb einer Region oder eines Landes, eines Bundeslandes, manchmal auch innerhalb einer Versorgungsregion. Das

ist immer wieder die Frage: Wann gebietet es das Wohl des Menschen, gegen seinen subjektiv erklärten Willen einzuschreiten und ihn gegen seinen Willen unterzubringen, ihm die Freiheit zu entziehen oder ihn gar zu behandeln?

Wenn man das auf die Gemeindepsychiatrie anwendet, löst man sich in der Regel aus dem akuten Bezug der Lebensgefahr. Das, was in der letzten Fragerunde anklang, spielt in der Gemeindepsychiatrie eine zentrale Rolle: Das ist das dauerhafte Dilemma, in dem alle Akteure bei der Frage stecken: Wie lange schauen wir zu, wie sich ein Mensch dadurch gefährdet, dass er kaum noch etwas zu sich nimmt, abmagert, immer dünner wird, sich anderweitig gefährdet, die Wohnung verwaht oder sich im Rahmen seiner Erkrankung so äußert, dass die Nachbarn es nicht mehr mit ihm aushalten, ohne dass er gegen sie aggressiv würde, indem die Wohnung beschädigt wird, Lärmbelästigung, Geruchsbelästigung von Menschen ausgehen, das ganze Umfeld sagt: „Das ist doch nicht mehr zu tolerieren“ und wir immer die Balance finden müssen zwischen dem Respekt vor der eigenen Lebensführung, dem Respekt, dass jeder Mensch den Willen, die Möglichkeit hat, sein Leben selbst zu gestalten, und der Frage des Einschreitens mit Mitteln des Zwangs, die Sie in Ihren Eingangsstatement „wohltätigen Zwang“ genannt haben, vielleicht besser wohlgemeinter Zwang sein könnte, wie immer man es nennen wird?

Es wird immer wieder angeführt, und in diesem Feld bewegt sich die gesamte Diskussion: Wir müssen einschreiten, um die Menschen vor weitgehender Zerstörung ihrer eigenen Lebensgrundlagen zu schützen. Wohnungsverlust ist in Berlin heute eine dramatische Situation, weil sie in der Regel mit längerfristiger Wohnungslosigkeit einhergeht. Das mag in ländlichen Räumen – in

Ostdeutschland ist es ein bisschen anders, aber in allen Ballungsräumen ist das heute so, und es ist ein ethisches Dilemma, in dem wir uns befinden bei der Bewertung der Frage: Wie dramatisch ist es, wenn jemand seine Wohnung gefährdet? Diese Frage ist eine nicht seltene Frage.

Eine andere Frage, die oft erörtert wird, wenn es um freiheitsentziehende Unterbringung in geschlossenen Heimen geht, ist der Schutz des Menschen vor sich selbst. Das bezieht sich oft auf Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen. Es gibt eine laufende Debatte mit unterschiedlichen Positionen, ob es gerechtfertigt sei, dass man einen Menschen, der dauernd Suchtmittel konsumiert und sich dabei erheblich selbst schädigt, für längere Zeit in einer geschlossenen Einrichtung unterbringt, freiheitsentziehend unterbringt, um den Zugang zum Suchtmittel zu entziehen in der Hoffnung, wenn das einmal über einen längeren Zeitraum so sei, dass es dann möglich sei, mit ihm über seine eigene Lebensgestaltung zu sprechen. Ich habe dazu in meiner beruflichen Praxis, meiner Organisation widersprechende Meinungen im psychiatrischen Hilfesystem erlebt und auch unterschiedliche Gerichtsentscheidungen über die Angemessenheit einer Unterbringung zu dieser Frage.

Das heißt: Selbstgefährdung bedeutet nicht immer nur, dass jemand in der Gefahr steht, einen Suizid zu begehen oder sich akut selbst zu gefährden, sondern es gibt auch einen schleichen Prozess der Gefährdung eigener Lebensgrundlagen, und das Abwägen des Einschreitens ist immer ein Ort des Dilemmas, in dem man sich befindet: Was ist das mildere Mittel?

An dieser Frage kommt die Frage in den Raum: Was kann man tun? Was sind die Handlungsmöglichkeiten?

Ich möchte aus Erfahrung sagen: In vielen Fällen ist der Ruf nach einer geschlossenen Unterbringung Ausdruck von Hilflosigkeit von Institutionen. Man weiß nicht mehr weiter; oftmals weiß eine Einrichtung nicht weiter. Und dann kommt die Idee auf, jetzt müsse man es mit einer geschlossenen Unterbringung versuchen.

Ein möglicher Lösungsweg – verschiedene andere sind heute schon skizziert worden – ein wesentlicher Lösungsweg aus unserer Erfahrung ist der, dass sich alle beteiligten Akteure des Hilfesystems – und darauf kommt es an: nicht nur eine Einrichtung, sondern alle Akteure im Hilfesystem: diejenigen, die mit Behandlung zu tun haben, die mit Rehabilitation zu tun haben, die mit Teilhabe und die mit Beratung zu tun haben –, die müssen sich zusammensetzen und für jeden einzelnen Menschen einen Weg entwickeln, wie ihm in seiner Situation angemessen begegnet werden kann.

Darüber gibt es erste Erfahrungen. Solche Erfahrungen werden wir auch in den Projekten – das ist von Herrn Daszkowski schon erwähnt worden: Das Bundesministerium für Gesundheit fördert gegenwärtig zwei große Projektgruppen. Von der einen Gruppe bin ich der Leiter; wir versuchen Maßnahmen zu entwickeln und zu erproben, wie man Zwangsmaßnahmen vermeiden kann. Vielleicht kann man dazu nachher noch mehr sagen. Vielen Dank.

Detlev Gagel

Vielen Dank für die Einladung, die ich eher aus der Sicht des Praktikers wahrnehme. Obwohl ich über eine gewisse Erfahrung verfüge, bin ich froh, durch die Vielfalt der Beiträge und des Themenspektrums noch Erfahrungen gewinnen zu können.

Wir können hier nicht vertiefen, was Ihnen jetzt beim Anblick solcher Bilder durch den Kopf geht. Aber das sind Situationen, die wir als Praktiker vor Ort erleben.

Ich möchte kurz auf die Aufgaben der Sozialpsychiatrischen Dienste zu sprechen kommen. Wir haben drei Kernaufgaben: Die erste ist die Betreuung, Beratung und Hilfevermittlung. Die zweite ist die Krisenintervention einschließlich der Antragstellung auf Unterbringung. Das ist eine Berliner Besonderheit, die ich aber als einen positiven Aspekt der Versorgung erlebe. Drittens haben wir Gutachten-Aufgaben.

Das haben wir mal in drei kernige Mottos gefasst: Kommen, Klären, Kümmern, wobei fürs Kümmern im Grunde zu wenig Zeit bleibt.

Interessant ist, dass wir in unserem Produktkatalog schon als Aspekt in dem Aufgabengebiet Krisenintervention stehen haben, dass Klinikaufnahmen, Unterbringungen möglichst vermieden werden sollen und dass es als Qualitätskriterium gilt, wie viele Klinikunterbringungen durch die Krisenintervention vermieden werden konnten.

Ich überspringe jetzt einige Folien.

Wir haben natürlich auch Konzeptionen im Rahmen der Sozialpsychiatrischen Dienste. Wir sind niedrigschwellig, wir versuchen ohne Krankenkassenskarte und dergleichen zu arbeiten, wir sind Teil des öffentlichen Gesundheitsdienstes. Das ist sicher ein Berliner Spezifikum; in Süddeutschland ist das etwas anders.

Ganz kurz ein paar Zahlen: Wir haben in Pankow – darüber kann ich sprechen, weil ich dort tätig bin – knapp 400.000 Einwohner, das sind 10 Prozent der Berliner Bevölkerung. In den zehn Jahren, die ich als Vergleichszeitraum herausgegriffen habe, hat die Zahl der Personen, die wir versorgt haben, um 20 Prozent zugenommen,

während die Bevölkerung im selben Zeitraum nur um 10 Prozent gewachsen ist. Das heißt: Wir haben mehr zu tun.

Das wird an dieser Folie deutlich. Beachten Sie nur die grünen Säulen: Wir haben eine Zunahme an Aufgaben. Interessant sind auch die Zahlen hier unten: Das sind die PsychKG-Anträge, die wir in den jeweiligen Jahren gestellt haben. Die beiden letzten in Klammer gestellten Zahlen sind die Fälle, in denen seitens der Klinik ein Antrag gewünscht wurde, wir aber keinen Antrag gestellt haben, es also entweder zu einer Entlassung gegen ärztlichen Rat oder zu einer freiwilligen Behandlung gekommen ist.

Ich will Ihnen einfach ein paar Bilder zeigen, was wir so im Alltag erleben, wenn wir in die Gemeinde kommen und Menschen in Situationen erleben, in denen sie leben, wo sich dann doch die Frage nach der Not und Notabwehr stellt. – Das Bild hatten wir eingangs schon gesehen.

In diesem Zusammenhang ist es auch wichtig, darauf hinzuweisen, dass auch die Not der Angehörigen, die heute leider nicht zur Sprache kommen, sehr groß ist. Mir hat mal eine Angehörige gesagt: „Sie kommen und sind ein, zwei Stunden bei unserem Angehörigen. Wir haben 24 Stunden, rund um die Uhr mit dem Betroffenen zu tun.“

Ein anderer Aspekt, den ich kurz einbringen möchte: Ich hätte mir gewünscht, dass auch Vertreter des Maßregelvollzugs hier mit eingeladen werden, weil wir zunehmend auch den Aspekt der prädeliktischen Lücke diskutieren, also: Können Straftaten unter psychischem Störungseinfluss vermieden werden, wenn man rechtzeitig geeignete Maßnahmen ergreifen kann?

Diese Darstellung finde ich immer sehr hilfreich. Wir haben heute den Albtraum der Anstaltspsychiatrie weitgehend überwunden. Wir haben im Rahmen der Reformpsychiatrie ambulantiert, enthospitalisiert. Das führte aber teilweise auch zur – Entschuldigung – fürsorglichen Belagerung. Wir haben teilweise eine ambulante Chronifizierung von Verläufen. Das größte Problem sehe ich aktuell in diesem Segment, nämlich die Freiheit zur Verwahrlosung.

Wir haben mal die Sozialpsychiatrischen Diensten gefragt, was man vor, während und nach einer Unterbringung tun kann, um möglichst gut und qualitativ sinnvoll zu arbeiten. Das sind teilweise auch Ziele, die wir erreichen wollen, Qualitätsziele, die nicht immer im Alltag umgesetzt sind, sei es aus Personalknappheit, aus Zeitmangel oder dergleichen.

Hier habe ich zusammengefasst, was aus Sicht der Sozialpsychiatrischen Dienste für eine Behandlung gegen den Zwang spricht, aber was auch dagegen spricht. Sie sehen, dass sich die Gründe teilweise auch ausschließen. Auf der einen Seite haben wir das Recht auf persönliche Freiheit und Entwicklung, und auf der anderen Seite gibt es einen Anspruch auf Behandlung, auf optimale Behandlung und vielleicht auf Herauslösung aus der Krise durch Behandlung.

Ein Aspekt, der meines Erachtens bislang zu wenig diskutiert wird, ist die Frage, ob nicht durch die Krisenerfahrung, durch psychotische Erlebnisse auch Traumatisierungsprozesse stattfinden können. Das wäre sicher auch ein Aspekt an die Forschung, dort noch mal weiter nachzusehen.

Wenn wir eine psychische Störung ganz grob als Entdifferenzierungsprozess ansehen, dann ist ein Mittel oder eine Möglichkeit, dieser Entdifferenzierung durch Haltgebung, durch Schutz entgegenzukommen, geeignet. Wie diese Schutzmög-

lichkeiten aussehen, wurde schon kurz diskutiert. Es muss nicht die geschlossene Station sein, aber es muss ein Rahmen sein, in dem sich die Betroffenen aufgehoben fühlen. Ein Beispiel ist in dem Zusammenhang das Soteria-Konzept.

Diese Folie habe ich mit reingenommen, denn das ist eines der Dilemmata. Im Bereich Sozialgesetzbuch [SGB] V haben wir eine enorme Versorgungslücke zwischen dem teil- und dem vollstationären Bereich auf der einen Seite, in den ein Großteil der Kosten fließt, und dem ambulanten Bereich, in dem entsprechend wenige Kosten verankert sind. Das ist von Professor Günther Wienberg, der zusammen mit Professor Steinhart, der auch kurz auf ein Modell eingegangen ist, wie man diese Versorgungslücke womöglich überwinden kann.

Zum Schluss habe ich jetzt offene Fragen, an denen sich die Zukunft weiterentwickeln sollte, noch mal zurückgegeben. Unser Fach ist spannend. Ich bin glücklich, dass ich in so einem Beruf arbeiten kann, weil wir immer wieder neue Bewegungen durchlaufen. Wir haben den Nazi-terror und die unheilvollen Grausamkeiten überwunden, aber auch die Nachkriegspsychiatrie einigermaßen überwunden. Wir haben die Reformpsychiatrie durchlaufen und neue Veränderungen entwickelt und sind jetzt wieder an einem Punkt, wo ich eine größere Veränderung erlebe. Wenn Sie überlegen, was sich in den vergangenen Jahren an rechtlichen Veränderungen ergeben hat, dann stehen wir heute an einem Punkt, wo wir uns ein Stück weit neu aufstellen müssen.

Ich halte es für sehr wichtig, dass die ambulante und häusliche Versorgung weiter gestärkt wird, dass man aber auch sehen muss, wie das mit unserem Finanzierungssystem geschehen kann.

Herr Zinkler hat auf die italienischen Verhältnisse hingewiesen. Ich muss die Euphorie ein biss-

chen dämpfen in der Hinsicht, dass es nicht überall in Italien so ist. Vor Kurzem habe ich bei meinem Besuch erfahren, dass es durchaus noch eher traditionelle oder konventionelle Situationen gibt. Aber wir haben auch hier in Deutschland unterschiedliche Modellregionen, wie gerade deutlich wurde.

Wie können wir diese Versorgungslücke schließen? Das ist auch eine Frage an den Auftraggeber. Wir haben eine zusätzliche Komplexität des Versorgungssystems. Eine Berliner Arbeitsgruppe befasst sich gerade mit der Frage, ob man überhaupt noch einen Überblick hat, was es alles an Möglichkeiten gibt. Das ist eine große Chance, aber auch ein Risiko, dass in diesem Dschungel an Behandlungs- und Betreuungsangeboten kein Überblick mehr zu gewinnen ist.

Sehr wichtig finde ich, dass wir auch die Betroffenen partizipativ untersuchen, sie also beteiligen bei Fragestellungen wie: Wie haben sie Psychose-Erfahrungen erlebt? Wie haben sie Zwang erlebt? Dazu gibt es schon einige Untersuchungen, und wenn ich die Beiträge richtig gelesen habe, sind die Ergebnisse unterschiedlich. Mit Zwang ist nicht nur eine Traumatisierung verbunden, sondern es kann in einigen Fällen auch hilfreich sein. Es ist wichtig, da zu einem Augenmaß zu kommen: Wann ist es hilfreich, wann ist es traumatisierend?

Diese Punkte waren schon im Gespräch, dass wir in diesem Diskurs nicht nur die Situation der Betroffenen anschauen sollten, sondern auch die Situation der Menschen, die Zwang anwenden, ob das jetzt unmittelbarer Zwang ist, mittelbarer, formeller, informeller Zwang.

Für mich persönlich – und ich glaube, da spreche ich für viele Vertreter aus unserem Fach – ist es entscheidend, so etwas eine innere Richtschnur

zu entwickeln, und das ist die große Herausforderung. Vielen Dank.

Befragung durch den Ethikrat

Volker Lipp

Ich habe eine Frage an Sie, Herr Daszkowski. Sie haben gesagt, dass Sie in bestimmten, beschränkten Fällen Zwangsmaßnahmen für gerechtfertigt halten. Gibt es für Sie einen Unterschied, ob es sich um Fixierung, Freiheitsentziehung, Unterbringung in einer geschlossenen Einrichtung oder Zwangsbehandlung handelt? Würden Sie diese verschiedenen Arten der Maßnahmen noch einmal unterscheiden?

Herr Rosemann, Sie haben darauf hingewiesen, Stichwort Obdachlosigkeit, dass es nicht nur um die Gefährdung von Gesundheit geht, sondern dass Sie auch Gefahren in anderen Bereichen sehen. Unter welchen Voraussetzungen würden Sie Zwangsmaßnahmen welcher Art auch immer (und vielleicht können Sie das noch spezifizieren) für gerechtfertigt halten? Denn bisher haben wir das immer unter Gesundheitsaspekten diskutiert; deshalb fand ich diesen Gesichtspunkt wichtig.

Herr Gagel, wir diskutieren unter dem Aspekt wohlthätiger Zwang immer die Frage der Selbstgefährdung. Jetzt haben Sie viele Beispiele genannt, wo Selbst- und Fremdgefährdung zusammen sind. Tritt das nach Ihrer Erfahrung immer gemeinsam auf? Gibt es da keinen großen Unterschied, ist das immer ein Gesamtthema? Oder gibt es Fälle, wo das auseinanderfällt, und können Sie vielleicht auch sagen, was für Sie die häufigeren oder die selteneren Fälle sind?

Martin Hein

Meine Frage richtet sich an Herrn Daszkowski. Verstehen Sie meine Frage bitte nicht als eine akademisch abgehobene, sondern sie richtet sich

an Sie, weil Sie aus der Sicht der Betroffenen eingeladen worden sind. Am Schluss Ihrer Ausführungen haben Sie Zwangsmaßnahmen und Gewaltmaßnahmen in einem Satz sehr eng zueinandergestellt. Für mich ist die Frage, ob Sie Differenzierungsmöglichkeiten sehen oder ob Sie jede Zwangsmaßnahme auch als Gewaltmaßnahme identifizieren würden, die natürlich dann – und das diskutieren wir ja in unserer Arbeitsgruppe auch – unter anderen Voraussetzungen stehen würde, als wenn wir den wohlthätigen Zwang in begrenzten Fällen in den Blick nehmen.

Jurand Daszkowski

Zur Unterscheidung von Zwangsmaßnahmen: Ich und auch mein Verband, also der Landes- und Bundesverband Psychiatrie-Erfahrene, sehen Zwangsunterbringung als weniger einschneidend als Zwangsbehandlung an. Zwangsbehandlung wird als noch schlimmer angesehen als Fixierung, die auch abgelehnt wird, also als Alternative zu Fixierung, als Eins-zu-eins-Krisenbegleitung zum Beispiel im sogenannten weichen Zimmer. Das sind die Unterschiede. Zwangsbehandlung wird eindeutig als Körperverletzung bezeichnet, von manchen sogar als Folter.

Zu Ihrer Frage nach weitgehend zwang- und gewaltfreier Psychiatrie: Vielleicht haben manche eine andere Meinung, aber ganz lässt es sich nicht vermeiden. Außer dem Zwang von Personal kann es auch sein, dass Gewalt von Mitpatienten ausgeht, dass die Mitpatienten einen Patienten verbal und körperlich angreifen. Aber manchmal haben auch die Atmosphäre und die bauliche und personelle Beschaffenheit der Klinik Einfluss. Wenn es eng ist und es verschiedene Menschen auf engem Raum gibt, dann gibt es das auch, die Gewalt von Mitpatienten.

Zwang ist nicht immer eine offene körperliche oder verbale Gewalt. Es gibt auch den subtilen Zwang, wo das breiter gelegt ist als Gewalt, dass man zum Beispiel jemandem droht: Wenn jemand nicht im geschlossenen Kreis bleiben will, kann er gehen, aber er kriegt keine Wohnung und so, oder wenn sie zum Beispiel nicht ihre Medikamente nehmen, dann dürfen sie hier nicht bleiben. Wenn jemand keine Alternative hat, kein Wunsch- und Wahlrecht, das ist auch ein subtiler Zwang, auch wenn es keine offene Gewalt dabei gibt. Man kann sagen, dass sich weitgehend in beiden Bereichen, die nicht identisch sind, die Situation bessert.

Detlev Gagel

Das ist wieder ein Beispiel dafür, wie viel wir lernen, denn die Frage der Anteile von Eigen- und Fremdgefährdung und möglicher Mischung kann ich Ihnen statistisch nicht beantworten. Natürlich sind die Situationen, wo Menschen fremdgefährdend wirken, die spektakuläreren. Die Selbstgefährdungen können auch spektakulär sein: Wenn jemand an einem Balkonfenster steht und droht, da herunterzuspringen, dann ist das spektakulär genug. Aber es sind eher Situationen, wo Menschen zurückgezogen leben, sich ein Stück weit vom Leben verabschiedet haben und wo wir die Chance haben, wenn wir darauf aufmerksam gemacht werden, vor Ort zu kommen und Möglichkeiten einzuleiten, Hilfe anzubieten.

Das Dilemma, das ich momentan erlebe, ist darin begründet, dass wir in der Situation, die wir erleben, glauben, dass jetzt eine Handlung notwendig ist, und mit dem Betroffenen ins Gespräch gehen (soweit das in bestimmten Ausnahmesituationen möglich ist), aber immer wieder mit einem schlechten Gewissen Situationen verlassen müssen, weil wir merken, wir kommen

an einem bestimmten Punkt nicht weiter; es reicht nicht für einen Antrag oder für eine Behandlung, Unterbringung in der Klinik. Aber wir haben auch nicht das Gefühl, dass die Situation gut gelöst ist. Dann lassen wir teilweise auch das soziale Umfeld im Stich, und aus diesem kommt ja häufig der Impuls: „Bringen Sie bitte die Person in die Klinik, das ist die einzige Lösung.“ Das ist die aktuelle Situation.

Matthias Rosemann

Wenn ich auf Ihre Frage eine Antwort wüsste, wäre mir wohler. Das grundsätzliche Dilemma, in dem wir uns befinden – Sie haben gerade ein paar Bilder gesehen. Solche Wohnungen begegnen uns auch bei Menschen, die intensiv begleitet und betreut werden. Das Dilemma der beteiligten Personen besteht darin, abwägen zu müssen: Entsteht dieser Zustand, weil sich ein Mensch in einer Situation von Erkrankung, Krankheit befindet und er deswegen so handelt, wie er handelt, eigentlich aber so nicht leben möchte? Oder ist das eine Situation, von der man sagen muss, es gibt halt unterschiedliche Arten des Lebens, und das muss man respektieren? Und wenn man sich in einer Wohnung nicht ordentlich verhält, kommt irgendwann der Vermieter und kündigt, auch wenn man seine Nachbarn nervt. Nicht jeder, der gekündigt wird, weil er seine Nachbarn stört, ist psychisch krank.

Also das Dilemma besteht in der Frage des Beurteilens: Was von der Situation ist krankheitsbedingt, und ließe sich dem durch andere Maßnahmen, insbesondere durch Behandlung begegnen? Insofern glaube ich, dass man keinen Maßstab finden kann, an dem man das bewerten kann. Ich plädiere dafür oder wir machen auch Erfahrungen damit, dass man jeden Einzelfall intensiv beurteilen muss. Deswegen würde ich den Maßstab immer da ansetzen. Es kann nur dann

gerechtfertigt sein, wenn sich alle Beteiligten mit diesem Menschen intensiv auseinandergesetzt und mit dem Menschen zusammen (sofern das möglich ist) gemeinsam nachgedacht haben: Warum ist die Situation so? Wie ist sie entstanden? Was ließe sich an den Entstehungsbedingungen verändern? Wo sind Ansatzpunkte, wie man noch mal anders handeln könnte? Und was ist immer das mildere Mittel?

Wenn ein älterer Mensch den Herd anlässt, das ist immer etwas; die Gefahr von Brandstiftung ist immer eine drohende Situation; auch, dass jemand in seiner Wohnung durch eine Rauchvergiftung sterben könnte oder Ähnliches. Da gibt es viele Formen möglicher milderer Mittel, die aber mit Aufwand verbunden sind und um die man sich kümmern müsste. Wenn man dann zur Maßnahme greift, möglicherweise längerfristig mit freiheitsentziehender Unterbringung in einer Einrichtung, muss die Grundbedingung immer die sein, dass das Hilfesystem – und zwar verschiedene Akteure gemeinsam – intensiv darüber nachgedacht hat, was sich an möglichen Alternativen entwickeln ließe, um eine Zwangsmaßnahme zu vermeiden.

Auch dann befinden wir uns in der Situation, dass man Zwangsmaßnahmen gegeneinander abwägt. Jemandem den Herd technisch zu manipulieren, dass er nur eine gewisse Zeit an sein kann, und Ähnliches ist ein Eingriff in die Privatsphäre und in das Selbstbestimmungsrecht, das man möglicherweise abwägt dagegen, dass man jemandem die Wohnung entzieht und ihn unterbringt, weil eine Unterbringung fast immer mit Wohnungsverlust verbunden ist. Insofern geht es manchmal auch um das Abwägen zwischen verschiedenen Formen von Zwang. Mir wäre daran immer wichtig als Maßstab, dass dieser Abwägungsprozess – wie heißt es so schön?

Juristisch wurde es vorhin schon zitiert – mit der nötigen Ernsthaftigkeit auch wirklich versucht wurde.

Andreas Lob-Hüdepohl

Herr Daszkowski, Sie haben in Ihren Ausführungen gelegentlich den Begriff des freien Willens genutzt und besonders darauf abgehoben, dass bei Zwangsmaßnahmen dieser freie Wille übergegangen würde. Das ist ja schon fast ein Ausschlusskriterium, dass man das macht. Bei Einwilligungsunfähigkeit wird jemandem abgesprochen, dass er einen solchen freien Willen noch hat. Gibt es aus Ihrer Perspektive überhaupt eine Situation, in der andere den freien Willen absprechen können? Oder ist das immer eine Anmaßung, wenn andere feststellen: Dieser Mensch hat in dieser Situation keinen freien Willen mehr und deshalb ist er nicht so beachtlich, als wenn er ihn hätte.

Sigrid Graumann

Ich habe zwei Fragen. Herr Gagel, Sie haben einen Punkt aufgegriffen, den Herr Heinz ganz zum Schluss genannt hat, nämlich das Home Treatment, also die Möglichkeit, zu Hause zu behandeln, die vielleicht, was wir hoffen und was man am Hamburger Modellprojekt sieht, auch Zwang reduzieren kann. Die Frage an Sie: Warum funktioniert das nicht? Was sind die Punkte? Was müsste man ändern, dass es in der Praxis tatsächlich greifen könnte?

Die andere Frage geht an Herrn Rosemann. Sie haben die geschlossene Unterbringung auf Dauer, über die akute Klinikunterbringung hinaus, angesprochen, die ein großes Problem in der psychiatrischen Versorgung ist und die wir in der Öffentlichkeit nicht in dem Maße diskutieren wie die akute Unterbringung. Meine Frage ist, auch mit Blick auf die italienische Situation, die mehrfach angesprochen worden ist: Die haben

das nicht mehr, und das geht aus irgendwelchen Gründen. Sie haben gesagt, die geschlossene Unterbringung ist oft institutionelle Hilflosigkeit. Was meinen Sie, müsste man in dem Feld tun?

Jurand Daszkowski

Es gibt verschiedene Begriffe, zum Beispiel freier Wille, natürlicher Wille und mutmaßlicher Wille. Ich bin kein Jurist, um das so zu unterscheiden, aber in der UN-Behindertenrechtskonvention wird den Menschen mit Behinderung grundsätzlich die Rechts- und Handlungsfähigkeit bescheinigt. Deswegen: Es ist nicht so, wie ich Meinungen gehört habe, bzw. ich vertrete sie auch. Es kann Fälle geben, wo jemand den freien Willen nicht äußern kann, zum Beispiel bei Bewusstlosigkeit oder ähnlichen Zuständen, schwerem Delir oder Katathymie. Ich komme aus dem medizinischen Bereich, aber bin kein Psychiatrieexperte. Der freie Wille, ob man den jemand bescheinigt oder nicht, ist ein normativer Begriff. Es kann sein, dass jemand den freien Willen äußern kann, aber es wird vielleicht zu oft angenommen, wenn jemand brav die Therapie bejaht, befürwortet, dass er einen freien Willen hat, und umgekehrt, dass er keinen freien Willen hat. Das Stellvertretungsprinzip wird nach der UN-Behindertenrechtskonvention als nicht geeignet angesehen, sondern in manchen Fällen muss man vielleicht durch Unterstützung und Assistenz versuchen, es irgendwie zu erreichen, dass jemand seinen Willen äußert.

In unserem Verband haben wir ein Schriftstück „Der Trick mit dem freien Willen“. Ich weiß nicht, ob das immer ein Trick war, aber jedenfalls ist der Begriff für mich manchmal schwammig und unscharf. Es kann sein, dass jemand einfachere Sachen gut verstehen kann, aber nicht irgendwelche komplizierten Sachverhalte. Aber

jemandem eindeutig im Zweifelsfall den freien Willen abzusprechen finde ich nicht in Ordnung.

Detlev Gagel

Vielleicht kann ich dazu eine ergänzende Anmerkung machen. Ich frage Betroffene häufig: „Haben Sie eine psychische Störung?“ Heute nehme ich die Frage mit: „Haben Sie einen freien Willen?“ Es wäre wichtig für uns, da einen Erfahrungsgewinn zu bekommen, wie die Betroffenen das selbst erleben. Denn darüber wissen wir zu wenig.

Nun ging es aber um Versorgungsformen. Home Treatment ist ein Ansatz gewesen, der schon länger erprobt worden ist, meines Erachtens auch erfolgreich, sich aber aus kostentechnischen Aspekten – so sehe ich das heute – bei den Kostenträgern nicht durchgesetzt hat. Denn die Kostenträger (im Wesentlichen die gesetzlichen Krankenkassen) zahlen die Versorger (die Leistungserbringer, sprich die Kliniken) für Leistungen, und das geht ja nach dem aktuellen System noch pro Tag pro Summe X. Und in dem Moment, wo wir aus der Klinik heraus mit dem Know-how in die Gemeinde gehen, müssten wir parallel Betten abbauen. Diese Vorstellung fällt schwer, und ich glaube, es ist auch nicht ausreichend erprobt, wie es dann wirklich, in welchem personellen Umfang und mit welchen Möglichkeiten genau funktioniert.

Wir haben ein anderes Modell, nämlich das der integrierten Versorgung. Auch da wird ein ethisches Dilemma deutlich. Ob ich Nutzer einer integrierten Versorgung werde, hängt davon ab, in welcher Krankenversicherung ich bin. Selbst dieselbe Krankenversicherung wird mir nicht garantieren können, ob ich integrierte Versorgung in fünf Jahren noch in der gleichen Weise bekommen werde. Da läuft im Moment viel an Er-

probung und Ausprobieren, und nicht wenige Ergebnisse hängen vom schnöden Mammon ab.

Zusammengefasst erlebe ich viele Betroffene, die lieber in den eigenen vier Wänden bleiben wollen. Das wissen wir auch aus einem anderen Forschungsprojekt. Professor Steinhart hat Menschen gefragt, wo sie am liebsten wohnen wollen, unabhängig davon, ob sie gerade in einer psychischen Krise oder krank sind. Da haben die meisten gesagt: in der eigenen Wohnung.

Gleichermaßen haben wir im Moment noch viele Einrichtungen institutioneller Art. Professor Dörner hat vor vielen Jahren schon gesagt, dass Heimbetreiber Geiselnnehmer sind. Das ist ein Aspekt, der bei der zweiten Anhörung, wenn es primär um die Situation in den Pflegeheimen geht, noch einmal akzentuiert werden sollte.

Wir haben hier in Berlin die Situation, dass wir keine geschlossene Einrichtung der Eingliederungshilfe des komplementären Systems haben, aber eine Dunkelziffer an Betroffenen, die in geschlossenen Pflegeeinrichtungen versorgt werden, wo wir glauben, dass da der Behandlungs-, Betreuungs- und Versorgungsgrad erheblich schlechter ist. Das sollten Sie mit in den Blick nehmen. Ich kann die Situation aus den anderen Bundesländern an der Stelle nicht genau beurteilen, aber das wäre wichtig.

Ich hatte in meiner Beantwortung der Fragen beschrieben, dass ich erlebt habe, dass es ein Nord-Ost- und West-Süd-Gefälle gibt zwischen Isolierung und Fixierung. Das heißt: Im Südwesten werden Menschen eher isoliert und im Nordosten werden sie eher fixiert. Das ist ein interessantes Phänomen, das vielleicht auch mit Forschungsexpertise untersucht werden sollte.

Matthias Rosemann

Was müsste man in dem Feld tun? Erst einmal möchte ich vorwegschicken: Es ist nicht wahr, dass geschlossene Einrichtungen die letzte Einrichtung sind. Das wird oft behauptet, aber viele Menschen, die sich in geschlossenen Einrichtungen unbotmäßig aufführen, werden aus diesen gekündigt und landen dann meist in der Wohnungslosigkeit. Der Weg geht dann oft so, dass man sie in die Klinik bringt und den Heimplatz kündigt. Dann hat die Klinik das Problem, was sie mit ihnen macht. Das ist gar nicht so selten und wird aus mehr als einer Region berichtet.

Dennoch bleibt die Frage: Was ist in dem Feld der längerfristigen Unterbringung in geschlossenen Einrichtungen zu tun? Das Erste, was ich meine, habe ich schon mal gesagt: Man muss Alternativen erwägen. Dazu muss man Strukturen in Regionen schaffen, dass sich die beteiligten Akteure tatsächlich zusammenfinden und Alternativen überlegen. Da sind die Möglichkeiten von Gutachtern, von Gerichten und Ähnlichem auf solche Strukturen wie Betreuungsbehörden einzuwirken, noch nicht ausgeschöpft.

Die Frage richtet sich zunächst an die psychiatrisch Tätigen. Sie müssen die Bereitschaft mitbringen, Alternativen zu überlegen. Die Erfahrung, die es damit gibt, ist, dass man nicht in allen, aber in vielen Fällen zu Alternativen kommt, die man einmal ausprobieren kann. Das ist einer der Bestandteile der Projekte, die wir durchführen, wo wir die nächsten drei Jahre in ein paar Regionen erproben wollen, wie man diesen Prozess gestalten kann. Es wird zu überlegen sein, welcher gesetzgeberische Impuls daraus erfolgen müsste. Insofern passt diese Anhörung heute, dass Sie sich als Deutscher Ethikrat damit beschäftigen, genau in diese Zeit.

Mir ist noch ein anderer Aspekt wichtig. Ich glaube, man kann sagen: Das Angebot induziert auch die Nachfrage. Jeder Betreiber einer Einrichtung mit fakultativ geschlossenen Türen freut sich über eine lange Warteliste, und diese Warteliste geht über das unmittelbare Einzugsgebiet hinaus. Sie finden in Oberfranken Einrichtungen, die Wartelisten mit Anfragen aus verschiedenen Bundesländern führen. Genauso kann Ihnen das in anderen Bundesländern begegnen, es wird auch aus Mecklenburg-Vorpommern berichtet. Überall da, wo es Anbieter gibt, die so etwas anbieten, besteht die Möglichkeit, dass man sich sozusagen dahin entledigt.

Von daher muss man auch die Frage untersuchen, wie man mit dem Vorhalten solcher Angebote überhaupt umgeht. Kann jeder Einrichtungsbetreiber allein entscheiden, was er vorhält? Wo ist eine Steuerungsfunktion der Kostenträger auf dieser Seite oder der Landesverantwortlichen, die so etwas über Rahmenverträge zu regeln haben? Da sind wir mit unseren Möglichkeiten noch lange nicht am Ende, was wir dazu in Erwägung ziehen müssen. Stationäre Pflegeeinrichtungen machen ja mit geschlossenen oder geschützten Bereichen, wie es in den Prospekten oft heißt, auch durchaus systematisch Werbung.

Alena Buyx

Ich habe eine Frage an Herrn Gagel. Es ist schon angeklungen, wie wichtig es ist, mit den Betroffenen selbst darüber zu sprechen, welche Erfahrungen und Wünsche sie haben und wie sie selbst mit diesem Konflikt zwischen Zwang, Schutz und Selbstbestimmung im Kontext von Zwang umgehen wollen. Sie hatten erwähnt, dass es da einige Untersuchungen gibt. Mich würde erstens interessieren, welche schon erfolgreich gelaufen sind; Sie haben anklingen lassen, dass nicht alle erfolgreich waren. Zweitens: Gibt

es partizipatorische Forschung zu der Frage, wie man zukünftig mit dem ethischen Konflikt, über den wir heute reden, besser umgehen könnte?

Wolfram Henn

Ich habe eine Anmerkung und eine Frage. Herr Daszkowski, Sie haben, wie ich das schon öfter in der Diskussion mitbekommen habe, eine Chemotherapie bei einer Krebspatientin als ein Musterbeispiel einer Leid erzeugenden, unsinnigen Behandlung angeführt. Das muss ich sachlich korrigieren. Nehmen wir als Beispiel eine Brustkrebspatientin, die Knochenmetastasen hat. Ihr ist mit einer Chemotherapie wesentlich besser gedient als mit einer massiven Opioid-Therapie, die sie sicherlich in den Zustand eingeschränkter Einwilligungsfähigkeit versetzt. Da sollten wir eher auf die Therapieziele als auf die Modalitäten schauen.

Genau an dieser Stelle stellt sich die Frage nach dem Umgang mit Menschen, die nicht nur eine psychiatrische, sondern auch eine andere Erkrankung haben, die Multimorbiden. Eine konkrete Frage, Herr Daszkowski und Herr Gagel: Wie soll man mit einem Menschen umgehen, der insulinpflichtiger Diabetiker ist, also lebensnotwendig darauf angewiesen ist, jeden Tag bestimmte Medikamente zu nehmen, der wegen einer psychiatrischen Erkrankung sagt: „Ich möchte mein Insulin nicht nehmen“? Herr Daszkowski, wie viel Gestaltungsfreiheit würden Sie ihm zugestehen wollen und wie, Herr Gagel, würden Sie damit praktisch umgehen?

Jurand Daszkowski

Sie haben gesagt, ich habe nicht verstanden, zwischen Chemotherapie und welcher Therapie?

Wolfram Henn

Eine Patientin, die Brustkrebs mit Knochenmetastasen hat, hat schwerste Schmerzen. Ihr

kann man mit einer Chemotherapie die Schmerzen weitgehend nehmen. Alternativ keine Chemotherapie und sie muss massiv Morphinum nehmen. Damit ist ihr sicherlich nicht gedient, da sind sich wohl alle einig.

Jurand Daszkowski

Insgesamt ist es aber so, dass die Chemotherapie auch erhebliche Nebenwirkungen hat und auch die Pharmaindustrie dabei viel Geld verdient. In manchen Fällen verlängert es die Überlebenszeit nur um einige Monate auf Kosten von extremen anderen Beschwerden. Schmerztherapie wäre, wenn sich jemand nicht mehr kurativ behandeln lassen will, als palliative Therapie, jemandem Morphinum zu geben, der eine begrenzte Lebenserwartung hat – da gibt es wohl keinen Grund zur Befürchtung, dass jemand süchtig wird. Deswegen finde ich Therapien, die kaum Leben verlängern und zusätzliche Schmerzen oder andere Beschwerden bringen, noch unter Zwang anzuwenden, sehe ich nicht indiziert und sehr kontrovers.

Sicher muss man die Gesamtumstände im Einzelfall sehen und sich entscheiden, auch mit Insulin und anderen Therapien, zum Beispiel auch schauen, wie der mutmaßliche Wille war, ob jemand da ist oder wie er sich geäußert hat, und auch die Betreuer fragen. Sicher, im Notfall wäre auch eine kurzfristige Maßnahme gegen den Willen gerechtfertigt.

Detlev Gagel

Ich beginne mit der Frage nach den Untersuchungen. Es ist vielleicht Zufall, aber nächste Woche wird ein Workshop an der Katholischen Hochschule [für Sozialwesen Berlin] von Professor Michael Wright zur partizipativen Forschung stattfinden; da werde ich auch dieses Thema mit einbringen, wie die Betroffenen sich beteiligen

können, aber auch mit der Fragestellung, wie sie Zwang oder Unterbringungsmaßnahmen erleben.

Wir haben seit vielen Jahren inzwischen eine Tradition des sogenannten Trialogs entwickelt. Das heißt, dass wir uns in einem Dreieck (womöglich gibt es noch weitere Beteiligte, aber im Wesentlichen die sogenannten Profis, die Betroffenen und das soziale Umfeld) über alle möglichen Themen auseinandersetzen. Das ist inzwischen schon teilweise institutionalisiert. In Pankow läuft das über die Volkshochschule. Das ist eine öffentliche Veranstaltung mit zunehmendem Zulauf, und in solchen Gremien oder Foren gibt es die Möglichkeit, sich auszutauschen.

Natürlich gibt es inzwischen auch in der Internetwelt viele Möglichkeiten, auch für die sogenannten Profis, sich Informationen zu holen, gerade was zum Beispiel das Thema der medikamentösen Behandlung angeht, wo wir zum Beispiel noch sehr wenig über das Absetzen von Medikamenten wissen. Wir erleben es im klinischen Alltag häufig, dass Menschen die Medikamente abrupt absetzen und dann schnell in eine Krise geraten, in einen sogenannten Rückfall. Was ist ein Rückfall? Ist das nicht auch ein Vorfall? Dann wäre es wichtig, da die Information aufzugreifen, die Erfahrungswerte im Sinne eines trialogischen Prinzips oder eines partizipativen Ansatzes.

Ich bin im Alltag auch geprägt durch meine Erfahrung und Ausbildung als systemischer Therapeut. Das heißt, ich versuche nicht nur die Betroffenen als die kranke Person zu sehen, sondern auch darauf zu achten: Wie funktioniert die Interaktion? Was bedeutet das? Wie kann man in dieses System eine Unterstützung, eine Hilfe hineinbringen?

Professor Heinz hat vorhin dieses schöne Beispiel genannt: Natürlich fallen Menschen auf in

der Gemeinde, und die Gemeinde war nach der Enthospitalisierungswelle meines Erachtens nicht genügend darauf vorbereitet, mit Menschen zurechtzukommen, die sich anders verhalten, die deviant sind, wie es auch in den Stellungnahmen genannt wurde. Wir haben leider ein betrübliches Forschungsergebnis, dass die Meinung, die Haltung über psychische Störungen in der Gesellschaft vom Trend her negativer geworden ist. Sie werden eher als gefährlich, als beeinträchtigend und insbesondere als störend wahrgenommen.

Aber es ist wichtig, die Beteiligten mit einzubeziehen. Da ist es im Alltag zum Beispiel nicht selten ein Dilemma, dass wir den Anruf bekommen: „Da ist jemand, der sich auffällig verhält – aber sagen Sie nicht, dass ich angerufen habe!“ Wie gehe ich damit um, wenn ich zu dem Betroffenen komme? Ich versuche das zum einen dadurch aufzulösen, dass ich am Anfang häufig sage: „Sie haben mich nicht gerufen. Können wir trotzdem versuchen, ins Gespräch zu kommen? Denn es gibt Rückmeldungen, dass es Störungen gibt.“ Und idealerweise kann ich die Anrufer auch davon überzeugen, dass es doch sinnvoll ist, dass sie kundtun, wer sich gemeldet hat.

Aber jeder Fall ist einzigartig, jede Situation ist einzigartig, und da wiegt auch ein Bauchgefühl; deswegen dieser letzte Spiegelstrich der inneren Richtschnur. Da brauchen wir noch ein bisschen mehr an äußeren Impulsen und Initiativen, wie wir so eine innere Richtschnur entwickeln können und wie wir damit in einer speziellen Situation umgehen.

Die unterschiedlichen Untersuchungsergebnisse bezogen sich darauf, wie Zwang erlebt wird, also ob es nur traumatisierend ist. Das glaube ich nicht, aber wir sollten natürlich die traumatisierenden Aspekte genau herausarbeiten, gerade die Situation, die Professor Heinz beschrieben hat:

Eine Person verhält sich auffällig, die Polizei wird gerufen (insbesondere außerhalb der Tageszeiten; das ist ja in vielen Regionen so). Das Erscheinen der Polizei erzeugt zusätzliche Angst; Angst mündet in Aggression, dadurch ist der Tatbestand der Fremdgefährdung gegeben; dann in die Klinik. So, wie es Professor Heinz beschrieben hat, ist es in solchen Situationen wichtig, möglichst gut, intensiv und gezielt mit den Betroffenen ins Gespräch zu kommen. Das erfordert viel Zeit. Diese Zeit fehlt uns im Alltag gelegentlich, das muss ich einfach nüchtern so feststellen. Wenn dann die Dienstzeit zu Ende ist – damit will ich jetzt nicht das Klischee des Beamten bedienen, der um vier Uhr die Tür schließt, sondern es gibt auch ein Maß, wo es eben nicht mehr weitergeht, wo auch die Belastbarkeit an Grenzen stößt, auch der Professionellen.

Dann die Frage nach dem Umgang mit den Betroffenen. In einer Folie stand: verhandeln statt behandeln. Ich würde es noch um eine Nuance erweitern: verhandeln über das Behandeln. Das heißt, es ist immer wichtig, mit welcher Haltung ich an die Betroffenen herantrete. Sind das für mich kranke Menschen, die ich als Profi nur einzigartig wissend behandeln kann? Oder sind das Menschen, mit denen ich versuche, auf Augenhöhe – und da wurden ja schon Stichworte genannt: Open Dialogue (das Gespräch über die Behandlung), Informed Consent und dergleichen.

Ich habe auch mitgenommen aus den Erfahrungen in Italien, da hieß es: verhandeln, verhandeln, verhandeln, den ganzen Tag, rund um die Uhr verhandeln. Diese intensive Zuwendung, die die Betroffenen nicht immer nur als Zuwendung erleben, sondern teilweise auch als Belästigung, kommt nach meiner Erfahrung am Ende aber so

an, dass wir ins Gespräch kommen; dies hilft auch, Zwang zu vermeiden. Aber wir haben bislang zu wenig Möglichkeiten der Prävention von Eskalation, von Situationen, die in Zwang führen können.

Matthias Rosemann

Ich möchte das, was Herr Gagel gerade gesagt hat, ergänzen: Wenn man an Verhandeln, Verhandeln, Verhandeln anknüpft, sind wir in einer Situation des Hilfesystems, wo das eine Einrichtung allein nicht mehr kann. Wenn ein Sozialpsychiatrischer Dienst für einen Landkreis mit 260.000 Einwohnern vier Mitarbeiter hat, dann besteht für die einzelnen Mitarbeiter eines Sozialpsychiatrischen Dienstes kaum noch die Möglichkeit, das in der Intensität zu tun, wie Herr Gagel das gerade beschrieben hat.

Das Gleiche wird jeder Anbieter von betreutem Wohnen oder ein Krankenhaus sagen. Das heißt, diese Funktion, dass man das tut, wird nur gelingen, wenn sich die beteiligten Akteure zusammentun und das als eine gemeinsame Aufgabe und gemeinsame Verantwortung begreifen. Wir haben immer wieder mal eine Diskussion über die Frage (das begegnet mir jedenfalls in vielen Regionen): Ist das etwas, was man behandeln muss? Gehört der ins Krankenhaus? Muss man eine ambulante Behandlung finden? Oder ist das etwas, mit dem ihr euch im sozialen Feld irgendwie auseinandersetzen müsst?

Schon die Frage skizziert das Problem. Wenn die Verantwortung entweder bei dem oder dem liegt, dann wird immer einer scheitern. Und wenn das als gemeinsame Verantwortung begriffen wird und man eine gemeinsame Lösung suchen muss, dann sind die Chancen größer. Das heißt nicht, dass es immer gelingt. Aber die Chancen sind größer, auch kreative Lösungen zu finden.

Peter Dabrock

Sie repräsentieren hier zum einen die Betroffenenperspektive und zum anderen die Arbeit in der Gemeindepsychiatrie. Wir hatten in der letzten Runde schon die Frage nach der Patientenverfügung; Andreas Lob-Hüdepohl hatte sie aufgeworfen. Patientenverfügungen bieten nicht nur die Möglichkeit zu Unterlassungen, sondern auch zu bestimmten Handlungen; das wurde mit der Odysseus-Verfügung angesprochen. Da ist meine Frage an Sie: Welche Erfahrungen und welche Erwartungen haben Sie an das In- und Miteinander der verschiedenen Vorsorgeinstrumente? Herr Gagel, Sie hatten gesagt: verhandeln, verhandeln, verhandeln. Da würde ich spontan sagen: Das spricht dafür, dass man jenseits der klassischen engen Patientenverfügung auch Betreuungsverfügung und Vorsorgevollmacht starkmacht.

Herr Rosemann, Sie haben gerade angesprochen, wie prekär das Ineinander und die Schwelle zwischen ambulant und stationär an der Stelle ist, jetzt aus Ihrer Perspektive, der Gemeindepsychiatrie heraus. Was sehen Sie möglicherweise an Handlungsperspektiven, wie man eine stärkere Durchlässigkeit von ambulant und stationär auf der sachlichen wie auf der institutionellen Ebene ermöglichen kann?

Dann hatten Sie von den Alternativen gesprochen, die Sie mit verschiedenen Projekten versuchen zu etablieren. Da würde mich konkret interessieren, welche Alternativen Sie im Blick haben, um möglichst milde mit psychischen Abweichungen umzugehen.

Franz-Josef Bormann

Ich habe eine begriffliche Frage. In den Überlegungen, die wir in der Gruppe angestellt hatten, spielte immer das Verhältnis der Begriffe Zwang und Gewalt eine größere Rolle. Jetzt hat-

ten Sie, Herr Gagel, zu Recht darauf hingewiesen – also mit Blick auf die Zwangsmaßnahmen war eine Unterscheidung notwendig: Einige wirken traumatisierend, und einige würden teilweise als eher hilfreich empfunden, und zwar aus der Betroffenenperspektive. Ich würde da gern anknüpfen und nachhaken: Gilt Analoges auch für Gewaltphänomene? Oder gäbe es in Ihrem Kontext eigentlich gar keine Rechtfertigung dafür, Phänomene der Gewalt hier als einschlägig zu identifizieren?

Ich komme darauf, weil die Wohnungsproblematik oft angesprochen wurde. Das ist eine für die Lebensführung existenziell wichtige Perspektive. Ich könnte mir vorstellen, dass drohender Wohnungsverlust eine sehr einschneidende Maßnahme ist, die durchaus als gewaltsam erlebt wird. Wenn Sie noch einmal eine Stellungnahme in diese Richtung geben könnten, gerade mit Blick auf die Frage: Spielt Gewalt hier eine Rolle? Kann es eine gerechte Form von Gewalt geben? Welche Möglichkeit der Vermeidung solcher Maßnahmen sehen Sie?

Jurand Daszkowski

Ich habe die Frage zur Patientenverfügung, und es gibt auch Behandlungsvereinbarungen. Ich denke, die können hilfreich sein. Die Patientenverfügung ist einseitiger Art, eine einseitige Willenserklärung. Man schreibt zum Beispiel, welche Medikamente einem geholfen haben, welche mit erheblichen Nebenwirkungen verbunden waren, was man sich in der Krise zum Beispiel wünscht, welche Maßnahmen vielleicht helfen, durch die Krise zu steuern. Das kann auch sinnvoll und hilfreich sein und das müsste von der Klinik oder anderem Institutionen auch beachtet werden.

Die Behandlungsvereinbarungen sind zweiseitig. Man spricht zum Beispiel mit der Klinik oder ei-

ner Abteilung etwas ab. Aber sie sind, soweit ich weiß, rechtlich nicht bindend. Wir haben in Hamburg vor Jahren versucht, mit einer Abteilung eines Krankenhauses Behandlungsvereinbarungen zu gestalten, und die haben das vorsichtshalber Behandlungsverabredung genannt, damit das rechtlich nicht bindend ist. Aber falls man irgendwie abweicht, sollte der Oberarzt erklären, warum das geschehen ist.

Sicher, wenn beide Seiten bereit sind, kann das sicher helfen, Zwang zu vermeiden. Das ist auch in dem Buch *Prävention von Zwangsmaßnahmen* in einem Kapitel beschrieben. Ich wäre dafür, dass das öfter praktiziert wird.

Matthias Rosemann

Ich würde da gern direkt anschließen. Es gibt diese beiden vom Bundesministerium für Gesundheit geförderten Projekte zur Beschreibung der Situation von Zwangsmaßnahmen im psychiatrischen Hilfesystem und zur Vermeidung von Zwangsmaßnahmen. Beide Projekte unterschiedlicher Konstellation haben einen gemeinsamen Beirat, der vor 14 Tagen das erste Mal getagt hat. In diesem Beirat gab es eine lebhaftige Debatte zwischen beteiligten Experten über die Frage der beiden Instrumente Behandlungsvereinbarung und Patientenverfügung. Aus einer der beteiligten Regionen beschrieb ein Chefarzt seine Erfahrung: Wenn jemand eine Patientenverfügung mache und dann auf der Station sei und sage, die würde er jetzt widerrufen, dann würden die Gerichte das in der Regel als Widerruf akzeptieren.

Die Fachwelt hat bisher kein geschlossenes Bild über diese Instrumente und wie sie wirkungsvoll einzusetzen sind. Deswegen gibt es im Rahmen dieser Projekte ein Projekt, das sich mit Behandlungsvereinbarungen und den Auswirkungen auf die Anwendung von Zwang auseinandersetzt.

Das ist ein Kooperationspartner unseres Projektes; das UKE [Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf] in Hamburg wird sich damit noch intensiver beschäftigen, um darüber auch wissenschaftliche Informationen zu erheben.

Aber die Fachöffentlichkeit diskutiert die beiden Instrumente sehr unterschiedlich, und insofern gibt es noch Handlungsbedarf auch die Zukunft, wie man die Instrumente rechtssicher gestaltet.

Die andere Frage war das prekäre Verhältnis, wie Sie es genannt haben, zwischen stationär und ambulant. Ich vermute, Sie haben mit „stationär“ das Krankenhaus gemeint und mit „nicht stationär“ die Heimeinrichtung. Ich würde das nicht als ein prekäres Verhältnis bezeichnen, sondern als unterschiedliche Aufträge im Betreuungssystem. Krankenhäuser verstehen sich heute – Gott sei Dank, das ist das Ergebnis vieler Jahre gemeinsamer Arbeit – als ein Ort, in dem man Krankheit möglichst kurzfristig behandelt.

Die nächste Frage ist die, wenn man eine Krankheit kurzfristig im Sinne von Krisenintervention behandelt, die Krankheit aber weiter fortbesteht oder die Behandlung nicht den Erfolg hat, den sich diejenigen, die mit den Menschen außerhalb des Krankenhauses zu tun haben – das können Familienangehörige sein, aber auch die Mitarbeiter des betreuten Wohnens oder die Kollegen der Werkstatt, in denen der Mensch arbeitet. Wenn sich der Behandlungserfolg nicht einstellt, dann entsteht ein Konflikt.

Die Frage, die wir für die Zukunft im psychiatrischen Hilfesystem werden lösen müssen, ist: Wo bespricht man diesen Konflikt? Wo sind die Kommunikationsflächen, um sich darüber auszutauschen? In vielen Regionen arbeitet man im Rahmen von Hilfeplankonferenzen gut zusammen. Es gibt Regionen, die entwickeln noch zusätzliche Strukturen: gemeinsame Fallberatung;

es gibt unterschiedliche Instrumente, an denen man ansetzen kann, um die unterschiedliche Perspektive auf den Menschen und die damit verbundenen Probleme miteinander zu erörtern, immer vorausgesetzt, der Mensch, um den es geht, ist an diesen Gesprächen beteiligt oder stimmt ihnen zu. Auch da sind sämtliche Aspekte von Datenschutz und Schweigepflicht zu bedenken. Wenn jemand das nicht möchte, sind vielen Beteiligten die Hände gebunden.

Sie fragen nach Projekten: Ich glaube, Projekte müssen darin bestehen, dass sich die Beteiligten begegnen, um individuelle Lösungen zu finden. Ich möchte nur mal ein Beispiel aus meinem unmittelbaren Alltag erzählen von einem Menschen, der aus geschlossenen Wohnheimen ebenso rausgeflogen ist wie in der Folge aus jeder Einrichtung der Wohnungslosenhilfe in Berlin, weil keiner es mit ihm länger als drei Monate ausgehalten hat. Nun war die Frage: Was tut man? Über einen relativ aufwendigen Prozess ist es uns gelungen, ein Grundstück zu identifizieren, das noch im Besitz des Landes Berlin ist. Das ist nicht mehr so sehr häufig. Es hat eine günstige Lage, und wir konnten das Grundstück anmieten und darauf einen Bauwagen aufstellen. Da hat er es jetzt zweieinhalb Jahre geschafft, mit Auf- und Abs und auch mit Nachbarn, die sich beschweren usw.

Das mag einfach nur als Beispiel dafür dienen, dass es manchmal darauf ankommt, unkonventionelle Wege zu finden, die niemals einer allein schaffen würde. Hätten wir nicht als Organisation die Unterstützung des Bezirksamtes gehabt – das Bauamt war entschieden dagegen, aber hätten wir nicht eine gute Psychiatrie-Koordination und ein engagiertes Gesundheitsamt gehabt, das uns an dieser Stelle unterstützt hat, wäre das nicht gelungen. Man braucht immer viele Koo-

perationspartner, um gemeinsam solche individuellen Wege zu finden. Und diese Wege lassen sich nicht beschreiben; sie haben immer etwas mit der konkreten Situation eines konkreten Menschen zu tun. Was wir schaffen müssen, sind die Strukturen, in denen man diese individuellen Situationen einzelner Menschen vernünftig und angemessen erörtern kann.

Detlev Gagel

Es wird deutlich, wie komplex die Materie ist, auch wenn wir nur von den Versorgungsstrukturen ausgehen; eigentlich ist ja heute das Thema Zwang und unter welchen Bedingungen Zwang stattfindet und wie er vermieden werden kann.

Es gibt in meiner Wahrnehmung nach wie vor eine Lücke zwischen den stationären, teilstationären und ambulanten Angeboten. Wenn Sie heute versuchen, in Berlin einen Termin bei einem niedergelassenen Nervenarzt oder Psychotherapeuten zu bekommen und Sie bekommen den vor der Sommerpause, dann haben Sie Glück. Natürlich gibt es Arbeitsbeziehungen oder engere Kooperationen, und wir haben auch die Kontakte als beteiligte Betreuungseinrichtungen im Bezirk mit den verschiedenen niedergelassenen Kollegen; dann geht es natürlich mal schneller. Aber der Druck in den Kliniken, zu entlassen, ist enorm groß. Das geht manchmal zu schnell, und dann ist das Aufgefangenwerden in der Gemeinde zu wenig ausgereift oder zu wenig ausgebaut.

Als ich angefangen habe, lag die durchschnittliche Liegedauer bei ungefähr zwei Monaten in der Klinik stationär; heute sind es zwischen 17 und 18 Tagen. Da ein Neuroleptikum mindestens zwei, drei Wochen benötigt, bevor es zu einer sichtbaren Wirkung kommt, kann man sich vorstellen, wie wenig Zeit diese zweieinhalb Wochen Behandlung eigentlich ausmachen.

Wir schließen jetzt mit den Betroffenen seitens der Sozialpsychiatrischen Dienste keine Behandlungsvereinbarungen ab, weil wir explizit nicht behandeln. Also wir haben den Versorgungsauftrag, zu betreuen, zu beraten, Hilfe zu vermitteln, aber eben keinen SGB-V-Auftrag.

Von der Klinik weiß ich, dass dort auch ein Dilemma besteht, da diese Verhandlungsvereinbarung am günstigsten zu schließen ist, wenn sich die Betroffenen stabilisiert haben und dann auch bereit und in der Lage sind, über die vergangene Behandlung zu reflektieren, sie aber dann in der Regel schon wieder entlassen sind, also gar nicht in der Klinik erreichbar sind. Jetzt wird mit denjenigen, die in der Institutsambulanz der Klinik versorgt werden, zunehmend angestrebt, Behandlungsvereinbarungen zu erreichen,

Eine Frage, die mich nachher am juristischen Part noch interessieren würde: Wie ist eigentlich dieses Dilemma zwischen Patientenverfügung und was heute früh schon angesprochen wurde: „Ich möchte nicht psychiatrisch behandelt werden“ und der Notsituation, die sich aus dem Ordnungsrecht im Sinne des PsychKG entwickelt? Wann kann eine betroffene Person gegen den Willen untergebracht werden, selbst wenn sie vorher verfügt hat, dass sie das nicht wünscht? Also die Abwägung zwischen diesem Freiheitswillen und der persönlichen Freiheitseinfaltung auf der einen Seite und der Frage, wann das gravierend eingeschränkt werden kann.

Jetzt war noch die Frage nach dem Verhältnis von Gewalt und Zwang und wie wir das begrifflich sortieren können. Die Gewalt findet ja gelegentlich wechselseitig statt: Auch die Betroffenen üben Gewalt aus, wenn sie zum Beispiel angstgetrieben, wie Herr Heinz geschildert hat, andere Menschen angreifen, und dadurch, dass solche Situationen entstehen, können auch Ge-

genaggressionen und Gegengewalt auftauchen. Sie haben sicher auch von dem Polizisten gehört, der am Alexanderplatz einen Mann im Brunnen erschossen hat. Da gibt es weitere Vorfälle; das muss man noch einmal genau betrachten.

Wir wissen, dass die Gewalterfahrung in jedem Fall traumatisierend ist. Das ist unbezweifelbar. Wir wissen aber auch, dass Opfer zu Tätern werden, also Betroffene, die Gewalt erfahren haben, später selbst Gewalt ausüben. Nicht wenige Familienrichterinnen klagen darüber, dass sie, wenn sie versucht haben, von Gewalterfahrung betroffene Frauen irgendwie aus dem System der Gewalterfahrung herauszubringen, erfahren müssen, dass sich die Betroffenen wieder in dieses System begeben haben. Diese Gewalt-Zwang-Spannweite ist sehr komplex und in jedem Einzelfall anders gelagert. Aus meinem Psychologiestudium habe ich im Hinterkopf, dass Aggression auch eine Form von Zuwendung ist. Wie weit und ab wann die Zuwendung traumatisierend wird, das ist die Frage.

Aber wir wissen – vielleicht an der Stelle auch wieder eine positive Erfahrung –, dass mittlerweile die Mitarbeiterinnen der Berliner Polizei auch in deeskalierenden Maßnahmen und Strategien geschult sind. Das schließt nicht aus, dass es im Einzelfall trotzdem zu traumatisierenden Gewaltanwendungen kommt: die berühmte Acht, die dann angelegt wird, oder wo Menschen wie Strafgefangene abgeführt werden. Da ist noch viel an Verbesserung der Qualität zu leisten, aber in den vergangenen Jahren gab es schon einiges an Fortschritt, gerade durch diese extremen Vorfälle mit Todesausgang im Zusammenhang mit Polizeieinsätzen

Peter Dabrock

Haben Sie herzlichen Dank für Ihre Ausführungen. Ich danke Ihnen, Herr Daszkowski, dass Sie

uns als Sachverständiger aus der Beteiligtenperspektive zur Verfügung gestanden haben und Ihre Erfahrung, Ihr Wissen und Ihre Kompetenz eingebracht haben, und natürlich auch Herrn Rosemann und Herrn Gagel aus der Gemeindepsychiatrie-Erfahrung.

Ich fand zwei Äußerungen von Ihnen aus der letzten Runde interessant: Da haben Sie Rahmenbedingungen für unkonventionelle Lösungen gefordert. Das ist genau das, was den Spannungsreichtum der Fragestellungen ausmacht. Und dann kommen wir dazu, was Herr Gagel gesagt hat: Wir merken – wir haben es geahnt, aber es ist etwas Besonderes, wenn wir es im Detail merken –, was für eine komplexe Materie das ist. Es ist eben nicht nur einfach eine Materie, sondern es ist ein Rahmen, von dem Menschen betroffen sind. Haben Sie herzlichen Dank dafür!

Begleitung und Betreuung

Peter Dabrock

Ich darf zunächst Frau Gudrun Tönnies begrüßen. Sie ist Genesungsbegleiterin und selbstständig mit der Weiterbildungsagentur LebensART. Anschließend kommt Herr Stephan Sigusch mit seinem Beitrag; er ist Geschäftsführer und Vereinsbetreuer des Betreuungsvereines Oschersleben. Dann spricht Frau Petra Rossmann zu uns; sie leitet das Projekt „Stärkung der Patientenrechte in der psychiatrischen Versorgung“ bei Gesundheit Berlin-Brandenburg e. V.

Gudrun Tönnies

Guten Tag, ich freue mich über die Einladung. Mein Vortrag heißt: „Erfahrungen mit Zwang sind prägend“. Ich bin Genesungsbegleiterin und werde auch über Genesungsbegleiter erzählen.

Einen Spruch möchte ich einbringen: „Wir selbst müssen die Veränderung sein, die wir in der Welt sehen wollen“ von Gandhi.

Als ehemalige Psychiatriepatientin werde ich aus der Sicht der Begleiterin zu sprechen und auch auf meine eigenen Erfahrungen zurückgreifen. Es ist schwierig, aber wichtig und unerlässlich, die Erfahrungen und Sichtweisen von allen Beteiligten im psychiatrischen Hilfesystem zu dem Thema zu analysieren. Mir wurde eine Menge Material, die Antworten fast aller Beteiligten auf einen langen Fragenkatalog zugestellt. Viele Informationen bekam ich auch ungefragt von offiziellen Betroffenenvertretern, nachdem ich in einer Facebook-Gruppe von Psychiatrie-Pflegenden mit Pflegepersonen im Gespräch war.

Das Thema ist hochbrisant. Mir wurde mitgeteilt, dass ich benutzt werde und dass diese Veranstaltung nur eine Alibiveranstaltung sei. Wie auch immer: Ich bin hier und hoffe, dass es nützlich ist.

Heute werden verschiedene Blickwinkel zusammengefügt und ich bin besonders dankbar für die Ausführungen von Herrn Zinkler aus der Praxis, die deutlich machen, dass Zwangsmaßnahmen nicht zwangsläufig Teil der psychiatrischen oder sonstigen Behandlung sein müssen. Darauf gehe ich später noch ein. Das ist jetzt nicht so wesentlich. Ich habe eine kleine Umfrage gemacht.

Beim Thema Zwang zeigt sich schnell ein Spannungsfeld zwischen teilweise verhärteten Fronten auf der Ebene von Betroffenenorganisationen und deren Vertretern und einer anscheinend unwissenden Gesellschaft und den Verantwortlichen. Deutlich wird auch der große Rede- und Verarbeitungsbedarf bei Betroffenen und bei pflegenden Personen, den ich zum Teil auch als Referentin in der Fachpflege-Ausbildung erlebe. Es ist sehr wichtig, dass wir als Menschen mit

eigenen Sicherheitsbedürfnissen auch jenseits der akuten Notsituation näher zueinanderrücken und uns aus verschiedenen Blickwinkeln austauschen.

Bevor ich zu den anderen Blickwinkeln komme, erzähle ich kurz von meinen Erfahrungen. Ich habe bei der Beantwortung des Fragenkatalogs gemerkt, wie belastend es noch immer für mich ist, wenn ich mich mit dem erlittenen Zwang im Rückblick beschäftige. In der damaligen Situation habe ich einiges nicht als allzu schlimm empfunden; vermutlich hat es sich im Vergleich zu den vorangegangenen Gewalterfahrungen damals nicht so gravierend angefühlt.

Die Androhung und Ausübung des Zwanges hatte auf mich bisweilen etwas Groteskes. Es begann damit, dass ich mich freiwillig in der Psychiatrie befand und trotzdem auf einer Station eingeschlossen war. Es setzte sich fort mit der Gabe von Medikamenten, über deren Wirkung ich nicht aufgeklärt wurde. Was in mir Widerstand auslöste, war das Selbstverständnis, mit dem nach Regeln agiert wurde, über die man mich nicht aufgeklärt hatte. Der Anlass für meine Fesselung an Händen und Füßen war gewesen, dass ich meinen Gehgips gefährdete, der allerdings bereits überflüssig war. Nachfragen in der früheren behandelnden Klinik und eine behutsame, ernstnehmende Kommunikation mit mir hätten das mehrfache Fesseln über den Zeitraum von Stunden überflüssig machen können.

Auch einige Sprüche wie die Androhung von Erinnerungsbändchen waren überflüssig und zynisch. Ebenso hätte man mir auch, ohne dass ich darum hätte bitten müssen, die Hände freimachen können, nachdem man mir das Essen hingestellt hatte. Meine Reaktion damals, die nach außen heiter-läppisch gewirkt haben mag, bestand darin, im gefesselten Zustand lauthals das

Lied „Wenn Israel was in Egypt's Land“ zu singen; damit brachte ich zum Ausdruck, dass ich mich nicht am richtigen Ort befand und mich auch nicht richtig behandelt fühlte. Mich gegen Gewalt zu wehren hatte ich im Leben zuvor gelernt. Aber in diesem Setting, wo ich eigentlich Wohltat oder Erholung hätte erfahren sollen, war ich erstens nicht auf Gewalterfahrung eingestellt, und zweitens bekam ich schnell den Eindruck, dass ein Zur-Wehr-Setzen in dieser Situation möglicherweise noch weitere Erziehungsmaßnahmen nach sich gezogen hätte.

Die wohl meinem Wohl dienenden Maßnahmen hatten die beabsichtigte Wirkung komplett verfehlt. Sie führten zunächst zu einer übermäßigen Compliance und Vorsicht, die mich doch relativ schnell die Diagnose der Schizophrenie annehmen ließ. Das ist zusammen mit der Zwangsmedikation sicher etwas, was meinen Lebensweg für lange Zeit eingeschränkt hat und mich mit meinen Möglichkeiten nachhaltig behindert hat.

Eine Nachbesprechung zu einzelnen Maßnahmen hat es nicht gegeben, wohl ein Abschlussgespräch nach zwölf Jahren Schizophrenie-Diagnose, für die letztendlich auch ich die Verantwortung übernommen habe, indem ich die mir über Jahre aufgezwungene Medikation abgesetzt hatte und meine Psychiatrie-Behandlung 1994 beendete.

Als potenzielle Patientin habe ich Jahrzehnte später eine Patientenverfügung verfasst und meiner Lebenspartnerin eine Betreuungsvollmacht gegeben. Insofern habe ich die Verantwortung für mich und eine hoffentlich nicht mehr nötige Behandlung übernommen. Das schützt mich aber nicht vor den Mangelzuständen in einem Behandlungssetting. Von 1998 bis 2009 arbeitete ich als Ergotherapeutin in psychiatrischen Settings. Ich selbst kam nie in die Lage, dass ich

Zwang anwenden musste (außer dass ich vielleicht keine andere Alternative anzubieten hatte als die Werkstatt als Alternative zur Tagesstätte).

Seit 2010 bilde ich EX-IN-Genesungsbegleiter aus. Die ursprüngliche EX-IN-Bewegung kam mit der Aussage in die Welt, dass Peers die Psychiatrie verändern. Ich denke, dass die neue Berufsgruppe Genesungsbegleiter tatsächlich etwas in der Psychiatrie bewirken kann, und zwar im Hinblick auf die Beziehung zwischen Personal und Patienten. Die Psychiatrie zu verändern ist Aufgabe der Klinikträger, der Kostenträger, der Berufsverbände und der Politik.

In meiner Arbeit als EX-IN-Kursveranstalterin bin ich in der komfortablen Situation, dass ich ehemalige Patienten direkt zu ihren Erlebnissen befragen kann. Da ich das Thema aktuell nicht im Kurzkontext einbringen konnte, habe ich eine kleine Umfrage erstellt, die einiges sichtbar macht.

Ich gehe hier nicht auf alle Punkte ein; gern stelle ich die kompletten Ergebnisse zur Verfügung. Sicher sind die Fragestellungen wissenschaftlich nicht haltbar, ich bitte aber um Nachsicht, da es sich hier um ein Peer-Forschungsprojekt handelt. Situationen, in denen die Teilnehmer „wohltätigen“ Zwang erfahren haben, waren folgende: Einschluss, also geschlossene Abteilung, kein freier Ausgang. Das ist vergleichsweise harmlos, aber letztendlich doch Freiheitsberaubung, so sieht das ein Teilnehmer der Befragung.

„Während meiner Therapie wurde ich auf eine sogenannte Intensivstation im Keller gebracht, hatte ein Bett im Flur, wurde bis auf einen Arm fixiert, auch Bauchgurt. Durfte nicht auf die Toilette, bekam im Flur eine Bettpfanne ins Bett und wurde sogar mit dem Bett ins Raucherzimmer gefahren. Ich hatte der Therapeutin Suizidgedanken geäußert und wollte nicht auf Station bleiben, diese Maßnahme war aber dennoch für mich überzogen und grausam. Ich war einen Tag und eine Nacht fixiert.“

Nächstes Zitat:

„Da ich unter akuter Anorexia nervosa litt und ich stark abgenommen hatte, ließ ich mich erst freiwillig auf einer Intensivstation aufnehmen. Dort nahm ich weiter an Gewicht ab und die Psychiater meinten, ich müsste erst einmal zunehmen, um auf die Psychotherapie-Station zu kommen. Da ich aber nicht zunahm, legten die Ärzte mir eine Magensonde. Ich wurde über mehrere Wochen künstlich ernährt, bis ich auf die Psychotherapie-Station verlegt wurde. Diese Art von Zwang war für mich traumatisch.“

Dann gibt es zwei Aspekte zu Medikamenten:

„Hätte ich die Medikamente nicht genommen, wäre ich entlassen worden. Mir wurde gedroht, dass, wenn Sie die Medikamente nicht nehmen, können wir auch anders.“

Das sind ein paar Zitate; ich werde nicht alle vorlesen. Ich frage mich, und das sollten Sie sich auch fragen, vielleicht sollten wir uns das alle fragen: Wer ist für diese Situation verantwortlich? Wie lassen sie sich verhindern und wie lassen sie sich in Zukunft verändern? Stellen Sie sich die Frage, ob wirklich alle Alternativen ausgeschöpft sind.

Hier ist eine von mehreren Situationen, die mir Krankenpfleger kürzlich schilderten, auf die Frage: In welcher Situation halten Sie Zwang, der dem persönlichen Schutz des Patienten dienen soll, für unvermeidbar? Eine dieser Antworten war:

„Am eindrucksvollsten fand ich, als ein Patient immer wieder mit Anlauf den Kopf gegen die Stahltür schmetterte, obwohl er zur Eigensicherung schon isoliert war. Jeden Versuch, ihn davon abzuhalten, beantwortete er mit körperlicher Aggression. Da war leider kein Handlungsspielraum mehr, und der Patient musste fixiert werden. Ob es jetzt eine Wohltat für ihn war, würde ich nicht behaupten. Er hat so oder so stark gelitten, insofern passt der Begriff wenig. Der Zwang dient ausschließlich zur Vermeidung von Schlimmerem. Da aber psychische Erkrankungen subjektiv als Schmerz empfunden werden und solche drastischen Verhaltensweisen ja zur Kompensation eben dieser Schmerzen dienen, bin ich mir zunehmend unsicher, wo die Grenze ist. Eine Fixierung oder Isolation heißt auch immer, den Patienten ein Stückchen mit seinem Schmerz alleine zu lassen.“

Das ist eine Notlage, die ein Krankenpfleger schilderte, die im Übrigen hier fehlen, also die Pflegenden, die wirklich vor Ort den Zwang anwenden müssen.

Es gibt die Not des Patienten, der sich vielleicht nicht angemessen ausdrücken kann, und eine behandelnde Person muss sich klarmachen, dass es auch die eigene Not gibt. Dafür muss das gesamte behandelnde System inklusive der politischen Entscheider Mitverantwortung übernehmen.

Den Notlagen in der Behandlung muss vorgebeugt werden, damit diese nicht zur Ausnahme im Sinne von „Ich hatte keine andere Wahl“ werden. Die Behandelnden dürfen nicht leugnen bzw. sollten sich eingestehen, dass durch die Not der Betroffenen, die beispielsweise selbstgefährdendes Verhalten zeigen, sie selbst in eine Notlage kommen, in der sie keine Alternative außer einer Zwangsmaßnahme haben, und dass sie zu Tätern werden, aber eben nicht zu Wohltätern. Das ist ein bisschen provokativ, aber manche empfinden das so.

Wir müssen uns fragen: Warum werden Menschen in Situationen, in denen sie extrem leiden, noch mehr gequält? Viele mussten vor ihrem Psychiatrie-Aufenthalt schon etliche andere Traumatisierungen erleiden.

Wie viele nicht geahndete Straftaten an Menschen begangen werden, auch noch in der heutigen Zeit, erlebe ich immer wieder, wenn meine Kursteilnehmer aus ihrer Vorgeschichte erzählen. Okay, keine psychische Krise oder Erkrankung ist einfach nur vom Himmel gefallen. Ich glaube, dass das Bild des unzurechnungsfähigen Menschen noch sehr prägend ist. Auch wenn der Zugang zu den Menschen in einer akuten Zuspitzung nicht oder kaum möglich ist, heißt das nicht, dass die Person auf ganzer Linie nichts fühlt oder versteht.

Ich hätte gern noch viel Werbung für Genesungsbegleiter gemacht. Eines möchte ich noch zu bedenken geben: Eigentlich stehen wir alle vor dem gleichen Problem, auch wenn wir uns aktu-

ell unserer Rolle sicher wähen. Jeder von uns kann früher oder später durch die eine oder andere Erkrankung, durch Unfall oder Begleiterscheidungen des Älterwerden in hilflose Ausnahmestände geraten, auch Sie, und wir müssen uns einschließlich der Entscheider in der Politik darüber Gedanken machen, wie denn eine optimale oder zumindest verträgliche Behandlung für uns selbst oder unsere nächsten Verwandten aussehen sollte. Hier habe ich wieder ein schönes Zitat von Friedrich Dürrenmatt: „Was alle angeht, können nur alle lösen.“

Stephan Sigusch

Vielen Dank für die Einladung. Ich werde meinen Vortrag halten als jemand aus der Praxis, ich werde mich nicht an den Fragen orientieren. Ich bin hier in unterschiedlichen Rollenfunktionen, die eine: Begleitung von Angehörigen. Angehörige, die als ehrenamtliche Betreuer oder Bevollmächtigte tätig sind, haben bei uns im Verein Anspruch auf eine Beratung. Wir machen auch Fallberatung, das heißt, wenn das Problem da ist, dass der rechtliche Vertreter handeln muss, können die zu uns kommen und es gibt dann die Möglichkeit zu schauen.

Die andere Funktion: die Tätigkeit als rechtlicher Betreuer. Ich führe im Verein beruflich Betreuungen durch, bin also Betreuer. Betreuer – da war doch was? Die öffentliche Darstellung: Betreuung ist schlecht, Betreuer sind böse. Böse werde ich dann, wenn ich im Jahr 2017 von Betreuern, Richtern, Ärzten höre: „unter Betreuung stehend“. Diese Entmündigung im Kopf gehört endlich abgeschafft. Wenn ich unter Betreuung stehe, stehe ich nicht gleichwertig da, ich bin entmündigt. Das geht nicht. Der Betreute steht auf Augenhöhe. Ich habe als Betreuer die Funktionen, die Aufgaben, die ich vom Gericht übertragen bekommen habe, wahrzunehmen. Ich

komme dann ins Spiel, wenn es keine Vollmacht mehr gibt oder wenn die Vollmacht gescheitert ist, wenn Angehörigen-Betreuer gesagt haben: „Ich mache das nicht, das ist mir zu schwierig. Ich bin durch die Problemlagen, die sich über viele Jahre entwickelt haben, bereits so involviert; das mache ich nicht.“

Das Gericht hat auch die Notwendigkeit erkannt: Hier muss jemand rechtlich zur Seite stehen, nicht unter, sondern daneben. Ich stehe daneben als Betreuer.

Dabei ist die Perspektive die Vermeidung von Zwangsmaßnahmen. Ich muss gucken und das transparent darstellen: Wie komme ich als Betreuer zu einer Entscheidungsfindung? Der Betreute hat Anspruch darauf, dass ich transparent darlege: Was habe ich gemacht, was habe ich geschaut? Was habe ich getan? Und auch meine eigenen Qualifikationsansprüche – Qualität kommt nur, wenn ich nachvollziehbar darstelle, was ich gemacht habe. Damit tun sich viele schwer.

Plan A: Beratung bei der Entscheidungsfindung. Kann ich meinen Betreuten bei dem, was zu entscheiden ist, beraten? Da, wo es möglich ist, hat das immer Vorrang.

Plan B: Unterstützung bei der Entscheidungsfindung, also zeigen: Was bedeutet diese, was bedeutet jene Entscheidung? Welche Alternativen wären eventuell gegeben?

Plan C ist dann die Entscheidung als Betreuer. Da muss ich Entscheidungen treffen, und zwar so: Wie hätte mein Betreuer entschieden, wenn er entscheiden könnte? Paragraph 1901 BGB ist der rote Faden, der dem Betreuer vorgibt: Hieran musst du dich entlanghangeln und gucken, links, rechts, links, rechts – was hätte der Betreute gewollt, wenn er könnte?

Ich muss dann auch Kommunikation machen. Das ist ganz wichtig, das ist das A und O. Ich muss Problemlagen aufzeigen, zur Not auch plakativ aufzeigen, so richtig einmal den Spiegel vorhalten: Das, was ihr wollt, was macht das? Was bedeutet das?

Irgendwann hatte ich die Erfahrung bei Beratung für freiheitsentziehende Maßnahmen, so eine Fixierung ist ja halb so schlimm. Es entwickelt sich so ein Selbstverständnis: Es kann ja nicht schlimm sein. Ich hatte 2009 noch eine Schulung nach dem ReduFix-Modell von Professor Klie. Wenn ich Inhouse-Schulungen in Einrichtungen mache, gucke ich, dass da ein Pflegebett mit einem Fixierungssystem ist, und die PDL [Pflegerdienstleitung] legt sich rein. Dann sage ich irgendwann: „Okay, Raucherpause.“ Und keiner macht Anstalten, sie freizulassen. [lacht]

Das ist ein Erfahrungswert. Bevor sich jemand reinlegt – was wollen die Leute machen? Eine rauchen gehen, auf Toilette gehen; ich weiß ja nicht, wie lange ich hier liege. Solche Erfahrung kann dann mithelfen.

Diesen Punkt habe ich vergessen: Wer will warum welchen Zwang ausüben. Wenn es heißt: freiheitsentziehende Maßnahmen, weil er ja stürzen könnte. Ja, hat er nicht das Recht zu stürzen wie jeder andere? Warum soll er fixiert werden? Zur Pflegeerleichterung? Vielleicht in einer Behinderteneinrichtung, weil er auffällig ist, es nur einen Mitarbeiter in der Nachtschicht gibt und er dann fixiert mit vier Leuten in einem Zimmer liegt? Geht nicht. Also wer will wie und warum jemanden fixieren?

Das heißt: Wo liegt das Problem? Wo ist eine Dokumentation des Problems erfolgt? Was war Auslöser, dass jemand Zwang ausüben möchte?

Prüfen der Verhaltensauffälligkeiten: Gibt es bestimmte Sachverhalte? Es gibt ja manchmal so Punkte, wo man sagt: Auf einmal geht der hoch wie eine V8. Ein Betreuer von mir wollte immer unbedingt aus der Geschlossenen oder aus dem geschlossenen Heim raus, dienstags bis samstags. Früh um sechs stand er da und hat Rabatz gemacht: „Ich will hier weg.“ Es konnte sich keiner erklären. Es war nur dienstags bis samstags; montags und sonntags war er ruhig, keine Auffälligkeiten. In der Fallbesprechung kam raus, durch die Pflegehilfskraft: „Ja, den kennen wir vom Ort. Das war immer der Erste beim Bäcker. Es gab niemand, der vor ihm da war.“ Problemlösung: vom Taschengeld morgens eine Tüte mit Brötchen. Und einen dezenten Hinweis: „Du warst schon da gewesen.“ „Mensch, gut, Mädels, das wäre peinlich, noch mal hinzugehen.“

Also einfach gucken: Was kann man für Alternativen anbieten? Bringen diese Alternativen etwas? Welche Maßnahmen habe ich im Vorfeld entwickelt zur Abwehr von Zwang? Und dann wieder prüfen: A, B und C. Was gibt es, was kann ich machen?

Ich schulde eine transparente Entscheidungsfindung. Habe ich mit allen Beteiligten gesprochen? Ärzte, Angehörige, Einrichtung. Entsprechend dokumentieren. Die Kontakthäufigkeit: Spielt das eine Rolle? Muss ich die intensivieren, muss ich die zurückfahren? Wenn jemand das Gefühl hat, er wird verfolgt, und ich stehe jeden Tag bei ihm vor der Tür, dann er ja nicht Unrecht.

Ich muss schauen, dass ich ein transparentes Vertrauensverhältnis zu ihm aufbaue. Er muss wissen: Weshalb mache ich was und wie mache ich was? Ich darf für ihn keine Überraschung darstellen. Wenn der Betreuer kommt: Was macht er? Das muss er einfach wissen. Das sage ich

ihm auch: Deshalb mache ich das. Deswegen: Wenn eine Unterbringung nicht abzuwenden sind, bin ich mit dabei. Dann weiß er auch: Ich war das. In 80 Prozent bleibt das Vertrauensverhältnis bestehen, in 20 Prozent gibt es halt einen Betreuerwechsel. Aber nur dann, wenn ich vorher ein vernünftiges Verhältnis aufgebaut habe.

Immer wieder begründen: Entscheidungsfindung, transparente Begründung, Abwägen der Folgen. Welch möglicher Nutzen für meinen Betreuten könnte durch diese Maßnahme entstehen? Welche möglicher Schaden? Und was ist gegebenenfalls das kleinere Übel?

Das heißt, ich muss auch Querdenker sein. Schwarzer Humor hilft da manchmal, und zu sagen: Leute, guckt doch mal, es kann ja sein, im Tierschutzgesetz sind viel mehr Freiheiten geregelt als in einer Pflegeeinrichtung. Weiß man's?

Als Betreuer bin ich auch Teil des Problems. Also muss ich gucken, ob ich auch ein Teil der Problemlösung werden kann. Mein Betreuer braucht den Schutz eines Verfahrens, dass alle Beteiligten mit einbezogen werden, wenn es darum geht, seine Rechte zu wahren. Das heißt, er steht im Mittelpunkt, für mich nach dem Gesetz sowieso (Paragraf 1901 BGB). Wunsch und Wille des Betreuten, nicht Wunsch und Wille des Betreuers. Das sind gewisse Qualitätsstandards, die man nicht ohne Weiteres hinbekommt.

Warum das Ganze? Na ja. Wenn ich so dastehen würde, sieht das erstens blöde aus, wenn ich nicht nachweisen kann, dass ich im Vorfeld alles getan habe, um genau das zu vermeiden. Meine Betreute ist mehr als stinkig (nachvollziehbar) und der Richter wird fragen: Was hast du im Vorfeld gemacht, um diese Situation zu vermeiden? Engel stehen mir nicht, Krönchen auch nicht, deswegen ist meine Verpflichtung als Betreuer

eine transparente Entscheidungsfindung, im Blickpunkt den Betreuten. Danke.

Petra Rossmann

Herzlichen Dank für die Einladung. Ich bin auch in verschiedenen Funktionen hier: Ich vertrete Gesundheit Berlin-Brandenburg; da bin ich Leiterin von zwei Projekten, einmal von dem Projekt „Stärkung der Patientenrechte in der psychiatrischen Versorgung in Brandenburg“, wo die Hauptaufgabe ist, die Besuchskommission in Brandenburg fachlich zu qualifizieren, die Kliniken begehen, die Unterbringungsbedingungen zu überprüfen und die kommunale Versorgung in Brandenburg fachlich zu koordinieren.

Meine Hauptaufgabe ist aber die Beschwerde- und Informationsstelle Psychiatrie in Berlin zu leiten. Ich werde hier aus dieser Perspektive berichten von den Beschwerden, die an uns herangetragen werden, wenn etwas nicht geklappt hat. Weil Ihnen die Arbeit der Beschwerdestelle vielleicht nicht bekannt ist, werde ich zuerst einen kurzen Einblick geben.

Die Beschwerdestelle ist eine niedrighschwellige Anlaufstelle für Beschwerden von Psychiatrie-Erfahrenen; das sind mit 54 Prozent auch die überwiegenden Nutzerinnen unserer Beschwerdestelle. Menschen, die aktuell nach PsychKG oder BGB untergebracht sind (das sind 3,4 Prozent), wenden sich an uns; Angehörige ungefähr zu einem Viertel. Es können sich auch Professionelle an uns wenden, was sie mit ungefähr 11,5 Prozent auch tun. Und es wenden sich Menschen an uns, die noch keinen Kontakt zur psychiatrischen Versorgung haben und sich beschweren, entweder weil sie eigenständig den Zugang nicht finden oder weil sie von anderen, durch ein Allgemeinkrankenhaus oder das Jobcenter, aufgefordert werden, den Zugang zum psychiatrischen

Versorgungssystem zu suchen und das aber nicht wollen, es ablehnen.

Damit wir Beschwerden bearbeiten können, müssen sie einen Bezug zu Berlin und zur psychiatrischen Versorgungslandschaft haben. Im Zeitraum von 2011 bis 2015 haben wir 2.205 Beschwerden bearbeitet und Kontakt zu 2609 Beschwerdeführerinnen gehabt. Im Durchschnitt relativ konstant erreichen uns dreißig bis vierzig neue Beschwerden pro Monat. Bezogen auf das Thema Zwang waren das 88 Beschwerden in den fünf Jahren.

Die Zahl ist über die Jahre gestiegen bei Menschen, die in Kliniken untergebracht werden und sich an uns gewandt haben. Die häufigsten Anliegen waren die Zwangsunterbringung und Zwangsbehandlung, die dann angesprochen wurden, aber auch Beschwerden über die Einrichtung von der rechtlichen Betreuung oder die Handhabung der rechtlichen Betreuung, wenn das nicht so ideal läuft, wie gerade von Ihnen dargestellt, und die medizinische Behandlung.

Das sind immer die absoluten Beschwerdezahlen, wie oft das benannt wurde. Die Beschwerden richteten sich überwiegend gegen die Kliniken, gegen die Behandlung in der Klinik während der Zwangsbehandlung, zum Teil gegen die rechtlichen Betreuer und die Entscheidung der Amtsgerichte. Insgesamt gab es 331 Beschwerden zum Thema Zwangsbehandlung und Zwangsmaßnahmen. Oft wenden sich Menschen erst an uns, nachdem die Unterbringung abgeschlossen war.

Was ist das Besondere bei Beschwerden zur psychiatrischen Versorgung, von Menschen, die zwangsuntergebracht sind? Einmal handelt es sich oft um die massive Einschränkung von Persönlichkeitsrechten im Zusammenhang mit der psychiatrischen Versorgung. Es bestehen oft

existenzielle Abhängigkeiten und auch eine Alternativlosigkeit.

Im Rahmen der regionalisierten Pflichtversorgung ist eine Klinik und manchmal genau eine Station zuständig, und wenn ich eingewiesen werde, komme ich auch auf diese Station oder es sind diese Personen für mich zuständig. Genauso im Rahmen der rechtlichen Betreuung: Es handelt sich oft um prekäre, zugespitzte Lebenssituationen. Oft gibt es ein eingeschränktes soziales Umfeld und eine Isolation der Personen, die ihre Situation noch prekärer macht.

Oft sind es Erfahrungen von Entmündigung und Fremdbestimmung, die die Situation beeinflussen, eben bei der Zwangsunterbringung oder bei Zwangsmaßnahmen (akut, aber oft auch vorangegangen). Oft gibt es ein schwieriges Kommunikationsverhalten in den Situationen, was die Kommunikation und die Verständigung nicht einfach macht.

Für mich ist grundlegend, dass Zwangsmaßnahmen – so verstehe ich auch die Rechtsprechung oder die Gesetzestexte – immer Einzelfallentscheidungen sein müssen. Es kann keine kategoriale oder standardmäßige Grundlage für Zwangsmaßnahmen geben. Aber Einzelfallentscheidungen sind immer situativ beeinflusst von der Einschätzung und der Interaktion der beteiligten Akteure. Das ist zum einen eine Absicherung durch die Beteiligung unterschiedlicher Instanzen durch die Rechtsprechung, dass ein externer Gutachter und der Sozialpsychiatrische Dienst notwendig sind sowie die Polizei und die Kliniken mit beteiligt sind.

Es gibt aber in diesem Zusammenspiel die Gefahr, was in den Beschwerden oft deutlich wird, dass es einen Gruppendruck gibt, eine Dynamik in den beteiligten Personen, die eben nicht eigenständige Positionen vertreten. Es gibt auch

die Gefahr, dass vorangegangene Situationen und Erfahrungen die situative Entscheidung mit beeinflussen.

Ein zweiter Punkt bei Einzelfallentscheidungen ist der Faktor, dass es ein Spannungsfeld gibt zwischen Ad-hoc-Entscheidungen – jemand wird mit der Polizei in die Klinik gebracht und die Klinik muss entscheiden, oder der Sozialpsychiatrische Dienst wird in die Wohnung gerufen. Da ist oft nicht viel Reflexionsraum und die Möglichkeit, das wirklich zu erwägen, sondern es müssen schnell Entscheidungen getroffen werden.

Auf der anderen Ebene handelt es sich bei Zwangsentscheidungen, was auch von Herrn Gagel und Herrn Rosemann dargestellt wurde, oft um Grundsatzentscheidungen, wo lange zugeschaut und abgewogen wird: Können wir noch länger zuschauen? Wann müssen wir handeln?

Oft besteht die Gefahr, dass der Aktualitätsbezug fehlt, also dass für die Personen, die die Zwangsmaßnahmen erleben, nicht verständlich ist, warum jetzt, nach drei Jahren oder nach fünf Monaten oder nach sechs Wochen reagiert wird. Dann ist oft die Frage: Warum ist jetzt der Punkt, wo eine andere Entscheidung getroffen wird?

Die Gefahr ist immer, dass es der Einfluss ist von außen bedingenden Faktoren (Personalschlüssel, aktuelle Besetzung, Situation der Nachbarn, Entscheidung der Polizei, vorangegangene Situationen). Diese beiden Faktoren, also dass es situativ von den beteiligten Akteuren beeinflusst ist und diese Entscheidung in unterschiedlichen Rahmenbedingungen gefällt wird, können dazu führen, dass es Interessenkonflikte gibt zwischen der betroffenen Person und den entscheidenden Personen, aber auch zwischen den entscheidenden Personen, dass es zu einer

Fehlinterpretationen der Situation und damit auch zu Fehlentscheidungen kommt.

Für mich ist es wichtig, beim Thema Zwang immer mitzudenken, dass es zu Fehlentscheidungen kommen kann und dass es dementsprechend Überprüfungsinstanzen braucht. Oft wird uns in Beschwerden deutlich: Betroffene haben oft den Eindruck, dass diese Einzelfallentscheidung nicht auf sie bezogen stattgefunden hat, sondern durch viele Faktoren bedingt war, die letztendlich dazu geführt haben, aber dass nicht wirklich *ihre* Situation wahrgenommen wurde.

Bezogen auf die Umsetzung von Zwangsmaßnahmen sind die Bedingungen, die die Menschen erleben, sehr unterschiedlich. Sowohl bezogen auf Art und Anlass, also je nachdem, in welcher Klinik sie sind, zum Teil auch je nachdem, welche Station da ist oder welcher Arzt oder Ärztin gerade zuständig ist, ist das Erleben, was zu einer Zwangsbehandlung führt und welche Art der Zwangsbehandlung gemacht wird, sehr unterschiedlich.

Das Maß an Gewaltanwendung ist sehr unterschiedlich, auch die Achtung der Würde. Es gibt immer wieder Beschwerden von Menschen, die im Flur fixiert werden, die unzureichend begleitet fixiert sind, die vor anderen in peinlichen Situationen überwältigt werden, also dass in dem Ganzen eine Würde in der Akutheit der Situation oder zum Teil auch institutionell nicht mitbedacht wird.

Die Dauer und die Überprüfung von Maßnahmen ist sehr unterschiedlich geregelt. Manche fixieren oder sprechen davon, dass es um eine halbe Stunde oder kurze Zeiträume geht. Einige berichten von mehreren Tagen, Wochen Fixierung, auch auf der stationären Psychiatrie, also nicht im Maßregelvollzug.

Das Bemühen um Alternativen und Reflexion (auch Nachbesprechung) wird in den verschiedenen Kliniken und Situationen sehr unterschiedlich gehandhabt. Der Umgang mit Patientenrechten, die Aufklärung über die Maßnahmen, die Aufklärung über ihre Rechte, die Beschwerdemöglichkeiten, ob es Patientenfürsprecher gibt, das Besuchsrecht, Möglichkeiten zum Freigang, zu rauchen – die konkrete Handhabung ist von Station zu Station und von Klinik zu Klinik sehr unterschiedlich, ebenso die Sicherstellung der Dokumentation und die statistische Erfassung.

Das führt dazu, dass durch diese Faktoren, die ich gerade benannt habe, der Eindruck von Willkür entsteht, und das macht es oft schwer, den unverhinderbaren Zwang zu akzeptieren.

Mein Fokus liegt darauf, die Patientenrechte bei Zwangsmaßnahmen zu stärken. Sie wären gestärkt, wenn es eine einheitliche Ausgestaltung bei der Umsetzung von Zwangsmaßnahmen gibt, also wenn sich Art, Anwendung und Dauer (welcher Zwang ist erlaubt?) nicht innerhalb einer Stadt oder innerhalb einer Klinik so unterscheiden, eben dass eine Klinik versucht immer erst zu isolieren, um eine Fixierung zu vermeiden; eine andere Klinik hat baulich gar keine Möglichkeiten zu isolieren, die fixieren immer (auch heute Morgen ist deutlich geworden, dass das unterschiedlich gehandhabt wird); dass es eine patientenorientierte Deeskalation gibt, also Deeskalation nicht im Sinne von: Wie können wir möglichst klar auftreten, damit eine Situation gar nicht erst eskaliert?, sondern zu schauen: Wie kann ich diese Person beruhigen? Wie kann ich in dieser Situation hilfreich sein, wie kann ich sie entschärfen?

Meiner Erfahrung nach, auch aus der Krisenbegleitung, ist es wichtig, Wahlmöglichkeiten zu schaffen, auch in zugespitzten Situationen. Wenn

bestimmte Situationen nicht möglich sind, kann ich zum Beispiel fragen: „Möchten Sie ein Wasser oder einen Kaffee?“ Das kann eine Situation wirklich entschärfen.

Im Berliner PsychKG ist umfänglich festgeschrieben worden (bundesweit ist das nicht festgeschrieben), dass es eine Verpflichtung zur Aufklärung zu Rechten und zum Zugang zu Beschwerdemöglichkeiten gibt und dass es ein verpflichtendes Angebot zur gemeinsamen Reflexion nach Zwangsmaßnahmen gibt, nicht nur eine Erklärung. Oft wird der Person bei dieser Nachbesprechung nur erklärt, warum die Zwangsmaßnahmen unvermeidbar waren. Was ich mit einer Nachbesprechung meine, ist, mit ihr zu besprechen: Was hat dazu geführt? Was wäre alternativ möglich gewesen? Eine Reflexion der handelnden Personen, aber auch der betroffenen Personen, und das Angebot von vorsorglichen Regelungen, um das vermeiden zu können.

Dass es eine verpflichtende statistische Erfassung gibt. Das ist die Grundlage, dass genauer erfasst wird: Was wird genau gemacht, durch wen und wann? Um dann zu schauen, wie man es vermeiden kann. Und dass es eine regelhafte Überprüfung von Besuchskommissionen und Fachaufsichten von der Praxis gibt.

Auf der letzten Folie habe ich zusammengefasst, was für mich Voraussetzungen sind, um Zwangsmaßnahmen zu verhindern. Dazu gehört, die Datenlage zu verbessern, das Schaffen von Alternativen (das wurde heute Morgen schon benannt) und von Wahlmöglichkeiten; dass genau differenziert wird zwischen der Notwendigkeit der Verantwortungsübernahme: dass ich genau schaue, wann ich stellvertretend handeln muss. Wann ist es wichtig, eine deutliche Grenze zu setzen und zu sagen: bis hierher und nicht weiter? Wenn weiter nachts die Musik so lange läuft,

dann passiert das und das; das ist eine Störung, das muss aufhören. Aber auch nach Möglichkeiten der Beteiligung zu suchen im Sinne der Stärkung der Eigenverantwortung, damit auch eigene Handlungsspielräume wahrgenommen werden können. Und dass es eine verbindliche Nachbesprechung von Zwangsmaßnahmen gibt; das ist heute Morgen schon deutlich geworden.

Ich glaube, dass es wirklich zur Verminderung von Zwangsmaßnahmen führt, wenn ein Bewusstsein entsteht, dass jede Anwendung von Zwang eine verpasste Chance ist und dass alle Beteiligten nach einer anderen Lösung suchen. Danke schön.

Befragung durch den Ethikrat

Peter Dabrock

Ihnen allen dreien herzlichen Dank für Ihre Beiträge. Ich öffne nun für die Ethikratsmitglieder mögliche Fragen.

Claudia Wiesemann

Vielen Dank für die differenzierte Betrachtung, die das Problem von mehreren Seiten beleuchtet hat. Das würde ich gern in einer Frage noch etwas stärker herausarbeiten, die ich vor allem an Frau Tönnies, aber auch an Herrn Sigusch richte.

Der Bundesgerichtshof hat zwischen Zwangsmedikation und anderen Zwangsmaßnahmen unterschieden. Frau Tönnies, Sie haben sich in Ihren eindrucksvollen Zitaten auf Zwangsmaßnahmen bezogen, also auf die Fixierung und Ähnliches. Aus Ihrer Erfahrung heraus und auch aus der Erfahrung von Herrn Sigusch: Ist diese Abstufung, die von juristischer Seite vorgenommen wurde, dass der medikamentöse Eingriff, Zwangseingriff der gravierendere ist, im Vergleich zur Fixierung, ist der nachvollziehbar? Oder sehen Sie da Probleme?

Gudrun Tönnes

Ich gehe immer gerne von einzelnen Personen aus, deswegen kann man das nicht pauschalisieren. Es gibt Menschen, die sagen: „Mir haben die Medikamente gutgetan“, es gibt auch Menschen, die sagen: „Der Zwang war in der Situation angebracht oder hat gerettet.“ Das kommt drauf an. Also ich kann jetzt mein Beispiel auch nicht irgendwie auf andere übertragen, manchmal ist es wirklich fatal, dass ja Menschen über Jahre eine Medikation dann bekommen und annehmen, die vielleicht gar nicht passend war, aber es ist halt nicht immer der Fall. Und wenn da am Anfang ein Zwang vorgelegen hat – ich kann es nicht beurteilen. Also ich plädiere an all diesen Stellen immer darauf, dass man möglichst einzeln gucken muss, möglichst individuell mit den Menschen in Verhandlung gehen muss und möglichst auch Kontrolle ausüben muss im Sinne von: Ist das noch gültig, was ich da mal gesagt habe, zum Beispiel in Bezug auf die Medikamente? Denn dieser Zwang setzt sich ja weiter fort, in der Angst, die Medikamente dann absetzen, wieder krank zu werden und solche Dinge. Das ist schon etwas, was sich innerpsychisch sehr langfristig auswirkt, während, ja, die Zwangsmaßnahmen an sich, dieses Fixieren hat auch Folgen, traumatische Folgen, oder wenn ich dran denke, mir kommen immer noch die Tränen, aber es gibt andere, die sagen: „Ja, das war jetzt in der Situation nicht so schlimm.“ Also da geht jeder anders mit um. Ich würde es nicht bewerten wollen. Also ich würde immer nur sagen wollen: Sehen Sie genau hin. Oder die Behandler müssen genau hinsehen und sich die Zeit nehmen und immer wieder überprüfen, ob das noch stimmt, was sie gesagt haben, oder das gerade stimmt, was sie in der Situation machen, und da auch die Wahlmöglichkeiten noch behalten können, soweit das zu ermöglichen ist.

Stephan Sigusch

Die freiheitsentziehende Maßnahme oder geschlossene Unterbringung ist eigentlich im Verhältnis zur Zwangsmedikation viel öfter angewandt. Ob das Verhältnisunterschiede sind – ich hatte eine Betreute, wo Zwangsmedikation nach dem neuen Recht erfolgt ist, nach der Rechtsprechung. Das Ziel dieser Zwangsbehandlung in der Geschlossenen war einfach wieder die Herstellung ihrer Entscheidungsfähigkeit, weil bekannt war, dass sie früher auf diese Medikamente angesprochen hat und danach wieder im Prinzip aus ihrer Wahnvorstellung rausgekommen war. Das waren die Zwangsbehandlungen, die wir bisher hatten, nach Zwangsmedikation.

Dass andere Zwangsmaßnahmen, freiheitsentziehende Maßnahmen weniger eingreifend sind, würde ich nicht sagen, weil eine Fixierung auch harte körperliche Folgen hat: Derjenige wird definitiv inkontinent, denn er kann nicht mehr sagen, wann er muss. Wie soll er das machen? Die Sturzgefährdung nimmt zu, gerade wenn ich Ältere habe, wer lange liegt, wenn ich mein Bein gebrochen habe und dann wieder raus will, Tischtennis spielen oder sonst was machen: geht nicht. Also wer fixiert ist, hat auch massive körperliche Einschränkungen, die sich auf die Gesundheit auswirken.

Beide Sachen sind gravierende Eingriffe. Es wird auch unterschiedlich empfunden. Als Rückmeldung haben Betreute gesagt: „Da eingesperrt zu sein war viel schlimmer, als hätte ich Medikamente gespritzt bekommen, denn dann wäre ich in drei Tagen wieder so weit, dass ich auf die offene Station hätte gehen können.“ Da würde ich auch keine Wertung machen; das ist ein individuelles Empfinden, was schlimmer ist. Der Zwang wird auf jeden Fall als Zwang wahrgenommen, als: „Das will ich nicht wieder ha-

ben, das muss nicht wieder sein“, aber eine Wertung hatte ich nicht.

Volker Lipp

Ich würde gern den Blick auf die Begleitpersonen richten und das, was sie für die Betroffenen leisten oder leisten können. Frau Rossmann, Sie hatten am Schluss gesagt, eine Möglichkeit für Zwangsvermeidung wäre eine Vorsorge Regelung, so hatten Sie es genannt, glaube ich. Das ist relativ allgemein formuliert; da kann man sich zum Beispiel Behandlungsvereinbarungen vorstellen, aber auch eine etwa umfassendere Vorsorgeplanung, die vielleicht nicht nur die medizinische Behandlung in den Blick nimmt, sondern auch andere Dinge mit umfasst, oder spezifisch, wie Frau Tönnies geschildert hat: eine Vorsorgevollmacht für ihre Partnerin mit Patientenverfügung und dergleichen. Meine Frage an Sie: Was haben Sie da ansprechen wollen, was stellen Sie sich da vor?

An Frau Tönnies habe ich die Frage: Ihre Partnerin macht das ja nicht als Profi, wie Herr Sigusch das beschrieben hat, sondern als nahestehende Person, als Angehörige. Sehen Sie neben den Chancen, dass sie Sie gut kennt und weiß, was Sie möchten oder möchten würden, wenn Sie in so einer Situation wären, auch Risiken oder Schwierigkeiten? Denn je näher man jemandem steht, desto schwieriger ist die Situation auch für die Begleitperson.

Herr Sigusch, mit Blick darauf, dass Sie als Betreuungsverein gerade Angehörige begleiten und unterstützen, wenn sie eine Vorsorgevollmacht oder Betreuerbestellung haben, wo liegen bei den Angehörigen als Begleitpersonen in der Funktion als Bevollmächtigte oder als ehrenamtliche Betreuer die besonderen Schwierigkeiten, die Sie als Profi vielleicht nicht haben? Umge-

kehrt: Was können Angehörige leisten, was Sie als Profi nicht leisten können?

Andreas Lob-Hüdepohl

Herr Sigusch, Sie haben beinahe schon lehrbuchmäßig die Funktionen und Aufgaben des Betreuers beschrieben. Was veranlasst Sie, in einer Situation davon auszugehen, dass der zu Betreuende nicht mehr für sich selbst sprechen kann, also nicht mehr ausschließlich seinen Willen kundtut? Sondern dass Sie als Betreuer assistieren oder möglicherweise sogar stellvertretend für ihn eine Entscheidung abgeben müssen? Was sind die Kriterien?

Petra Rossmann

Wichtig ist, dass es eine gute Beratung gibt, also diese verschiedenen Möglichkeiten: eine Patientenverfügung, eine Betreuungsvollmacht, eine Behandlungsvereinbarung, und dass ich die Möglichkeit habe, mich vorher gut zu informieren, welche dieser Regelungen ich für mich wählen möchte; dass es eine ausführliche Beratung gibt und auch eine Unterstützung bei der Erstellung dieser Papiere.

Denn wir erleben es oft, dass die Menschen eine Regelung wollen, aber damit, was sie da regeln müssen oder an Weitblick umfassen müssen, Schwierigkeiten haben. Das führt dazu, dass Ärzte oder Juristen dann Schwierigkeiten haben, diese Papiere als gültig anzuerkennen, weil darin bestimmte Situationen nicht geregelt sind oder nicht anwendbar geregelt sind. Viele sagen, hätte ich vorher – eben einwilligen, eine rechtliche Betreuung zu beantragen oder anzunehmen, aber dann oft nicht umfassen, was das eigentlich heißt und was sie da an Rechten abgeben.

Es braucht eine gute Beratung, um dann möglichst selbstbestimmt wählen zu können, welche

Art der Vorsorge ich wähle und was ich vorsorglich regle.

Gudrun Tönnies

Zu meiner Partnerin: Ich habe für sie auch eine Vorsorgevollmacht, obwohl sie nicht betroffen ist. Wir kennen uns sehr gut und ich habe mit der Schwester meiner Partnerin, die Medizinerin ist, ausgemacht, dass, wenn ich nicht mehr weiterweiß, dass sie dann da nachfragt, und umgekehrt macht sie das auch so. Es gibt so Beziehungen, wo das Vertrauen einfach da ist. Das hat keine Grenzen. Wir haben schon viel Zeit miteinander verbracht, zwölf Jahre, und irgendwann muss man eine Absicherung aufgeben und sagen: Okay, da ist ein Mensch. Ich habe gesehen, wie sie sich im Zusammenhang mit ihrer Mutter eingesetzt hat, als sie fast im Sterben lag – darauf kann ich bauen. Und trotz meiner Geschichte bin ich nicht so ein Mensch, der sich wer weiß wie absichern muss.

Ich würde es auch gern erweitern, diesen Punkt mit den Behandlungsvereinbarungen, Betreuungsvollmachten und Patientenverfügungen. Wir haben in Nordrhein-Westfalen einen Arbeitskreis zusammen mit dem LWL [Landschaftsverband Westfalen-Lippe], wo wir mit Krankenpflegern, Pflegedirektoren und behandelnden Ärzten zusammensitzen und Behandlungsvereinbarungen flächendeckend in die LWL-Kliniken hineinbringen wollen. Da machen wir auch ein bisschen Lobby-Arbeit. Die Genesungsbegleiter, die ich ausbilde, bekommen Instrumente an die Hand, wo sie mit Patienten Aufklärung betreiben, wo sie Prävention betreiben und wo sie, wenn sie selbst diese Krisenpässe oder Recovery-Bögen – alles Instrumente, wo man sich festlegt: Was kann gemacht werden, was darf gemacht werden, und was hat mir geholfen? – bearbeitet haben (das ist ja auch ein

Stück ihre Psychiatriegeschichte), ihre Handlungsfähigkeit ausbauen.

Denn es ist nicht zu unterschätzen, dass Menschen im Rückblick draufgucken können: Was war da wirklich gut? Was hat mir geholfen, was hat mich unterstützt und was ist ein No-Go? Das ist etwas, was wir auch in den Kursen vermitteln: dass nicht pauschal das eine oder das andere wirklich schlecht oder hilfreich ist. Da gibt es immer die Bandbreite der Erfahrungen. Darauf möchte ich noch hinweisen, dass dieses Thema schon breiter behandelt wird.

Stephan Sigusch

Zur Frage Begleitung von Angehörigen, wo liegen die Schwierigkeiten? Das Hauptproblem ist die Frage: Wann kommen sie zu uns in die Beratung? Das sind meistens Krisensituationen, das heißt, sie sind schon in einer sehr belastenden Situation, und dann gilt es herauszuarbeiten: Welches Rollenverständnis haben Sie? Eltern für ihre Kinder, Kinder für ihre Eltern, Ehepartner untereinander, in welcher Funktion kommen Sie und welche Entscheidung wollen Sie da treffen?

„Ich will eine belastende Situation nicht mehr erleben, deshalb muss er behandelt werden.“ Dann mantrahaft der Paragraf 1901, Wille, Unterstützung, Entscheidung, immer der Punkt: „Was hat denn Ihr Angehöriger?“ „Na, aber ich muss doch.“ „Nein, was hat Ihr Angehöriger?“ Dieses Herausarbeiten, was ist das Problem? Das Problem ist oft – ehrenamtliche Fremdbetreuer durchlaufen eine Schulung, sie haben bestimmte Ablaufschema. Angehörige kommen in der Not in die Situation: Ich muss jetzt handeln, ob sie nun Vollmachtnehmer sind oder Betreuer.

Und auch die Frage Zwangsernährung: „Ja, der Arzt hat gesagt, ich soll meiner Mutter eine PEG legen, sonst verhungert sie. Ich kann sie doch nicht verhungern lassen.“ Wo ich dann sage: Was

steht in der Patientenverfügung? Gibt es eine? Ja. Was steht da drin? Passt die Situation? Auch da ein Schema entwickeln. Ich kann keine Lösung anbieten. Ich kann in der Fallberatung nur einen Weg finden: Wie komme ich zur Entscheidungsfindung? Und immer schauen – nicht wie hätte ich als Sohn oder Ehemann entschieden, sondern wie hätte derjenige, den es betrifft, entschieden? Vielleicht deshalb dieses Lehrbuch [...].

Wo liegen die Stärken? Sie kennen die Betreuten definitiv um vieles besser. Ich als Betreuer habe bei einem Heimbewohner zwei Stunden im Monat. Das heißt, wenn ich da bin, verhält er sich vielleicht vollkommen anders, als wenn ich wieder weg bin. Ich habe einen Betreuten in der Wohnung drei Stunden im Monat. Auch wenn ich öfters da bin, habe ich immer nur einen punktuellen Einblick in die Situation vor Ort. Wo ist das? Das soziale Umfeld ist das A und O, damit jemand zu Hause bleiben kann, und Vermeidung von Zwang. Da haben sie Stärken, die kriege ich nicht hin, beim besten Willen nicht. Ich kann dann bloß professionellen Rat geben. Wo mache ich die Abtrennung? In welcher Rolle und Funktion mache ich was? Und was möchte derjenige, um den es geht?

Die dritte Frage ist die schwierigste: Woran erkenne ich, dass mein Betreuer nicht mehr selbst handeln kann? Kommunikation. Diese 80 Prozent, die sagen: „Ja, das schlecht, was jetzt passiert ist, aber es war okay. Aber nächstes Mal möchte ich in diese andere Klinik und nicht mehr in diese“, das ist meistens – ich habe ein transparentes Vertrauensverhältnis aufgebaut. Das schaffe ich nicht von heute auf morgen, das dauert. Da muss ich oft da sein und gucken, was ist, und immer sagen: Wenn was ist, mache ich das so, mach ich das so, mach ich das. Dann

kann ich irgendwann gucken: Ist derjenige noch, wie er ist?

Die ältere Dame, wo ich diese Zwangsmedikation per Gericht habe machen lassen, kannte ich aus dem Umfeld. Das war eine gestandene Frau. Wenn die dann plötzlich in der Geschlossenen steht im Nachthemd, im Zustand, wo man sagt, so sollte sie nicht auf die Straße gehen, und Kinderlieder brüllt, ja? Da bin ich eindeutig: Das ist nicht sie.

Das ist der Punkt: Was kann ich herauskriegen? Kenne ich denjenigen? Wenn ich ihn länger kenne, kann ich schauen: Was entwickelt sich? Betreute, die ich über einen längeren Zeitraum habe, wenn Medikamentenspiegel hoch- und runtergefahren werden – die Situation kommt ja nicht über Nacht. Die entwickelt sich. Da muss ich gucken: Ist er es noch? Was würde er machen? Wie handelt er? Und wenn er ganz anders handelt als sonst, wie ich ihn früher kannte, ist die Annahme hoch. 100 Prozent sicher kann ich nie sein. Ich kann nur sagen: Ich hab das Bestmögliche getan; höchstwahrscheinlich würde er so entscheiden, wenn er noch frei entscheiden könnte. Mehr kann ich nicht.

Sigrid Graumann

Herr Sigusch, Sie haben gerade gesagt: Ich erkenne das daran, sie ist nicht mehr sie. Ich kenne das aus meinem privaten Umfeld auch, diese Einschätzung, als Angehörige. Frau Tönnies, Wie schätzen Sie das ein, diese Einschätzung, das ist nicht mehr sie? Jetzt aus der Betroffenen-Perspektive.

Ich habe noch eine Frage an Frau Tönnies zu den Genesungsbegleitern: Was sind Genesungsbegleiter und inwiefern können sie etwas zur Vermeidung von Zwang beitragen?

Dann habe ich noch eine Frage. In der Pause bin ich von zwei Angehörigen angesprochen worden, die es sehr bedauerlich finden, dass Frau Schliebener nicht kann. Deshalb noch mal an Frau Rossmann die Frage: Wie erleben Angehörige Zwang? Wir haben vorher schon gehört: Angehörige drängen oft auf Zwang, weil sie die Situation nicht mehr ertragen. Das kenne ich gut, kann ich gut nachvollziehen, aber noch mal die Frage: Wie erleben die Angehörigen die Situation, wenn Zwang durchgeführt wurde, wenn sie erleben müssen, dass ihre Schwester, Eltern, Kinder in so einer Situation Zwang erleiden müssen?

Martin Hein

Eine Frage hat Frau Graumann schon vorweggenommen, weil ich danach fragen wollte, welche Voraussetzungen Genesungsbegleiterinnen oder Genesungsbegleiter mitbringen müssen. Gibt es da eine entsprechende Ausbildung, Schulung oder dergleichen, also nicht nur Empathie, sondern etwas Formalisiertes?

Das andere ist meine Beobachtung, dass, wenn wir von Zwang oder Zwangsmaßnahmen sprechen, stark differenziert werden muss im Blick auf das, was wir darunter jeweils verstehen. Meine Frage an Frau Rossmann, aber vielleicht auch an die anderen: Wäre eine Unterscheidung hilfreich zwischen akuten Zwangsmaßnahmen, die dazu dienen, die Selbstgefährdung abzuwenden, und längerfristigen Zwangsmaßnahmen? Oder sagen Sie, das ist nur ein Überspielen der Problematik?

Gudrun Tönnies

Ich kann das mit den Genesungsbegleitern und „das ist doch nicht mehr sie“ gut verknüpfen. Ein Genesungsbegleiter würde eventuell erkennen: Das ist sie in einem anderen Zustand, wo ich vielleicht als Genesungsbegleiter übersetzen

kann oder vielleicht als Genesungsbegleiter, als selber Erfahrener, eine Brücke bauen und erklären kann: Das und das ist jetzt mit der Person los, und das dem Personal erklären. Ob wir das immer erkennen oder nicht – natürlich besteht auch die Gefahr, dass wir zu weit mitgehen ins Verständnis oder so, und dafür braucht es dann den Rückhalt des Teams.

Das andere waren die Voraussetzungen, die Genesungsbegleiter haben. Wir machen eine einjährige Ausbildung. Bei mir, bei LebensART ist das eine Ausbildung mit 12 Modulen mit 22 Unterrichtseinheiten und zwei Praktika à 120 Stunden. Ich habe die Praktikastunden höhergesetzt im Vergleich zum bundesweiten Schema, weil wir die Erfahrung gemacht haben, dass es ganz wichtig ist, dass sich die Genesungsbegleiter in der Praxis erproben und auch die Teams Genesungsbegleiter kennenlernen. Wir haben eine starke Rückkopplung an die Dienste, die Genesungsbegleiter einstellen, und die Stellen entstehen auch hauptsächlich über gut absolvierte Praktika.

Zur Verminderung von Zwang haben die LWL-Kliniken im Moment ein Projekt am Laufen mit acht Genesungsbegleitern in vier Kliniken; eine Genesungsbegleiterin macht das Forschungsprojekt parallel dazu. Die LVR-Kliniken [Landschaftsverband Rheinland] in Nordrhein-Westfalen sind auch gerade dabei, flächendeckend Genesungsbegleiter einzustellen. Das wird beforscht.

Die Vermutung ist da, und an anderen Orten, wo Genesungsbegleiter schon länger wirken, ist es schon deutlich geworden, dass Zwangsmaßnahmen reduziert werden. Denn dadurch, dass jemand als Experte aus Erfahrung ein geachtetes Teammitglied ist, ist das Vertrauen in das Team ein höheres. Denn manchmal ist es schon eine

fremde Welt, wenn ich als Betroffener oder wenn Betroffene mit Personal und Infragestellung von Personal konfrontiert sind, während wenn ein Experte aus Erfahrung da sitzt und deutlich macht: „Das, was du jetzt mitbringst, kenne ich auch aus Erfahrung“, dann ist die Hemmschwelle niedriger, dann schämt sich vielleicht für bestimmte Geschichten nicht und kann sich schneller öffnen und auch besser erklären. Und die Not wird vielleicht auch nicht so groß, weil ich nicht mehr so lange darauf warte, dass endlich jemand versteht, was mit mir los ist oder mir Hilfe zuteilwerden lässt, die ich dann auch brauche, weil ich mich Profis gegenüber vielleicht nicht mehr so artikulieren kann, manchmal einfach nur vom Sprachverständnis. Eben auch Dolmetscher, aber auf einer anderen Ebene.

Petra Rossmann

Zur Situation von Angehörigen ist eigentlich viel mehr zu sagen. Bezogen auf Zwang – in der Beschwerdebearbeitung erlebe ich oft, dass die Angehörigen den Vorteil haben, dass sie die Personen, das soziale Umfeld und den Krankheitsverlauf sehr gut kennen, sehr nah kennen in der Regel, dass sie dann auch oft in die Situation kommen zu sagen, entweder ich ertrage es nicht mehr oder ich mache mir wirklich Sorgen und die Person und schätze es so ein, dass es eine Handlung von außen braucht.

Oft kommen Angehörige aber auch an die Grenze, weil sie zu nah sind, weil es eben die eigene Mutter ist oder Entscheidungen anstehen, die man selbst nicht treffen kann. Dann ist oft die Situation – und das führt oft zu Beschwerden –, dass, wenn die Angehörigen die Person an das Versorgungssystem abgeben, quasi eine Schockstarre entsteht über das, was passiert und was sie ausgesetzt ist, und eigentlich eine sehr genaue Vorstellung haben, wie die Person zu erreichen

ist, eine jahrelange Expertise haben und dann oft an dem, wie das Versorgungssystem mit der Situation umgeht, verzweifeln und sagen: „So geht es doch nicht, Sie hätten doch mit ihm reden können, Sie hätten ihn doch nicht sofort fixieren müssen“, sodass wirklich eine Empörung entsteht über die Standards im Versorgungssystem oder die Kapazitäten oder Handhabungen.

Es ist ein Wunsch nach Entlastung, viel Wissen darüber, was geht und was nicht geht, gleichzeitig eine totale Erschöpfung der eigenen Situation und oft ein Schock von dem, was im Versorgungssystem passiert.

Das ist die klassische Beschwerde beim Sozialpsychiatrischen Dienst, dass sich Angehörige ganz lange beschweren: „Warum machen Sie nichts, warum gehen Sie nicht hin, warum bemühen Sie sich nicht um die Person?“ Dann geht der Sozialpsychiatrische Dienst vor Ort, macht was und dann: „Warum haben Sie das denn gemacht?“

Davon gibt es viele Facetten und viele Varianten, aber das ist das größte Dilemma in der Situation, dass es nicht genug Kommunikation gibt, das Wissen von den Angehörigen zu filtern, und es ähnlich wie in der Zwangssituation selbst mit den Betroffenen an Kommunikationsstrukturen fehlt. Es fehlt an Kommunikationsstrukturen mit den Angehörigen, dass dieses Wissen, so wie Sie es dargestellt haben – oft ist es in der Versorgungssituation nicht möglich, dass sie mit einbezogen werden, dass dieses Wissen akquiriert wird, aber der Teil, der in diesem engen Sozialgefüge nicht mehr möglich ist, übernommen wird und gut differenziert wird. Das ist oft nicht leistbar.

Die zweite Frage: Kategorisierung in akuten und längerfristigen Zwang. Das gibt ein bisschen die rechtliche Regelung her: Das PsychKG ist der

akute Zwang, BGB wäre eine längerfristige Heilbehandlung, theoretisch möglich, aber es braucht auch einen akuten Bezug.

Es gibt im Rahmen des BGB ein Urteil, wo eine Frau untergebracht wurde, weil sie immer nach Frankreich gefahren ist, dadurch viele Kosten verursacht hat und der Betreuer dann eine Unterbringung beantragt hat. Da wurde im Nachhinein gesagt: Das geht nicht, weil das eigentlich keine Gefahr ist. Das macht zwar Arbeit und Kosten und nervt, aber ist keine Gefahr. Es braucht also diesen Gefahrbezug.

Das ist immer die Schwierigkeit beim längerfristigen Zwang und auch bei diesem wohltätigen Zwang: Ich ertrage ganz lange etwas und diesen Punkt zu finden, zu sagen, jetzt ist es nicht mehr, jetzt ist es eine Grundlage für Zwang, das wird immer schwer sein, verständlich zu machen. Ich glaube, dass es wirklich Alternativen dazu gibt, wenn eine andere Kapazität und eine andere Geduld da ist, die Situation wirklich mit den Personen zu besprechen. Dann ist im Großteil der Situationen auch eine andere Lösung möglich.

Stephan Sigusch

Die Frage: Zwang, akut oder langfristig, was ist hilfreicher? wird man so vielleicht nicht beantworten können. Was ist das Ziel, welchen Nutzen hat der Betreute davon, was ist der Schaden? Bei meiner Betreuten war der Nutzen der kurzfristigen Behandlung, dass sie wieder entscheidungsfähig wurde. Sie ist in eine Situation versetzt worden, wo sie selbst wieder Entscheidungen treffen konnte; danach war keine Zwangsbehandlung mehr notwendig.

Langfristige Zwangsbehandlung in Unterbringungen ist auf Dauer. Ist sie immer erforderlich? Man muss es regelmäßig überprüfen. Da braucht man Verfahrenssicherheit, dass es nicht unmäßig

ist. In Österreich gibt es das Modell der Patientenanwälte (weil die Betreuer oder Sachwalter da nicht unterbringen dürfen), die unabhängig prüfen.

Bei uns gibt es einen Verfahrensschutz, und der muss von den Verfahrensbeteiligten eingehalten werden. Das heißt, so pauschal zu sagen, immer zwei Jahre Verlängerung geschützte Unterbringung ist nicht hilfreich. Regelmäßig prüfen: Ist es wirklich erforderlich? Wo ist der Nutzen und wo der Schaden? Langfristige Medikamentengaben – Medikamente haben immer Nebenwirkungen. Auch da abwägen: Wo ist der Nutzen, wo ist der Schaden für den Einzelnen?

Ich würde nicht sagen, dass man das generell sagen kann, freiheitsentziehenden Maßnahmen, körpernahe Fixierungen; da wüsste ich langfristig überhaupt keinen Nutzen.

Gudrun Tönnies

Da kann ich mich nur anschließen. Zu den Angehörigen: Ich mache seit fünf Jahren Angehörigenberatung; das machen bei uns zum Teil auch die Genesungsbegleiter, weil sie mit ihrer eigenen Geschichte, mit der eigenen Psychiatrieerfahrung die Angehörigen noch mal woanders abholen können, nämlich da, wo sie den Angehörigen zeigen: Es gibt auch Leute, die da wieder rauskommen; es gibt Leute, die ihr Leben wieder meistern, es gibt nicht nur die Menschen, für die sie ihr Leben lang zuständig sind, für die sie ihr Leben lang sorgen müssen, sondern es gibt auch Wege aus der Krise oder aus der Erkrankung heraus.

Ich habe den Eindruck, dass Angehörige, so sehr sie unter Druck sind, den Angehörigen dann mal loszuwerden mit seinen Problemen, auch genauso leiden, wenn denen dann Zwang zugefügt wird. Ganz oft kommt auch die Frage: Ist das jetzt die richtige Medikation? Muss das so viel

sein? Und stimmt die Prognose? Die Frage nach der Prognose ist immer sehr wichtig und schwierig für Angehörige, vor allem Eltern von Kindern, die so um die 20 bis 25 Jahre alt sind. Die sind da sehr in Sorge und denken, jetzt ist das Leben in ganz andere Bahnen gelenkt.

Stephan Sigusch

Manche Betreute empfinden die geschlossene Unterbringung manchmal auch als Schutzraum. Ich habe einen jungen Mann, zwei Meter groß, 170 Kilo, drogeninduzierte Psychose, der jetzt in der Geschlossenen sagt: „Jetzt bin ich weg davon, ich habe keine Anreize, ich habe auch keine Wege.“ Selbst im Ausgang geht er nicht dahin. Er sagt: „Für mich ist das Schutzraum, eine neue Chance.“ Das trifft also für manche zu, definitiv nicht für alle.

Gabriele Meyer

Herr Sigusch, Sie haben relativ idealtypisch geschildert, wie die Fürsorge eines gesetzlichen Betreuers in einer Entscheidungsfindungssituation aussehen soll. Lässt sich eine grundsätzliche Aussage treffen, wie gut gesetzliche Betreuer in der Regel auf Entscheidungssituationen zu Zwangsmaßnahmen vorbereitet sind? Sehen Sie dort einen Fort- und Weiterbildungsbedarf? Wie gut ist überhaupt die Vorbereitung auf die Situationen, die sich dort stellen? Unabhängig von dem Aspekt, den Sie schon erörtert haben, dass sie dann irgendwann sagen: Ja, ich übernehme die Stellvertreterfunktion bzw. räume noch Partizipationsmöglichkeiten ein.

Adelheid Kuhlmeier

Frau Rossmann, Sie sind ja auch eine Beschwerdestelle. Haben Sie neben der Beratung der Betroffenen eigentlich auch die Möglichkeit, die Beschwerden anders zu managen? Zum Beispiel Dinge zur Anzeige zu bringen oder, oder.

Wie sehen da die Managementmöglichkeiten und Ihr Umgang mit solchen Beschwerden aus?

Stephan Sigusch

Ich kann nur als Vereinsbetreuer sprechen. Ich kenne sehr gute Berufsbetreuer und auch andere, die nicht so gut sind. Wenn wir neue Mitarbeiter einstellen, dauert es rund zwei Jahre, bis die Leute unbegleitet so weit sind, dass sie eigenständig handeln.

Das A und O ist die Fort- und Weiterbildung und das Vermitteln einer gewissen Grundhaltung. Die Grundhaltung ist: Ich behandle jeden anderen so, wie ich selbst behandelt werden will. Wenn das jemand in dem Beruf nicht verinnerlicht hat, frage ich mich, ob er dafür geeignet ist. Wir haben uns auch schon von Mitarbeitern getrennt, die sagen: „*Ich* habe jemanden, der unter Betreuung steht.“ Den kann ich im Verein nicht gebrauchen. Das ist der schwierige Weg.

Grundsätzlich vorbereitet ist [...] nicht. Man muss lernen, man muss die Handhabe haben. Wenn Kollegen von uns Zwangsmaßnahmen umsetzen oder beantragen mussten, gibt es Fallgespräche und danach eine Reflexion: Was war wie gewesen? Was hast du gemacht?

Wir haben Ablaufhilfen: Wie komme ich zu einer Entscheidungsfindung? Wie am Ende die Entscheidung aussieht, ist es nicht. Fort- und Weiterbildung ist das A und O. Auch Kollegen fahren zu mir, zu den Demenztagen nach Holle, zur Holler Runde, um einfach mal in andere Bereiche reinzuspüren, in die Pflege. Das Rechtliche haben sie relativ schnell drauf, das andere dauert zwei Jahre. Das A und O ist eine vernünftige Ausbildung und eine Grundeinstellung zu vermitteln: Was ist meine Funktion? Was ist meine Rolle?

Petra Rossmann

Wir sind eine rein vermittelnde Stelle. Wir informieren zu Handlungs- und Beschwerdemöglichkeiten und sortieren mit den Personen erst einmal: Was ist die Beschwerde? Gegen wen ist die Beschwerde? Wir geben grundsätzliche Informationen zur Struktur des Versorgungssystems, wir kontaktieren die Stellen, gegen die sich die Beschwerde richtet, entweder schriftlich oder persönlich, und wir gehen vor Ort. Bei Menschen, die zwangsuntergebracht sind, gehen wir vor Ort, um die Beschwerde entgegenzunehmen, aber auch, um bei Klärungsgesprächen zu begleiten. Zum Teil sind es große Hilfeforenzen, wo wir klären; manchmal sind es Zweiergespräche, wo wir moderierend das Beschwerdeanliegen anbringen und versuchen, einen Ansatz zu geben.

Oder wir geben die Beschwerde stellvertretend an Fachaufsichten weiter und informieren, wo Fachaufsichten sind. Dann prüfen die Fachaufsichten. Wir begleiten zum Teil und informieren über Rechtsmittel, die eingelegt werden können.

Aber dass wir etwas zur Anzeige bringen oder eine Fachaufsicht übernehmen, das machen wir nicht. Das hat sich auch bewährt. Als 2010 die Beschwerdestelle gegründet wurde, war es strittig, ob es nicht mehr eine Fachaufsicht braucht. Aus meiner Sicht hat sich das in den sechs Jahren aber bewährt und es war auch viel möglich, strukturell dadurch Veränderungsimpulse zu setzen, genau weil wir diese Fachaufsicht nicht haben, und auch die Funktion von Fachaufsichten zu stärken oder mehr in den Mittelpunkt zu rücken.

Zur Frage der rechtlichen Betreuung. Es gibt Bereiche, wo es nicht ausreichend Fachaufsichten oder Kontrollinstanzen gibt: Das ist der Bereich der Begutachtung. Nur bei der Rentenversiche-

rung gibt es eine qualitätssichernde Stelle bei den Gutachtern. Bei den anderen gibt es nicht ausreichend Beschwerdemöglichkeiten, genauso bei rechtlichen Betreuern. Ich kann mich zwar beim Amtsgericht zum laufenden Gerichtsverfahren beschweren. In der Regel führt das aber zu einem Betreuungswechsel, dass ein neuer Betreuer oder Betreuerin dann die Aufgabe hat, das von dem alten Betreuer oder Betreuerin zu überprüfen. Das findet aber in der Realität ganz selten statt. Wenn da Angehörige wirklich das Gefühl haben, dass es nicht eingehalten wurde, ist das oft eine schwierige Situation.

Es gibt also ein paar Beschwerdemöglichkeiten, aber aus meiner Sicht ist da die Fachaufsicht nicht ausreichend, wenn das nicht so wie beschrieben umgesetzt wird. Uns erreichen viele Beschwerden, in denen geschildert wird, dass das nicht so umgesetzt wird.

Ilhan Ilkilic

Ich habe zwei Fragen an Herrn Sigusch. Sie haben in Ihrem Vortrag ein klares Bild dargestellt, aber in der Diskussion ist deutlich geworden, welche Konfliktfelder und Schwierigkeiten es in der Praxis gibt. Meine erste Frage: Können Sie uns typische oder alltägliche Fehler in der Betreuungsarbeit nennen, die vielleicht unberechtigterweise Zwangsmaßnahmen begünstigen oder sogar dazu führen, die aber durch andere Vorgehensweisen vermieden werden könnten?

Die zweite Frage: Können Sie in Betreuungssituationen Erfahrungen zu spezifischen Barrieren in interkulturellen Kontexten nennen, wie ein Handlungsbedarf entsteht oder die Betreuungsarbeit erschwert wird?

Meine letzte Frage geht an Frau Rossmann, Sie haben die Gründe der Beschwerden dargestellt. Es wurde schon empirisch analysiert, welchen Charakter diese Gründe als solche haben. Es

geht darum, ob es Zwang als solchen gegeben hat oder ob während dieser Zwangsmaßnahmen, Fixierung oder in welcher Form auch immer, unvertretbare Verhandlungsformen als solche da sind; Sie haben Kaffee anbieten oder Ähnliches als Beispiel gegeben. Welche Balance besteht bei diesem unterschiedlichen Charakter von Beschwerden?

Stephan Kruip

Ich greife eine Frage aus dem Publikum auf, und zwar an Frau Rossmann in Bezug auf Möglichkeiten von Beschwerden. Wenn wir uns einen Jugendlichen vorstellen, also einen Minderjährigen in der Psychiatrie, bei dem Ärzte gemeinsam mit den Eltern eine Entscheidung treffen, die ihm nicht passt und gegen die er sich wehrt. Er möchte nicht in eine geschlossene Abteilung oder möchte nicht ein Medikament nehmen. Ist es so, dass Jugendliche ungeschützt sind oder weniger Schutz haben als Erwachsene, weil sie weniger Möglichkeiten zur Beschwerde oder unabhängigen Überprüfung oder Rechtsmittel haben oder weil sie weniger darüber aufgeklärt sind?

Petra Rossmann

Empirisch ist unsere Arbeit nicht ausgewertet worden, weil wir eine kleine Stelle sind (erst mit zwei, dann mit drei Vollzeitstellen) und bei der Menge an Beschwerden – also wir machen eine statistische Erfassung und werten es aus, aber ich kann es empirisch nicht belegen. Wir sortieren das auch nicht. Aber es gibt die Beschwerden. Wir haben auch Beschwerden vom Maßregelvollzug; da gibt es auch Beschwerden, die sich grundsätzlich gegen die Entscheidung richten: Warum wurde ich überhaupt untergebracht?

Das ist aber bei Weitem nicht die Mehrheit, sondern es geht oft um die Art und Weise, also die die Menge an Gewaltanwendung, dass erst ein

einzelner Pfleger schikaniert hat oder dass es Einzelpersonen sind, wo würdeloses oder respektloses Verhalten erlebt wurde. Oft geht es um die Umgangsregelung vor Ort. Das ist wirklich eine große Häufigkeit, weshalb ich auch dieses Beispiel hatte mit der Würde, die nicht respektiert wurde.

Über die Rahmenbedingungen und die Umsetzung von Zwangsmaßnahmen – deswegen hatte ich den Fokus auch auf den Teil gelegt, weil das in den Fragen nicht so präsent ist: Neben der grundsätzlichen Entscheidung, ob Zwang angewendet werden kann, ist die Frage, welche Form von Zwang und welche Umsetzungsbedingungen. Das ist ein großer Fokus und ein großer Anteil von Beschwerdeenhalten.

Jugendliche sind weniger geschützt, weil die rechtlichen Rahmenbedingungen auch weniger sind. Die Eltern oder der Vormund, also die rechtsvertretende Person der Jugendlichen, kann den Zwangsmaßnahmen zustimmen; dadurch gibt es weniger eingeschaltete dritte Stellen. Ich habe es zwar kritisch dargestellt, wenn viele Stellen eingeschaltet sind, und dass es auch zu Schwierigkeiten führen kann. Aber wenn die gar nicht eingeschaltet sind und die Eltern einfach sagen können: „Ich bin damit einverstanden“, dann ist die Schwierigkeit, was wir vorher bei den Angehörigen hatten, wo es manchmal eine mangelnde Distanz gibt und weniger Personen da mit draufgucken und entscheiden. Dadurch können Rechte eingeschränkt sein.

Das Gleiche bei den Beschwerderechten. Die Patientenfürsprecher, die es in vielen Kliniken gibt, müssen immer die Eltern oder Vertretungspersonen fragen, ob sie mit dem Kind reden dürfen. Das ist gestuft; ab 14 und ab 16 Jahren ist es jeweils ein bisschen anders. Je älter die Kinder oder Jugendlichen sind, umso mehr Rechte ha-

ben sie zur Eigenvertretung, aber prinzipiell sind sie –

Es gibt noch die Vormundschaft, oder die elterliche oder amtliche, die mit einbezogen werden muss und die die Beschwerde auch zurückziehen kann. Da sind die Rechte auf jeden Fall eingeschränkt, also nicht nicht vorhanden, aber eingeschränkt.

Stephan Sigusch

Ich möchte mit der interkulturellen Frage antworten. Wir haben in Sachsen-Anhalt einen relativ geringen Anteil von Bürgern mit ausländischem Hintergrund. Ich selbst habe die Betreuung für eine britische Staatsbürgerin geführt; das dürfte wohl nicht zählen. Ich hatte jemand mit russischstämmigem Hintergrund, da war es viel Arbeit mit den Angehörigen wegen seiner Erkrankung, am Anfang weniger mit ihm, denn er war so verhaltensauffällig. Ich habe ihn übernommen, da war er bereits in der geschlossenen Psychiatrie mit einem Beschluss für ein Jahr. Nach acht [...] hatten wir ihn dann über Heim und ambulant-betreutes Wohnen in der eigenen Wohnung mit ambulanter Betreuung. Jetzt habe ich bloß noch Behördenangelegenheiten.

Ganz schwierig ist es deswegen: Im Moment können wir keine Betreuung von Menschen mit Migrationshintergrund übernehmen, weil wir keine Leute mit entsprechenden Sprachkenntnissen haben. Ich arbeite viel mit Ali Türk zusammen vom ITB [Institut für transkulturelle Betreuung] in Hannover, den ich gut kenne, wo wir auch viele Sachen holen, wie gehe ich mit migrationsspezifischem Hintergrund um?

In der Betreuung ist es so, wir übernehmen die Betreuung im Moment auch nicht, das haben wir Gericht und Behörde auch gesagt, weil: BGH hat entschieden, wenn ich diese Fälle übernehme, muss ich ja mit meinem Betreuten reden. Ich

muss seinen Willen und seinen Wunsch ermitteln. Dann muss ich auch meine Aufwandspauschale, die ich bekomme, 44 Euro die Stunde, 120 Euro pro Stunde für einen Dolmetscher bezahlen. Das kann ich mir finanziell nicht leisten.

Ich hatte jetzt eine Eilbetreuung bekommen, eine ukrainische Bürgerin, die konnte Deutsch, da ging das, auch die Kommunikation mit dem Sohn. Aber da, wo ich niemanden habe, der die gleiche Sprache spricht, können wir das im Moment leider nicht abdecken, denn das macht uns insolvent.

Der andere Punkt: typische Fehler in der Praxis. Meistens ist es fehlende Kommunikation. Das heißt, derjenige auf der anderen Seite von dem Betreuten, gerade der Betreuer, kann mit demjenigen nicht gut kommunizieren. Er hat die nötigen Fähigkeiten vielleicht nicht erlernt oder hat sie nicht verinnerlicht.

Ich kann mich mit zwei Zentnern und 1,90 Meter in den Vordergrund bringen, ich kann mich so hinstellen, dass alle an mir vorbeilaufen; ich kann mich auch so weit zurücknehmen, dass das Gegenüber kein Bedrohungsgefühl hat. Das ist die nonverbale Kommunikation, die ich auch lernen muss.

Oder Deeskalationsstrategien: Wie gehe ich damit um, wenn die Situation hochfährt? Ich kann sie natürlich pushen, und dann kommt es zu einer Zwangsmaßnahme PsychKG. Ich kann sie auch deeskalieren.

Manchmal sind es fehlende Kenntnisse des Krankheitsbildes. Ich habe einen Betreuten, der sagt: „Ich höre bis zu 20 Stimmen.“ Wenn ich mit dem unterwegs bin und der die Stimmen hört, dann mache ich das Radio aus, weil das für ihn eine zusätzliche Belastung in die Situation

bringt. Man muss also gucken: Kann ich mich einfühlen?

Was auch zu Problemen führt, ist das zu lange Warten, bevor man interveniert. Dass man einfach sagt: Okay, wie schlimm ist die Situation? Da gibt es unterschiedliches Empfinden. Leute, die nah dran sind, Angehörige, sagen eher: „Jetzt muss was passieren“, während Professionelle eher sagen: „So schlimm ist es vielleicht noch nicht.“

Damit sind ein paar typische Fehler beschrieben.

Und auch die unklare Verantwortung: Wer ist zuständig? Wenn ich sonntags auf dem Handy einen Anruf bekomme: „Ihr Betreuer hat unsere Mitarbeiterin angegriffen“ – was soll ich denn als Betreuer machen? Sage ich: „Liebes Heim, habt ihr keine Strategien, da was zu machen? Wenn der sich weiterhin so aggressiv verhält und nur andere gefährdet und nicht sich, was soll ich da machen? Habt ihr keine eigenen Strategien entwickelt in der Einrichtung, wie ihr mit Konflikten oder Situationen, die belastend sind, umgeht? Ich kann euch da nicht retten.“

Wer ist für was zuständig? Man muss auch klar sagen: Was ist meine Aufgabe, was ist meine Rolle? Was ist eure Aufgabe, was ist eure Rolle? Wofür nehme ich euch (Klinik, Einrichtung, Heim oder soziale Dienste) in die Verantwortung? Was müsst ihr machen, was muss ich machen? Das muss man transparent darstellen.

Gudrun Tönnies

Ich kann von Fehlern bei Betreuern aktuell nichts berichten. Was ich mir vorstellen kann, sind ähnliche Dinge wie bei Ihnen: dass eskalierend gearbeitet wird, statt deeskalierend zu arbeiten, dass man die Leute nicht ausreichend kennt. Das muss ich aber nicht wiederholen.

Im Zusammenhang mit meinen Ausbildungen ist es manchmal so, dass Teilnehmer noch betreut sind per gesetzlichen Betreuer. Da finde ich es meistens verfehlt, wenn die Genesungsbegleiter in spe noch nicht so weit sind, dass sie sich selbst anmelden können, und der Betreuer dann die ganzen Pflichten übernimmt. Das ist für mich ein Anzeichen, dass sie noch nicht geeignet sind.

Aber ansonsten habe ich nicht so viel mit Menschen zu tun, die aktuell einen gesetzlichen Betreuer nutzen – oder benutzen?

[Zuruf: Ja, manchmal werden sie auch benutzt. (lacht)]

Katrin Amunts

Frau Rossmanith, wenn Sie im Jahr ein paar hundert Menschen treffen, die sicherlich sehr unterschiedlich sind, sind da auch Menschen dabei, die keinen Grund haben, sich zu beschweren (also wo es praktisch keine Zwangsbehandlung gab in dem Sinne, wie sie geschildert wird), weil sie vielleicht psychotisch sind oder vielleicht andere Gründe haben, weil sie Persönlichkeitsveränderungen haben? Ist es Ihnen möglich, so etwas zu erkennen und zu unterscheiden? Können Sie dem nachgehen und spielt das überhaupt eine Rolle in ihrer Tätigkeit?

Peter Dabrock

Meine Frage an alle drei aus Ihren jeweiligen Erfahrungskontexten; ich möchte anknüpfen an ein Wort von Frau Tönnies. Sie hatten gesagt: Wir müssen genau hinsehen, und dann kam mir angesichts dessen, was Frau Rossmanith über Dokumentationen gesagt hatte, die Frage: Müssen wir genau hinsehen, wenn wir genau hinsehen? Müssen wir also das Hinsehen genau beobachten?

Meine Frage an Sie drei, mit Blick auf das wichtige Thema Dokumentation: Wenn wir nach vor-

ne blicken, wo sehen Sie genau die Defizite? Wir haben viele Vorträge hindurch immer wieder gehört, dass es eine Diskrepanz zwischen Sein und Sollen gibt. Wo glauben Sie, muss die Dokumentation besser gemacht werden? *Wie* muss sie besser gemacht werden? In welchen Bereichen muss sie besser gemacht werden, damit wir eine Datenbasis bekommen, die über die einzelnen Versorgungskontexte hinausgeht?

Petra Rossmann

Bei den Beschwerden ist es so, dass wir, da wir keine Fachaufsicht sind, das nicht konzeptionell machen, dass wir entscheiden, ob die Beschwerden berechtigt sind oder nicht. Aus der Erfahrung heraus hat sich gezeigt, dass es keine Beschwerde gibt, wo gar nichts stimmt, aber auch keine Beschwerde, wo alles stimmt. Denn wenn ich Unrecht erlebe, erlebe ich irgendwann auch etwas über – dass ich an irgendeinem Punkt irgendwas übertreibe oder anders wahrgenommen habe. Aber es gibt eigentlich nie eine Beschwerde, wo gar nichts stimmt. Das ist wichtig.

Ich wollte die Beschwerdestelle aber nicht in den Mittelpunkt rücken. Wir bekommen wirklich Beschwerden über alles, was mit psychiatrischer Versorgung zu tun hat oder im Zusammenhang mit einer Diagnose steht. Darunter sind ganz exotische Beschwerden, auch Beschwerden gegen das Standesamt oder das Veterinäramt, eben bestimmte diskriminierende Auflagen in Bezug auf Hundehaltung oder dass wegen der Ehefähigkeitsbescheinigung Bescheinigungen vorliegen müssen und das Standesamt Vorgaben macht. Das ist wirklich sehr breit, was wir bearbeiten und wo wir begleiten. Aber es geht nicht nur um Zwang. Dass sich jemand über eine Zwangsbehandlung beschwert, die nicht stattgefunden hat, würde ich wirklich ausschließen. Das gab es nicht.

Was es durchaus gab, waren Beschwerden über Zwangsbehandlungen, die in der Akte nicht dokumentiert waren, oder dass es Fixierungen gab, eine Person dreimal während des Klinikaufenthalts fixiert wurde, aber nur eine Fixierung dokumentiert war. Das ließ sich im Gespräch meist klären oder es wurden durchaus Versäumnisse von der Klinikseite in der Dokumentation eingeräumt.

Da ist auch die Überleitung zu dem anderen: Was mir in Gesprächen mit Kliniken als ein Fehler aufgefallen ist, ist, dass die statische Erhebung zu den Zwangsmaßnahmen immer extra gemacht wird (entweder morgens in der Visite oder in einer Extradokumentation), aber nicht aus der Patientenakte herausgezogen wird. Deshalb kann es in der Patientenakte zu Versäumnissen kommen, weil in manchen Kliniken nicht klar ist, wer zuständig ist.

Aber auch in vielen Gesprächen bei der Frage: Ab wann ist eine Fixierung eine Fixierung? Was genau ist eine Fixierung und was genau ist eine Zwangsbehandlung? Mit welchen Medikamenten, ab wann, ab welcher Art?

Das war vorher mit dem informellen Zwang; wenn ich sage: „Sie müssen jetzt aber die Medikamente nehmen, weil wir Sie sonst fixieren werden“, und dann nimmt die Person die Medikamente. War das jetzt schon Zwang oder war das Einwilligung? Das ist nicht definiert, und jede Klinik definiert es unterschiedlich, und da gibt es Fehler durch die Definition der einzelnen Maßnahmen.

Es gibt Fehlerquellen in den Abläufen der Dokumentation, dass eben die patientenbezogenen Daten nicht direkt herausgefiltert werden können. Das geht meistens von der Software her nicht.

Und bei den Heimen, das hat Herr Rosemann gesagt, das ist noch mal ein anderes Gebiet, wo die Erfassung nicht da ist.

Ich glaube auch, dass zu wenig erfasst wird. Es werden zwar Fixierung und Unterbringungen erfasst, aber zum Beispiel Isolierung nicht.

Wichtig zu erfassen ist auch die Korrelation mit Gewaltvorfällen, damit man mit dem, was erfasst ist, auch etwas anfangen kann und es interpretieren kann. Da sind die Arbeiten von Herr Steinert sehr weitreichend oder die beiden Projekte des Bundesministerium für Gesundheit, die auch genau diese Frage haben: Was muss ich überhaupt in dem Wechselspiel erfassen, damit ich das auch auswerten oder bewerten kann?

Gudrun Tönnies

Ich möchte es ergänzen um: Wie schauen wir hin? Es ist wichtig, gemeinsam zu dokumentieren, vor allem im Nachhinein zusammen mit dem Patienten, was passiert ist und warum es passiert ist. Wir haben in unseren Arbeitskreisen bezüglich dieses Klinikprojekts eine Art Rückmeldebogen erarbeitet, der schon kurz nach der Aufnahme erfassen kann, wie sich der Patient eigentlich fühlt und wie er angekommen ist. Das lädt zu einer Rückmeldung ein. Sich in einer Klinik zu beschweren oder etwas zu sagen ist nicht selbstverständlich, und diese Rückmeldebögen sollen dazu einladen, von der Unterbringung im Zimmer bis hin zu: Wie wirken die Medikamente? eine Rückmeldung zu melden, also eine legitimierte Beschwerde. Das finde ich gut, weil das einiges vorbeugen kann.

Das können auch Genesungsbegleiter, als Qualitätsbeauftragte sozusagen, mit den Patienten zusammen ausfüllen. Das ist dann nicht anonym, und es muss natürlich auch eine Verbesserung stattfinden, wenn eine Beschwerde da ist.

Ich finde es auch wichtig, manche Dinge gemeinsam mit Angehörigen zu dokumentieren. Ich bin nicht jemand, der einen Dokumentationswahn zulasten der Präsenz mit dem Patienten anstrebt. Aber es ist wichtig, dass gemeinsam auf die Situation geschaut wird.

Stephan Sigusch

Dem kann ich mich anschließen. Ein Vieraugenprinzip: Wie wird eine Zwangsmaßnahme erfasst? wäre ganz wichtig. Vielleicht sind auch unabhängige Augen mit dabei, die nicht in das System eingebunden sind. Auf jeden Fall sollte es nicht so sein, dass die Dokumentation mehr Zeit benötigt, als man für den Patienten hätte. Denn Einrichtungen, die die beste Dokumentation haben, sind nicht zwangsläufig die besten Einrichtungen für die Bewohner.

Was sollte dokumentiert werden? Jeder Zwang sollte dokumentiert werden. Wo es besser geht, kann ich leider nicht sagen. Die Idee zu sagen: Die Dokumentation muss so aufwendig sein, dass jedes Gespräch mit dem Patienten weniger aufwendig ist, hätte einen gewissen Reiz, würde aber in der Praxis wohl nicht funktionieren.

Gudrun Tönnies

Die Dokumentation im Hinblick auf die Qualität unserer Arbeit macht auch deutlich, was gut gelaufen ist. Es ist wichtig, dass wir uns klarmachen, welche Dinge gut funktionieren, dass die Dokumentation nicht nur das Defizitäre erfasst, sondern auch im Sinne von funktionierenden Dingen betrieben wird, damit auch die Qualität der Arbeit gesehen wird und vielleicht eine Motivation der Mitarbeiter entsteht, wenn sie sehen, dass sie etwas richtig und gut machen. Wir haben heute das Thema sehr auf Defizite gerichtet in Bezug auf die pflegenden oder agierenden Personen.

Peter Dabrock

Vielen Dank, das ist auch ein schönes Schlusswort gewesen, also zu schauen, was gut gelaufen ist. Wir haben viel über dunkle Seiten und Schwierigkeiten gesprochen, aber dass es dabei auch gute Dinge gibt, fand ich sehr schön. Herr Sigusch hat gesagt, die Maxime der goldenen Regel in der Ausbildung zu verinnerlichen, das wäre auch etwas Wichtiges in der Fort- und Weiterbildung. Das finde ich ebenfalls einen wichtigen Gesichtspunkt neben den vielen Dingen, die Sie uns noch mit auf den Weg gegeben haben, unter anderem, dass wir dabei Geduld haben sollen. Vielen Dank dafür.

Legitimation von Zwang?! Legalitäts- und Moralitätsgesichtspunkte

Peter Dabrock

Wir kommen nun zum rechtlichen Teil unserer Anhörung, und ich begrüße als drei Sachverständige zum einen die Betreuungsrichterin Frau Annette Loer, zum Zweiten Frau Dagmar Brosey, Professorin für das Aufgabengebiet Zivilrecht mit dem Schwerpunkt Familienrecht sowie Jugendrecht an der Fakultät für Angewandte Sozialwissenschaften der Fachhochschule Köln, und zum Dritten Frau Margret Osterfeld, Psychiaterin und Mitglied im Unterausschuss der Vereinten Nationen für die Prävention von Folter und anderer grausamer, unmenschlicher oder erniedrigender Behandlung oder Strafe. Schön, dass Sie da sind und uns mit Ihren Einsichten in diesem Feld bereichern werden.

Annette Loer

Vielen Dank für die Einladung. Das war vermutlich für uns alle, ein spannender, aber auch anstrengender Tag, und jetzt wollen oder sollen Sie

auch noch etwas Juristisches hören. Das haben sich aber die Veranstalter so gedacht, dass auch das jetzt Thema sein soll, am fortgeschrittenen Nachmittag Sie, ich bin wohl die erste Juristin, die jetzt hier zu Ihnen spricht.

Ich bin im Hauptamt Betreuungsrichterin beim Amtsgericht Hannover und habe daher über Einzelverfahren zu entscheiden. Darüber hinaus bin ich ehrenamtlich tätig in einer Besuchs-kommission für die Belange psychisch Erkrankter im Landkreis Hannover und ehrenamtlich tätig im Geschäftsführenden Vorstand des Betreuungsgerichtstages, habe also interdisziplinär aus der Perspektive des Betreuungsrechtes mit den Situationen zu tun, und da ist Zwang eines unserer Themen.

Ich habe spontan das, was ich in diesen zehn Minuten sagen wollte, umgestellt. Eigentlich wollte ich darüber berichten, wie in den letzten Jahren die Entwicklung in der Gesetzgebung und Rechtsprechung verlaufen ist. Aber ich hatte den Worten von Frau Graumann entnommen, dass Sie darüber schon einen Überblick haben. Was ich dazu aber sagen will: Ich finde es bemerkenswert, in welcher Dynamik in den letzten Jahren Rechtsprechung und Gesetzgebung in diesem Feld tätig geworden sind und dass der An Schub aus der Rechtsprechung kam, nicht wie in den Siebzigerjahren, dass es der Psychiatrie selbst ein Anliegen war, sich mit der eigenen Tätigkeit auseinanderzusetzen, sondern dass der Impuls aus der Rechtsprechung gekommen ist und eine breite Diskussion entfacht hat, und das, was wir heute veranstalten, ist ein Teil dieser Diskussion, uns mit dieser Thematik zu beschäftigen.

Die Psychiatrien haben auf diese Entwicklung oder auf die Rechtsprechung unterschiedlich reagiert. Nur ein kleiner Teil hat das angenommen

und gesagt: Okay, wenn das so ist, müssen wir uns überlegen, wie wir damit umgehen, damit wir – ich will nicht sagen leichtfertig, es war sicherlich auch davor nicht leichtfertig, aber damit wir jetzt höhere Hürden haben, um diejenigen Patienten zu behandeln, die nicht so wollen, wie wir denken, dass es gut für sie wäre. Einige Psychiatrien haben es positiv aufgenommen und gesagt: Wir versuchen es mal ohne, und haben damit nicht so schlimme Erfahrungen gemacht, wie es von anderen angekündigt und befürchtet worden war.

Aber es gab auch einen Teil der Psychiatrie, die fast bockig reagiert haben und gesagt haben: Wenn wir nicht mehr handeln dürfen, dann bitte, Gerichte, entscheidet auch nicht mehr so, dass ihr uns Patienten einweist, die wir dann nicht behandeln dürfen. Das war heute Morgen auch ein bisschen Ihre Aussage.

Ich finde es traurig, wenn sich Psychiatrie darauf beschränkt, ausschließlich medikamentös zu behandeln, und alles andere, was Psychiatrie zu bieten hat, nicht auch schon Behandlung ist. Behandlung beginnt dann, wenn jemand auch gegen den eigenen Willen in die Psychiatrie eingewiesen wird. Sicherlich gibt es Situationen, wo man ohne eine medikamentöse Behandlung schwer irgendeine Beziehung aufbauen kann. Aber die allermeisten Patientinnen und Patienten lassen sich auf eine Behandlung ein, obwohl sie mit einem Gerichtsbeschluss gegen den Willen eingewiesen werden. Nur für den weitaus geringeren Teil der gegen den Willen eingewiesenen Patienten kommt eine Zwangsbehandlung in Betracht.

Ich denke, wir sind einen Schritt weiter. Die Psychiatrie hat auch deutlich die Bereitschaft signalisiert, über das Thema Zwangsbehandlung selbstkritisch zu sprechen. Das war notwendig

und wir sind noch lange nicht am Ende. Ich bin gespannt, was die neuere Gesetzgebung, insbesondere die der Länder, bewirken kann.

Ich möchte Ihnen als Juristin kurz darlegen, wie jetzt die rechtlichen Grundlagen aussehen. Ich habe es so verstanden, dass es hier eher um Zwangsmaßnahmen zum Wohle der Patienten im Rahmen der Eigengefährdung geht, nicht im Rahmen der Fremdgefährdung. Deswegen lege ich meinen Schwerpunkt auf die betreuungsrechtlichen Maßnahmen.

Dazu möchte ich deutlich sagen: Auch eine Zwangsbehandlung ist eine medizinische Behandlung. Eine solche setzt eine medizinische Indikation voraus, und das ist und bleibt allein Aufgabe der Ärzte und Ärztinnen. Es ist also nicht so, dass Gerichte nun entscheiden könnten, ob und wie behandelt werden kann. Die erste Voraussetzung für eine medizinische Behandlung ist die ärztliche Indikation, weiterhin allein in der Verantwortung der Ärzte und Ärztinnen.

Die zweite Voraussetzung einer Behandlung, die legal durchgeführt werden kann, ist die Einwilligung der Patientin oder des Patienten. Ohne dies ist eine Behandlung rechtswidrig und kann eine Körperverletzung darstellen, außerhalb des Rahmens der Eilverfahren und der Nothandlung. Die behandelnden Ärzte und Ärztinnen sind somit darauf angewiesen, dass ihre Patientin einwilligt. Wenn sie feststellen, dass nach einer Aufklärung, die an den Möglichkeiten der Patientin orientiert sein soll, diese nicht in der Lage ist, zu verstehen und eine abgewogene Entscheidung für die eigene Behandlung zu treffen, brauchen sie die Einwilligung eines Stellvertreters oder einer Stellvertreterin. Das sind, wenn es keine Vorsorgevollmachten gibt, die rechtlichen Betreuer oder Betreuerinnen. Diese haben nicht die Aufgabe, nur nachzuvollziehen, ob die Indi-

kation richtig gestellt worden ist; das können sie gar nicht, denn sie sind nicht die Mediziner. Sie haben die Aufgabe, anstelle der akut nicht handlungsfähigen Patienten deren Entscheidung zu ersetzen, orientiert an deren Wünschen und Vorstellungen.

Das ist die Grundnorm, die Magna Charta des Betreuungsrechtes: Paragraf 1901 [BGB]. Herr Sigusch hat schon darauf hingewiesen, dass die Betreuer und Betreuerinnen nicht nach eigenen Vorstellungen und auch nicht nach Empfehlungen ärztlicherseits zu entscheiden haben, sondern nur so, wie es den Wünschen und Vorstellungen ihrer Betreuten entspricht. Das gilt für jede medizinische Behandlung, auch für die Zwangsbehandlung.

Auch für die Zwangsbehandlung gilt zunächst die Indikationsstellung für die Anwendung von Zwang und zweitens die Frage, ob anstelle des Patienten der Betreuer, die Betreuerin in diese Maßnahme auch unter Zwang einwilligen will, weil sie der Überzeugung ist, dass dies auch dem Willen – dem mutmaßlichen Willen, wenn er nicht festgestellt werden kann – der Patientin entspricht.

Als Gericht habe ich dann eine Überprüfung durchzuführen, in erster Linie durch die Beauftragung eines Sachverständigen. Aber meine Aufgabe ist es, jedenfalls im Betreuungsverfahren, zu überprüfen, ob die Betreuerin bei der Entscheidung, die sie getroffen hat, die ihr auferlegten Kriterien und Maßstäbe eingehalten hat.

Die Voraussetzungen für die Zwangsbehandlung sind erst einmal die Überprüfung der fehlenden Einsichtsfähigkeit; darauf wurde schon hingewiesen. Es kann nicht sein, dass jemand, der eine indizierte Behandlung ablehnt, schon ein Indiz dafür liefert, dass er nicht einwilligungsfähig ist. Die Eintrittsprüfung ist hier das A und O. Die

Betreuerin darf nur dann stellvertretend tätig werden, wenn die Person in der aktuellen Situation nicht selbst in der Lage ist, das Für und Wider der angebotenen Behandlung abzuwägen.

Eine weitere Voraussetzung für eine Zwangsbehandlung (ich nenne nicht alle Voraussetzungen) ist die Abwendung eines drohenden erheblichen gesundheitlichen Schadens. Diese Voraussetzung finde ich nicht unproblematisch, weil sie betreuungsrechtlich ausschließlich aus Sicht des Patienten und der Patientin gesehen werden muss und nicht nach objektiven Kriterien.

Dann muss es Ultima Ratio sein – wenn tatsächlich eine Intervention, eine medizinische Maßnahme nötig ist, muss festgestellt werden, dass es kein anderes milderes Mittel gibt, um die Gefahr abzuwenden. In der Situation habe ich dann natürlich das Problem der Sachzwänge, dass ich mir häufig vorstellen *kann*, dass es durchaus mildere Mittel gibt, die aber konkret in der Situation oder auch vorher schon nicht angeboten worden sind, dass dann, wenn die Situation in der Klinik besteht, solche Maßnahmen, die eventuell eine solche Entwicklung hätten vermeiden können, jetzt zu spät sind und ich als Richterin vor dem Problem stehe, dass möglicherweise mildere Mittel hätten angewendet werden können, aber letztlich nicht zur Verfügung stehen. Das ist problematisch, und es ist sicherlich weiter zu diskutieren, wie mit solchen Situationen umgegangen werden kann.

Verfahrensrechtlich ist immer ein externes Gutachten einzuholen. Da ist schon die Auswahl des Gutachters nicht ohne Bedeutung. Ich kenne meine Gutachter und Gutachterinnen und kann somit als Richterin ein bisschen – das ist nicht unproblematisch – eine Vorgabe machen, in welche Richtung es gehen könnte. Es ist ein Verfahrenspfleger oder -pflegerin zu bestellen, die die

Rechte der Patienten in dem Verfahren zu wahren hat, und es ist eine richterliche Anhörung durchzuführen.

Dann ist eine richterliche Entscheidung zu treffen, das heißt, es ist nicht allein zu fragen, ob es aus medizinischer Sicht notwendig ist. Meiner Erfahrung nach ist das medizinisch Notwendige etwas anderes als das rechtlich Erforderliche. Meine Aufgabe als Richterin ist nicht nur das, was bisher vorgetragen worden ist, wie eine Sachbearbeiterin nachzuvollziehen, sondern es ist eine eigene rechtliche Abwägung zu treffen, weil diese Grundrechte im Raum stehen, und zwar zwei oder mehrere Grundrechte in derselben Person, die einerseits einen Anspruch auf die Behandlung hat.

Ich möchte mal mit dem Positiven beginnen: Es geht darum, dass die Patientin, die möglicherweise akut in einer Krise sind, einen Anspruch auf Behandlung hat und wir fragen müssen: Wann dürfen wir diesen Anspruch abwehren oder nicht ausführen? Die Person hat natürlich in der aktuellen Situation ein Freiheitsrecht und muss Zwang und Eingriff in ihre Integrität auch abwehren dürfen. Diese zwei Grundrechte in derselben Person stehen in einem Konflikt miteinander; das hat das Bundesverfassungsgericht deutlich gesagt

Letztlich ist also eine Gesamtabwägung zu treffen. Hier ist aus betreuungsrechtlicher Sicht, aus meiner Sicht ganz klar danach zu fragen: Wie würde das die Person selbst lösen, wenn sie sich in dieser Situation betrachten könnte? Was ist für sie ein erheblicher gesundheitlicher Schaden? Was wären die Vorteile, jetzt behandelt zu werden? Was wäre als Belastung durch den Zwang zu erwarten?

Das ist nicht eine abstrakte Prüfung von Erheblichkeiten. Heute Morgen wurde immer wieder

darauf hingewiesen: Zwangsbehandlungen dürfen nur durchgeführt werden, wenn eine Lebensgefahr droht. Das finde ich problematisch, denn aus meiner Sicht müssen wir danach fragen, wie die betroffene Person selbst entscheiden würde, wenn sie erkennen könnte: Im Augenblick lehne ich diese Behandlung ab, möglicherweise aber mit einer eingeschränkten Realitätswahrnehmung, und würde ich jetzt wünschen, dass interveniert wird? Das ist für mich als Betreuungsrichterin die zentrale Frage.

Im weiteren Nachdenken für den heutigen Tag fand ich es schwierig, wie ich das herausfinde. Das finde ich nicht alleine heraus; dafür sind die Betreuer und Betreuerinnen da, das ist eine gemeinsame Aufgabe. Häufig haben wir es mit Situationen zu tun, in denen wir keine konkreten Hinweise darauf haben. Meine Richtung wäre: Wünscht die Betroffene selbst eine Intervention in dieser Situation? Ist die Intervention also notwendig aus Sicht der Betroffenen?

Wenn ja, muss natürlich das mildeste Mittel gewählt werden. Dann kann Zwang nur Ultima Ratio sein. Aber die erste Frage ist: Bedarf es hier einer Intervention aus Sicht der Betroffenen? Wenn ja: Zwang als Ultima Ratio, wenn keine anderen Möglichkeiten mehr gesehen werden.

Ich hätte gern noch einen Fall präsentiert; vielleicht fragen Sie mich danach und auch zur Patientenverfügung. Vielen Dank

Dagmar Brosey

Herzlichen Dank für die Einladung. Ich werde an einige Dinge, die Frau Loer gesagt hat, anknüpfen und diese an der ein oder anderen Stelle vertiefen.

Ich spreche aus der Perspektive der Rechtswissenschaft. Ich bin Hochschullehrerin, allerdings nicht ohne praktische Erfahrung, nämlich aus der

Erfahrung der Beratung von Berufsbetreuerinnen und Berufsbetreuern auch im Hinblick auf diese Fragen und aus der Beratung von Sozialarbeitenden, die mit diesen Fragen konfrontiert sind. Das heißt, ich habe eine theoretisch-wissenschaftliche Perspektive.

Zunächst möchte ich mich kurz mit dem Begriff des wohlthätigen Zwangs befassen. Er wurde heute schon vielfach kritisiert. Ich selbst finde ihn auch äußerst problematisch, weil ich darin die Gefahr sehe, wenn man etwas als wohlthätigen Zwang kategorisiert, dass es die Schwelle weiterer Kriterien herabsetzt. Ich finde es aber sehr wichtig, sich mit dem Zwang im Hinblick auf die Vermeidung von Selbstgefährdungen zu beschäftigen. Sehr wichtig finde ich auch die Frage des Zwangs zum Wohle des Betroffenen.

Wir haben heute bereits in mehrfacher Hinsicht Zwang auch im Hinblick auf Abwehr von Fremdgefahren angesehen und davon gehört. Es ist wichtig, sich klarzumachen, dass es hier zwei unterschiedliche Kategorien gibt. Aber auch die Abgrenzung im Einzelfall ist sehr schwierig. Wir haben zum einen (was Frau Loer gerade dargelegt hat) die betreuungsrechtliche Perspektive und die betreuungsrechtlichen Grundlagen, die immer auf das Wohl des Betroffenen abzielen. Aber wir haben auch die Regelungen in den Landespsychiatriegesetzen, die die Eigen- und die Fremdgefährdung als Schutzziel vereinen. Hier finde ich es begrüßenswert, dass man sich allein mit der Frage des Zwangs zur Abwehr von Selbstgefährdungen befasst.

Das Bundesverfassungsgericht wurde heute schon mehrfach angesprochen. Ich halte die Entscheidungen des Bundesverfassungsgerichts sowohl aus dem Jahre 2011 als auch aus dem Jahre 2016 für sehr geländerbildend, so habe ich das ausgedrückt. Die Entscheidung von 2011 hat klar

dargestellt, dass wir einen Grundrechtseingriff haben und dass es aber dem Staat obliegt, Regelungen zu treffen, die Zwangsbehandlungen regeln, wenn es denn klare Kriterien gibt, die materielle und verfahrensrechtliche Voraussetzungen regeln. Das heißt, wir haben zum einen diese Entscheidung dahingehend, dass der Gesetzgeber Regelungen treffen darf.

Im Jahre 2016 haben wir dann die Entscheidung gehabt, die eine klare Schutzpflicht des Staates bei hilfsbedürftigen Menschen herausgestellt hat, wenn diese nicht gegen ihren natürlichen Willen behandelt werden dürfen, aber die Behandlung lebensnotwendig ist. Dann ergibt sich eine Schutzpflicht des Staates, insbesondere dann, wenn die Behandlung sicher gelingen wird und wenn der Betroffene mutmaßlich auch diese Entscheidung treffen würde. Das heißt, wir haben auf der einen Seite die Schutzpflicht insofern, als hier eine Entscheidung getroffen werden muss, und auf der anderen Seite eine Entscheidung getroffen werden darf. Dieser Rahmen ist genau die Frage, welche Kriterien hier anzulegen sind.

Dann haben wir verschiedene Aspekte, die von Bedeutung sind. Die UN-Behindertenrechtskonvention ist heute schon mehrfach angesprochen worden, insbesondere die Frage, ob es überhaupt eine zwangsweise Entscheidung geben darf. Das wird teilweise infrage gestellt, weil das Konzept der Einwilligungsunfähigkeit infrage gestellt wird, oder es wird aus der UN-Behindertenrechtskonvention herausgelesen.

Ich würde das anders sehen. Denn wenn wir uns Artikel 12 der UN-Behindertenrechtskonvention ansehen, dann sehen wir, dass Menschen mit Behinderungen gleichberechtigt mit anderen Rechts- und Handlungsfähigkeit genießen. Daraus ergibt sich ein Anspruch auf Unterstützung bei der Ausübung ihrer rechtlichen Handlungsfä-

higkeit. Diese Unterstützung ist heute schon mehrfach angesprochen worden und ist von sehr großer Bedeutung. Hier ist es erforderlich, dass mehr Konzepte und Methoden entwickelt werden, um Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen bei der Ausübung der rechtlichen Handlungsfähigkeit zu unterstützen.

Wichtig ist, dass Artikel 12 Absatz 4 für alle diese Maßnahmen festlegt, dass Rechte, Wille und die Präferenzen der Person geachtet werden müssen. Das bedeutet, dass sämtliche Unterstützungsmaßnahmen und alle Maßnahmen, die die Ausübung der rechtlichen Handlungsfähigkeit betreffen, diese Kriterien berücksichtigen. Wenn wir eine Entscheidung haben bzw. die Frage nach einer Entscheidung gegen den Willen der Person, kann sich ein Konflikt ergeben zwischen dem aktuell geäußerten Willen und den Präferenzen der Person. Das heißt, wir haben hier einen Konflikt, in dem möglicherweise eine Entscheidung getroffen werden muss, die gegen den natürlichen Willen erfolgt, um auch die Rechte und Präferenzen der Person zu wahren.

Artikel 12 der UN-Behindertenrechtskonvention geht von der gleichberechtigten Ausübung der Rechts- und Handlungsfähigkeit aus. Wenn eine Person aufgrund ihrer Erkrankung die Situation verkennt und die Tragweite ihrer ablehnenden Entscheidung nicht zu erkennen vermag, dann ist es erforderlich, eine Entscheidung auch gegen ihren aktuell geäußerten Willen zu treffen, wenn sie mutmaßlich eine andere Erscheinung treffen würde.

Die Einwilligungsunfähigkeit führt somit nicht dazu, dass automatisch eine Zwangsentscheidung zu treffen ist, sondern dazu, dass eine Patientenvertreter-Entscheidung – sei es eine Betreuer-Entscheidung oder eine Bevollmächtigten-Entscheidung – mit eingeholt werden muss, und

zwar auch hier wieder vorrangig die Möglichkeit einer gemeinsamen Entscheidung, die durchaus, wenn das dem tatsächlichen Patientenwillen entspricht, zu einer Ablehnung des Behandlungsangebotes führen kann, oder aber, wenn wir eine Patientenverfügung oder eine Behandlungsvereinbarung haben, der dann der Patientenvertreter Ausdruck verleihen oder eine eigene Entscheidung treffen muss, die dann die aktuelle Entscheidung des Betroffenen verdrängt; immer auf der Basis der bereits genannten Paragraphen 1901, 1901a und 1901b, nämlich immer auf der Basis von Wille, Wünschen und Präferenzen und dem mutmaßlichen Willen.

Wir haben heute schon vielfach gehört: Wie stelle ich eigentlich den mutmaßlichen Willen der Person fest? Hier haben wir eine Vorschrift im Paragraph 1901b, der besagt, dass bei der Feststellung des Patientenwillens Patientenvertreter, Arzt, aber auch Angehörige und Vertrauenspersonen gemeinsam den möglichen Patientenwillen feststellen sollen. Die Orientierung geht immer auf das, was der Betroffene tatsächlich möchte; dabei helfen auch frühere Wünsche, Behandlungsvereinbarungen und vor allen Dingen Nachbereitungen der Situation.

Wenn wir uns über Zwangsbehandlungen unterhalten, geht es nicht nur um die Frage des Ob, sondern vor allen Dingen auch um die Frage des Wie der Behandlung. Beides gehört zusammen, beides legitimiert eine Entscheidung und begründet eine verhältnismäßige Entscheidung. Die Frage nach dem Wie unter möglichst schonenden Maßnahmen beinhaltet sowohl die Dauer als auch die Art und Weise der Maßnahme, aber auch die Tatsache: Wie wird eine Person aus einer solchen Situation entlassen und hinausbegleitet?

Ein abschließender Satz: Wir haben heute gehört, dass es im sozialrechtlichen System die eine oder andere Schwierigkeit gibt. Ich finde es wichtig, dass wir den Erwachsenenschutz und die Frage nach den verfügbaren sozialrechtlichen Leistungen dringend zusammen diskutieren, denn davon hängt vieles ab, insbesondere im Hinblick auf die Legitimation. Vielen Dank.

Margret Osterfeld

Auch ich danke für die Einladung hierher. Mein Vortrag ist vor allen Dingen aus der Perspektive der verschiedensten Besuchskommissionen, an denen ich seit mehr als zehn Jahren als Betroffenenvertreterin beteiligt bin. Bei der Frage der Indikation gilt für mich das Gleiche wie für Frau Tönnies: Ich nehme seit acht Jahren die indizierte Medikation nicht mehr ein und habe keinen Psychiater mehr gebraucht. Das mit der Indikation ist eine heikle Sache; das merken Sie auch an meinem Vortragstitel.

Wir müssen uns klarmachen, dass die psychiatrische Behandlung sicherlich Leiden lindern oder bessern kann. Heilen kann sie nicht. Hierfür haben wir gar nicht die Kriterien. Trotz aller Forschung ist es uns in Jahrzehnten nicht gelungen, einen sicheren biologischen Nachweis für eine psychiatrische Erkrankung zu finden. Bei all dieser Forschung wurden psychosoziale Faktoren meistens außer Acht gelassen; das haben wir heute Morgen schon gehört.

Diese Zahlen habe ich mir erst vor Kurzem klargemacht, und das war für mich ein Schock. Es gibt in Deutschland ungefähr 65.000 Strafgefangene. Wir alle wissen spätestens seit Köln und Silvester, wie hoch die Schwelle für einen strafrechtlichen Freiheitsentzug in Deutschland liegt. Wenn wir aber sehen, dass es 12.000, 13.000 forensisch untergebrachte Menschen gibt – die können Sie beliebig einordnen: als krank und zu

befürsorgende oder als kriminelle Täter – mit unbefristetem Freiheitsentzug, dann wird es schon eigenartig.

Es gibt keine Evidenzbasierung dafür, warum das in Nordrhein-Westfalen im Durchschnitt zehn Jahre dauert, in Baden-Württemberg aber nur vier. Das kann ich mir nicht erklären.

Die letzten Zahlen; das ist nur Nordrhein-Westfalen. PsychKG, die eine Rechtsverordnung, 23.069 im Jahr 2015; nach Betreuungsrecht kommen noch einmal 22.000 dazu und 2.400 in Form der Eilbetreuung. Bezogen auf die Fallzahl – [...] ist eine Zahl von 2014 – zeigt sich, wie schwer das mit den Zahlen ist. Das sind weit über 20 Prozent, die die Klinik ohne eigene Zustimmung betreten. Da wird Ihnen jeder kaufmännische Klinikdirektor und auch mancher Arzt sagen: Das ist ein guter Grundumsatz, was die Bettenbelegung angeht.

Das wollte ich zumindest einmal benannt und deutlich gemacht haben: Jeder dieser Freiheitsentzüge wird durch ein ärztliches Attest oder Gutachten legitimiert, denn die Richter folgen meistens den Sachverständigen. Ich sage das so deutlich, weil in meiner Profession immer gesagt wird: Wir bringen ja nicht unter; das tun die Richter. Da ist die entscheidende Schaltstelle.

Seit der Ratifizierung der Behindertenrechtskonvention wurde das mehr infrage gestellt; das haben wir schon gehört. Allerdings gibt es eine massive Kampagne aus der Psychiatrie, um unter dem Vorhalt der Selbstgefährdung oder der Gefährlichkeit psychischer kranker Menschen ihr eigenes Zwangshandeln zu rechtfertigen. Ich erinnere an die Stellungnahme von Ingmar Steinhart, der von der konstruierten Selbstgefährdung gesprochen hat. Die Begründung können Sie selbst nachlesen. Also wird das eigene Zwangshandeln gerechtfertigt.

Bereits im Januar 2012 veröffentlichte die DGPPN [Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde] eine Stellungnahme, in der sie einen eigengesetzlichen Krankheitsverlauf postulierte, keinesfalls belegt durch wissenschaftliche Daten. Unter dem Titel *Warten auf den ersten Schlag* beklagte ein PD Normann ein Jahr später die Probleme mit einer 20-jährigen Patientin. Er wartete darauf, bis sie das erste Mal die Hand erhoben hatte, damit er sie zwangsmedizinisieren konnte, um sie dann unter einer hochdosierten Polypharmazie endlich auf die offene Station verlegen zu können.

Bei dieser Medikation besteht keine Einwilligungsfähigkeit; bei mir besteht keine Einwilligungsfähigkeit spätestens nach dem dritten Glas Wein. Diese Patientin kann noch nicht einmal in ihre Behandlung auf der offenen Station einwilligen.

Solche Beispiele lassen sich beliebig fortsetzen; sie begegnen mir immer wieder. Erst im Oktober 2016 lernte ich in diesem Rahmen eine 25-Jährige kennen, die die Diagnose Borderline trug. Sie hatte sich wiederholt und begründet bei der Kommission wegen unrechtmäßigen Handelns der Klinik beschwert. Der behandelnde Oberarzt hatte sich nun entschlossen, eine gesetzliche Betreuung für alle Bereiche zu beantragen, und schrieb in der Begründung, die Patientin sei nicht zur Bildung eines freien Willens fähig.

Das Gleiche tat eine Anwältin, weil ein 73-Jähriger um Hilfe nachsuchte. Sie meinte, er brauche eher eine Betreuung als Rechtshilfe. Es entstand ein Gutachten von sechs Seiten, wo eine demenzielle Entwicklung festgestellt wurde, ohne jede Untersuchung, weil der Herr weder bereit war, die Adresse seiner Schwester zu nennen,

noch anscheinend irgendwelche Jahreszahlen aus der Vergangenheit korrekt zitiert hatte.

Umfassende Betreuung für alle Bereiche mit Einwilligungsvorbehalt, das ist die Rechtspraxis, um die es hier auch geht. Ich zitiere hier ein Fachjournal mit besonderem Impact-Faktor. In der neuesten Ausgabe steht unter der Überschrift „Geteiltes Leid“ die Zwischenüberschrift „Geliebter Mensch wird fremd“ (ja, so etwas gibt es auch im Rahmen einer Trennungskrise), nächste Zwischenüberschrift: „Letzter Ausweg Polizei“ und noch eine Überschrift: „Tricksen im Wahn erlaubt?“

Das ist die Realität der Wahrnehmung heute von Menschen mit psychiatrischen Diagnosen. Es führt dazu, dass *wir* immer wieder beweisen müssen, dass wir uns weder umbringen wollen noch für andere gefährlich sind. Wir sind in der Beweisnot. Wir haben verfahrensrechtlich auf dem Papier gute Vorschriften, aber die Praxis sieht anders aus.

Die Einwilligungsfähigkeit kann stets nur vor dem Hintergrund der Tatsache beurteilt werden, in die ich einwilligen soll. Das gilt für die Eheschließung, für den Krankenhausaufenthalt und die Medikation gegen meinen Willen gleichermaßen. Aktuell heißt es in einer Gesetzesbegründung zur PsychKG-Novelle Niedersachsen:

„[...] ausnahmsweise ein Eingriff in ihr Grundrecht [...] zulässig sein, wenn diese darauf abzielt, Selbstbestimmungsrecht wieder ausüben zu können.

Dies trifft z. B. auf untergebrachte Personen mit schizophrenen Erkrankungen zu. Schizophrene Psychosen zeichnen sich insbesondere durch erhebliche Störungen grundlegender kognitiver Fähigkeiten, der Ich-Funktion und des Realitätsbezuges aus, sodass die Betroffenen aufgrund der Erkrankung selbst die Notwendigkeit einer Behandlung nicht erkennen und kritisch reflektieren können. Eine misstrauisch-ablehnende Haltung ist häufig Bestandteil der Krankheitssymptomatik.“

Hier wird wieder der Umkehrschluss gezogen: Wenn ich ablehnend bin, beweise ich damit, dass ich krank bin. Die Gesetzesbegründung:

„Hier liegt die Fähigkeit zu einer freien Entscheidung für die vorliegende Krankheit im Rahmen einer akuten oder chronisch produktiven Symptomatik nicht vor, da die Erkrankung selbst die Persönlichkeitsstruktur und die sich aus ihr ergebenden Muster der Entscheidungsfindung und Willensbildung nachhaltig beeinträchtigt. Darüber hinaus“, da kommt die Wiederholung, „birgt eine unbehandelte Schizophrenie das Risiko eines prozesshaften Verlaufs mit Verfestigung krankhafter Symptome sowie eines fortschreitenden Zerfalls der Persönlichkeit mit gravierenden psychosozialen Folgen.“

Gerade hat die Association for the Prevention of Torture, die viel älter ist als die Behindertenrechtskonvention, ein Symposium gemacht und unter dem Link auch einen Report über das Monitoring von psychiatrischen Institutionen veröffentlicht. Dort wird deutlich darauf hingewiesen, dass und wie sorgfältig immer wieder externe unabhängige Körperschaften die Prävention von Folter und Misshandlung kontrollieren; ich nehme jetzt diesen Ausdruck, obwohl ich weiß, dass mit dem Folterbegriff in der Fachwelt immer Allergien auftauchen.

Es gibt vom Europäischen Gerichtshof für Menschenrechte ein Urteil Hiller gegen Österreich, wo ausdrücklich gesagt wird, dass eine Psychiatrie nicht verpflichtet werden kann, einen Menschen geschlossen unterzubringen. Meine persönliche Frage ist, ob nicht der BGH-Begriff der Geschlossenheit zu all den letzten Wogen geführt hat. Eine Psychiatrie ist keine Sicherungseinrichtung, sondern eine Krankenhaus-Behandlungseinrichtung. Dort kann ich ein Angebot machen und Menschen von dem Angebot überzeugen. Natürlich gibt es manchmal Situationen (gar nicht selten auch somatisch), wo ich mich über den aktuell geäußerten Willen hinwegsetzen muss. Das sollte ich aber sorgfältig reflektieren und dokumentieren, und das ist keine Kunst.

Meine eigenen Befürchtungen – ich bin ja hier für die Moralitätsaspekte zuständig – sind: Vor zwei Wochen gab es eine lange Dokumentation in der ZEIT: ein Mensch, offensichtlich psychisch krank, langjährig alkoholsuchtkrank, deswegen fröhlich, deswegen im Heim, dort über Jahrzehnte und zum Schluss zwangsernährt. Der verordnete Arzt hat nie wieder die Indikation überprüft. Der Sohn klagt jetzt auf Schadensersatz, weil man ihn nicht rechtzeitig hatte sterben lassen. Die Debatte hatten Sie an anderer Stelle schon vor Jahren.

Ich befürchte das für mich: eine Krebsdiagnose, und irgendetwas nimmt irgendeine psychiatrische Diagnose, und dann haben Sie den nächsten Anlassfall. Danke schön.

Befragung durch den Ethikrat

Peter Dabrock

Vielen Dank, Frau Osterfeld, für diese zum Nachdenken anregenden Worte. Ich eröffne wieder die Frageinheit für die Mitglieder des Deutschen Ethikrates.

Volker Lipp

Ich habe an Frau Loer und Frau Brosey eine Frage. Der kurze Vortrag war ja auf die Zwangsbehandlung ausgerichtet, und es wurde gegenübergestellt der Anspruch auf den Zugang zu Behandlung und die Freiheit zur Krankheit. Gilt das, was Sie ausgeführt haben, nur oder in spezifischer Weise für die Zwangsbehandlung? Oder gilt das auch für andere Zwangsmaßnahmen, die wir heute im Laufe des Tages schon angesprochen haben, also insbesondere freiheitsentziehende Unterbringung, Fixierung, sonstige freiheitsentziehende Maßnahmen; man kann noch an weitere Zwangsmaßnahmen denken, über die wir schon gesprochen haben.

Frau Osterfeld, Sie sagten, dass Sie unter bestimmten Voraussetzungen ärztliche Maßnahmen oder Zwangsmaßnahmen gegen den Willen der Patienten durchaus für denkbar oder notwendig halten. Unter welchen Voraussetzungen? Würden Sie Ihren beiden Kolleginnen auf dem Podium darin zustimmen, dass es diese Schutzpflicht gibt, die in bestimmten Fällen die Freiheit zur Krankheit überwiegt, sodass man solche Zwangsmaßnahmen durchführen kann? Würden Sie das auch so sehen?

Die letzte Frage: Ihre Beispiele, mit denen Sie uns zum Nachdenken angeregt haben, sprechen dafür, dass man mit den bestehenden Gesetzen und rechtlichen Regularien manches tun kann, aber manches auch nicht. Wie würden Sie da, was Sie offensichtlich als Missstände nicht nur beschrieben haben, sondern auch selbst so sehen, Abhilfe schaffen wollen, wenn das Problem darin besteht, dass bestehende Rechtsvorschriften nicht beachtet werden? Dann kann ja die Lösung nicht in mehr Recht liegen.

Annette Loer

Das Prinzip ist ein ähnliches, ob es um eine Zwangsbehandlung geht oder um andere Eingriffe, die mit Zwang verbunden sind, seien es freiheitseinschränkende Maßnahmen oder eine freiheitseinschränkende Unterbringung.

Häufig ist zu Beginn eines Verfahrens nicht klar, ob es tatsächlich auf eine Zwangsbehandlung hinauslaufen muss. Es ist nicht selten so, dass wir schon im Vorfeld, wenn sich jemand noch nicht in der Klinik befindet, mit dem Verfahren betraut sind. Wie ich schon sagte, ist es häufig so, dass jemand gegen den Willen in die Klinik gebracht wird, sich dann auf ein Behandlungsangebot einlassen kann und gar nicht zwangsbehandelt werden muss.

Das Prinzip der Abwägung oder des Maßstabes, zu schauen, was die Person jetzt selbst wollen würde, ist davon abhängig, ob ich der Überzeugung bin, dass hier auch von der Betroffenen eine Intervention gewünscht würde, wenn sie sich so erleben würde. Welches Ausmaß die Intervention dann haben muss, ist am Anfang des Verfahrens möglicherweise noch nicht klar, sondern die Frage, ob hier interveniert werden muss und im Zweifel auch mit freiheitsentziehenden Maßnahmen, wenn es keine anderen Möglichkeiten gibt, ist im Prinzip gleich.

Die Besonderheit der Zwangsmedikationen sehe ich noch darin: Die freiheitseinschränkende Maßnahmen sind, jedenfalls wenn wir über die Psychiatrie sprechen, zeitlich begrenzt, und danach ist der Freiheitsentzug vielleicht traumatisierend, aber nicht so verändernd wie eine Zwangsbehandlung. Hingegen wirkt eine Behandlung mit Neuroleptika, wenn sie nicht nur vorübergehend für eine Sedierung dient, sondern tatsächlich eine Behandlungsmedikation ist, auf die Persönlichkeit. Sie verändert tatsächlich das Bewusstsein, sie verändert die Wahrnehmung und ist langhaltig, also nachhaltig.

Insoweit ist die Zwangsbehandlung ein deutlich schwerwiegenderer Eingriff, weil sie nicht zeitlich begrenzt ist, sondern nachhaltig wirkt und die Person verändert, die das in der Situation so nicht selbst für sich erkennen kann. Insoweit ist die Prüfungsdichte deutlich höher und das Verfahren zu Recht ein anderes, mit der unbedingt durchzuführenden externen Begutachtung. Aber die Kriterien an sich halte ich für gleichförmig und identisch.

Dagmar Brosey

Sämtliche Formen der Freiheitsentziehung sind auch Grundrechtseingriffe, die einer Rechtfertigung bedürfen. Ein gebotener Schutz kann eine

Rechtfertigung ergeben und ein legitimes Schutzziel sein, wenn die Person denn überhaupt geschützt werden muss, also wenn es tatsächliche Anhaltspunkte für eine konkrete Gefährdung gibt. Das ist immer der erste Punkt, letztendlich auch der Prüfung des Verhältnismäßigkeitsgrundsatzes.

Im zweiten Punkt muss man feststellen: Ist denn diese Freiheitsentziehung – sowohl die stationäre als auch die körpernahe Freiheitsentziehung – überhaupt geeignet, diese Person tatsächlich zu schützen? Oder gehen davon nicht weitere Gefahren aus, immer betrachtet aus Sicht der Person und mit Blick auf die Frage nach der Erforderlichkeit und der mildereren Mittel.

Das sind verschiedene Punkte. Aber der Schutz und die Schutzpflicht ergeben letztendlich eine Legitimation für ein Tätigwerden, wenn verschiedene Kriterien erfüllt sind.

Margret Osterfeld

Ich würde mich da gern anschließen. Es geht nach unserem Grundgesetz nicht nur um etwas Abstraktes wie die Würde, sondern es geht um meine Freiheitsrechte und um meine Gleichheitsrechte als Patientin.

Damit komme ich zu dem Punkt, auf den Sie hinauswollten: Es gibt viele auch somatische Zustände (zum Beispiel eine Elektrolyt-Entgleisung bei Infekt oder bei laufender Chemotherapie), die meine akute Einwilligungsfähigkeit durchaus beeinträchtigen kann. Ich bin schon der Meinung und ich habe den juristischen Begriff des rechtfertigenden Notstandes da zu schätzen gelernt, dass ich dann in meiner ärztlich-beruflichen Verantwortung bin, erst einmal etwas zu tun, um diese Elektrolyt-Entgleisung mit einer einfachen Infusion wieder zu beheben. Da stellen sich die Fragen anders.

Rechtfertigender Notstand heißt aber als Begriff auch: Ich bin bereit, mich selbst dafür zu rechtfertigen am nächsten Morgen vor dem Spiegelbild, in meiner Dokumentation, warum ich das jetzt so entschieden habe und worin ich die erhebliche Gesundheitsgefährdung gesehen habe. Das ist nicht so schwer, wie die Psychiater immer jammern. Ich bin auch bereit, mich vor dem Patienten zu rechtfertigen, zumindest im Nachhinein. Das hatten wir heute schon: die Nachbesprechung.

Wenn ich das aber in der Praxis nicht mehr tue, nicht unbedingt aus Böswilligkeit, sondern auch aus Zeitmangel, weil wir ja gern alljährlich immer mehr Patienten aufnehmen, dann stimmt etwas im System nicht mehr. Dann wird es schwierig, und dann ist es wichtig, dass ich als Psychiaterin oder als Mitglied eines Teams meine Haltung ändere, dass wir einen Paradigmenwechsel in der psychiatrischen Praxis bekommen und nicht einfach so weitermachen und heute noch die Psychiatrie-Enquête von vor vierzig Jahren bejubeln. Das geht heute nicht mehr. Das passt nicht mehr in die Landschaft, weil sich die Medizin weiterentwickelt.

Christiane Fischer

Mehrere Personen und auch Sie haben den Begriff des wohltätigen Zwangs kritisiert. Meine Frage ist: Wo ist die Grenze? Kann Zwang wohltätig sein oder widerspricht Zwang der autonomen Entscheidung der Person? Gibt es dazu grundsätzliche Meinungen?

Dann wird immer Zwangsmedikationen mit Folter – das wurde auch von einem UN-Gremium gesagt. Wie ist Ihre Meinung dazu? Muss man sich vom Folterbegriff abgrenzen oder ist er durchaus legitim? Ich glaube, dass wir uns mit dieser Frage auseinandersetzen müssen, auch wenn das hier zu Stühlerücken führt.

Dann die Frage: Wie stehen Zwangsbehandlung und Menschenrechte zusammen? Eine Expertin für Menschenrechte wird diese Frage sicherlich gut beantworten können. Wenn Menschen, die heute als gesund gelten (Homosexuelle, Transsexuelle), psychiatrisiert wurden, gerade im Nationalsozialismus, aber auch in den Fünfziger-, Sechzigerjahren – welche Meinung gibt es heute dazu, wenn da auf diesen Personenkreis, der heute als gesund gilt, Zwang ausgeübt wurde?

Sigrid Graumann

Ich habe eine konkrete Frage zu den Zahlen, weil wir die Frage der Dokumentation schon besprochen haben, und jetzt ist in Ihren drei Stellungnahmen einiges dazu drin.

Frau Osterfeld, Sie beziehen sich auf die Studie von Deinert und zitieren daraus, dass die Unterbringungsraten in den Bundesländern sehr unterschiedlich sind: Bayern mit einer Rate von 4,77, Nordrhein-Westfalen mit 2,66; im Schnitt sind es um die 1,44. Wie erklären Sie sich diese Unterschiede?

Frau Loer, Sie schreiben in Ihrer Stellungnahme, dass es schwierig ist, die Erfassung der Zahlen einzuschätzen. Warum ist das schwierig und was könnte man tun, damit sie belastbarer sind?

Frau Brosey, in Nordrhein-Westfalen haben wir ein System, wo es konkrete Vorschriften zur Erfassung gibt, und die Zahl nennen Sie. Wäre das möglicherweise ein Modell? Kann man sagen, dass die Erfahrungen in NRW mit der Erfassung so gut sind und die Zahlen vielleicht belastbarer sind als in anderen Bundesländern, dass man daraus vielleicht Empfehlungen ableiten könnte?

Annette Loer

Zu der Frage: wohltätiger Zwang, ob ich mir das vorstellen kann. Ich finde das Wort „wohltätig“ problematisch, aber die Vorschrift, über die ich

zu entscheiden habe, lautet: Eine Maßnahme, sei es eine Unterbringung oder eine Zwangsbehandlung, ist zulässig, wenn sie zum Wohl des Betroffenen erforderlich ist, um us w.

Ich bejahe diese Vorschrift und bekenne, dass ich Zwangsmaßnahmen dann überwiegend auch genehmige. Ich bin überzeugt, dass diese Zwangsmaßnahme, sei es die Unterbringung, eine unterbringungsähnliche Maßnahme oder die Zwangsbehandlung, tatsächlich zum Wohl der Betroffenen erforderlich ist. Sonst dürfte ich so nicht entscheiden.

Ich bekenne weiter, dass ich mich sicherer fühle in den Verfahren, wo ich es bejaht habe. Ich fand es viel problematischer, wenn ich es – auch mit Überzeugung, aber mit viel mehr Fragezeichen – abgelehnt habe. Denn da hatte ich die Befürchtung, dass die Menschen nicht behandelt werden, sondern allein gelassen werden und nicht die Behandlung erhalten, die sie eigentlich brauchen.

Ich nehme das Gesetz ernst und bin überzeugt, dass es, wenn alles andere nicht geht, Situationen gibt – ich glaube, dass es viel weniger Verfahren sein müssten, als es im Moment sind. Ich glaube auch, dass es in den Verfahren, wo ich zuständig bin, zu dem Zwang oder zu der Situation, in der ich so entscheiden musste, nicht hätte kommen müssen, wenn im Vorfeld anders gehandelt werden könnte, wenn die Atmosphäre oder verschiedene Dinge anders wären, als sie sind. Aber so wie sie sind, war ich in vielen Verfahren der Überzeugung, dass diese Maßnahme auch gegen den Willen der Betreuten zu deren Wohl – und nur darum, das ist das Kriterium – tatsächlich erforderlich war, um sie aus ihrer Situation und aus ihrem Leiden herauszuholen, dass sie einen Anspruch haben, behandelt zu werden, und dass es das kleinere Übel ist, hier den Zwang anzuwen-

den und sie nicht mit ihrer Erkrankung allein zu lassen, wenn es keine andere Möglichkeit gibt.

Die Zahlen sind aus meiner Sicht problematisch; dabei kann ich nur etwas zu den Gerichtsstatistiken sagen. Zum einen bekomme ich mit, wer wie zählt. Es werden mitnichten alle Entscheidungen durch die Geschäftsstellen so eingetragen, wie es sein muss. Es gibt also schon bei der Erfassung der Zahlen Probleme.

Im Bereich der betreuungsrechtlichen Unterbringung differenzieren wir in der Statistik nicht zwischen den Unterbringungen zur langfristigen Heimunterbringung; da gibt es sowohl die Unterbringung in der Altenpflege als auch bei den anderen Maßnahmen, über die wir heute schon gesprochen haben. Die Zahlen sind lange gestiegen; nach meinem Eindruck steigen sie nicht mehr, weil in der Altenpflege sensibel damit umgegangen wird. Während es früher als ein versteckter, geschützter Bereich gar nicht gerichtlich erfasst worden ist, weil da irgendwelche Maßnahmen angewendet worden sind und alle sagten: „Das ist nur beschützt und nicht geschlossen“, sind wir da jetzt viel sensibler und genehmigen mehr als vorher, weil wir mehr hinschauen. Das finde ich daher eher positiv, dass die Zahlen steigen, weil wir mehr hinschauen.

Ich glaube nicht, dass es tatsächlich mehr Freiheitsentziehung im Bereich der Altenpflege gibt. Das heißt, alle Zahlen nach Paragraph 1906 [BGB] in der Gerichtsstatistik werden auch nicht differenziert zwischen Ziffer 1, die Unterbringungen zur Heilbehandlung, die in der Psychiatrie erfolgen, und Ziffer 2, die zum Selbstschutz erfolgen, zum Beispiel auch Demenzerkrankte in geschlossenen Heimunterbringungen.

Die PsychKG-Unterschiede können auch daran liegen, dass in den Ländern das Verhältnis zwischen betreuungsrechtlichen Maßnahmen und

Unterbringung nach PsychKG unterschiedlich ausgestaltet ist. In manchen Ländern ist das immer vorrangig, wenn eine betreuungsrechtliche Unterbringung zum Selbstschutz in Betracht kommt. Das muss in anderen Ländern nicht so sein.

Es kann auch Vorlieben geben. In Bayern sind die Zahlen der PsychKG-Unterbringungen hoch; das mag auch andere Traditionen haben. Das soll auch so sein. Denn wenn die Länder diesen Bereich der Gefahrenabwehr unterschiedlich regeln dürfen, soll man auch die länderspezifische Tradition berücksichtigen. Ich finde das nicht unproblematisch, weil es um Grundrechtseingriffe geht, aber die Länder die Schwelle unterschiedlich ansetzen können. Aber das ist bisher so gewollt.

Dagmar Brosey

Zur Frage des wohlwärtigen Zwanges: Mich stört der Begriff Wohlwärtigkeit, weil der aus meiner Sicht zu positiv besetzt ist. Ich hatte den Begriff „wohlmeinender Zwang“ vorgeschlagen, der zwar auch positiv ist, aber ergebnisoffener als das Wohlwärtige, was bereits eine Wohltat impliziert. Das Wohlgemeinte oder Wohlmeinende meint zumindest eine Zielrichtung, die aber das Ergebnis der Prüfung wesentlich offener lässt.

Wie Frau Loer gerade ausgeführt hat, haben wir im Betreuungsrecht den Begriff des Wohls des Betroffenen. Wir haben einen subjektiven Begriff des Wohls des Betroffenen, der immer das Wohl aus der Perspektive des Betroffenen definiert und versucht herauszufinden, was der Betroffene in dieser Situation entscheiden würde. Das ist natürlich äußerst schwierig.

Ich hatte heute von Herrn Gagel den Begriff der rückwirkenden Zustimmung gehört. Wenn wir konkrete Anhaltspunkte dazu haben, dass der Betroffene rückwirkend die Zustimmung gibt, dann

würde ich dazu tendieren zu sagen, dass diese Maßnahme, wenn alle Kriterien erfüllt sind, mehr nutzt als schadet und wenn es keine Alternativen gibt, auch dem Wohl des Betroffenen dient. Insofern finde ich den Wohl-Begriff hier schon berücksichtigungswert, aber nicht den Begriff der Wohltätigkeit.

Weiter haben Sie die Frage gestellt: Ist Zwang überhaupt mit den Menschenrechten vereinbar? Mit den Grundrechten des Grundgesetzes ist er das, hat zumindest das Bundesverfassungsgericht entschieden, und die UN-Behindertenrechtskonvention konkretisiert letztendlich die Grundrechte.

Zwang kann aus Sicht der Menschenrechte oder der Grundrechte aber nur legitimiert sein, wenn er ein Teil des Schutzkonzeptes ist. Das Bundesverfassungsgericht (so lese ich diese Entscheidung aus dem Jahr 2016) begründet eine Schutzpflicht und erlegt auf, ein Schutzkonzept zu schaffen, und am Ende steht die Möglichkeit der Zwangsbehandlung unter engen Voraussetzungen.

Aus meiner Sicht müssen Schutzkonzepte in jeder Klinik vorhanden sein. Ein Teil ist Deeskalationstraining, aber es gibt mit Sicherheit noch andere Möglichkeiten, um Zwang tatsächlich zu vermeiden, und zwar vor, während und nach dem Klinikaufenthalt. Ein gesamtes Schutzkonzept erfordert die Legitimation von Zwang.

Dann komme ich zur Frage von Frau Graumann zu den Zahlen aus Nordrhein-Westfalen. Ich halte es für erforderlich, dass alle psychiatrischen Kliniken ihre Zahlen im Hinblick auf sämtliche Rechtsverletzungen tatsächlich melden, also sämtliche besonderen Sicherungsmaßnahmen. Das geht über die freiheitsentziehende Maßnahme hinaus und betrifft zum Beispiel auch die Möglichkeit oder das Nichtvorhandensein der

Möglichkeit, an die frische Luft zu gehen, oder sonstige Einschränkungen.

Ich halte es für erforderlich, dass das zentral bei einer Landesaufsichtsbehörde gesammelt wird. Aber auch nicht einfach so, sondern dazu braucht es wiederum ein Schutzkonzept. Es gibt in vielen Bereichen Unternehmensberatungen, die in Kliniken gehen und schauen, dass die Kliniken etwas effizienter arbeiten. Ich denke, dass eine bestimmte Anzahl von Zwangsmaßnahmen in irgendeiner Weise auch eine solche Task Force auslösen könnte, die dann mit einer Klinik konkrete Anti-Gewalt-Konzepte entwickeln kann. Denn wir haben ja gehört, dass es unterschiedliche Erfahrungen in unterschiedlichen Kliniken gibt, aber die Ursachen und Gründe dafür kennen wir nicht. Die müssen wir kennen, und dazu brauchen wir Daten, um überhaupt einen Handlungsdruck zu haben.

Sigrid Graumann

Wäre da Nordrhein-Westfalen ein Vorbild, ein Modell, mit dem wir arbeiten könnten? Denn das haben Sie in Ihrer Stellungnahme genannt.

Dagmar Brosey

Ich hatte es in meinem Fragenkatalog erwähnt, weil nach Daten gefragt wurde. Ich habe mir einige PsychKGs angesehen und nur im PsychKG Nordrhein-Westfalen diese Rechtsgrundlage dafür gefunden. Aber auch nach dem alten PsychKG gab es diese Datensammlung. Deswegen hatte ich hervorgehoben, dass das in allen Bundesländern erforderlich ist.

Margret Osterfeld

Nordrhein-Westfalen ist kein Vorbild. Die Zahlen sind durchgehend nicht belastbar, das haben einige gesagt. Vielleicht kann sich Nordrhein-Westfalen zu einem Vorbild entwickeln. Was die Zahlen angeht: Herr Regus hat die gleichen

Probleme schon 2005 nachgewiesen, Herr Krefeld hat es 1997 gemacht, diese großen Unterschiede – auf dem Weg kommen wir nicht weiter.

Es gibt einen einfachen Weg, der auch kostenneutral ist. Jede Klinik muss in regelmäßigen Abständen einen Qualitätsbericht veröffentlichen. Darin steht in meiner Klinik im letzten Jahr: „Unsere Patientenzahlen haben sich auf 7.000 gesteigert.“ Es wird kein Wort dazu verloren, dass davon wahrscheinlich 700 nach Betreuungsrecht und 700 nach PsychKG – das kann man da einfach reinschreiben, und dann kann man auch schreiben: Eine Fixierung war so und so oft. Hier können die Kliniken das Tabuthema transparenter machen. Das ist wichtig und notwendig.

Zum Wohl-Begriff: Ich bin immer stärker dagegen, denn ein Wohl ist immer etwas, was durch Dritte mit höherer Vernunft bestimmt wird. Ich gehe davon aus, dass der Begriff der Vernunftshoheit der Psychiatrie, der auch vom Verfassungsgericht gebraucht wurde, genau dies meint. Ich gehe inzwischen auch davon aus, dass es der Pferdefuß unseres deutschen Betreuungsrechts ist, dass er eben nicht nur, Herr Gagel, vom Wunsch und Willen spricht, sondern dass immer der Wohlaspekt dazukommt. Aber dann wird es zu einer Entscheidung auf anderen Ebenen. Das ist die Stelle, wo die beste Interpretation des Willens und der Präferenzen erforderlich sind, und das kann kein Arzt alleine. Das ist wichtig.

Jetzt zur historischen Frage und dem Folterbegriff; heute fiel der Begriff Nazideutschland. Machen wir uns bitte klar, dass der Eugenik-Ansatz wissenschaftliche Lehrmeinung in der Weimarer Republik war, selbst vom hochheiligen Herrn Kraepelin, der seinen Patienten, die er Dementia praecox nannte, ein möglichst kurzes

Leben wünschte. Es war der wissenschaftliche Ansatz, und wann welche Behandlungsmethoden Folterkriterien oder nur Misshandlungen – darüber will ich mich gar nicht streiten.

Es war wichtig, was der Sonderberichterstatter über Folter, Juan Mendez, in seinem Jahresbericht 2013 gesagt hat, dass psychiatrische Behandlungsmethoden sicher in jeder Zeit auch grausam, unwürdig und erniedrigend und in manchen Situationen auch Folter sein können. Wenn eine Mutter nach Entbindung – die Uniklinik sagt uns: maximal 12 Stunden Fixierung, und diese Frau, postpartale Psychose, wird vom Kind getrennt auf die Psychiatrie gebracht, ist 24 Stunden fixiert, bis der Richter kommt, der noch nicht einmal das PsychKG bestätigt. Das ist eine wichtige Frage für die Statistik, für die allgemeine Landesstatistik: Wie viele Anträge werden von den Kliniken gestellt und wie viele werden abgelehnt? Das alles geht aus diesen Zahlen bisher nicht hervor.

Steffen Augsberg

Frau Osterfeld, ich finde den Folterbegriff in diesem Zusammenhang völlig unglücklich. Mich überzeugt das gar nicht. Ich habe das Gefühl, das ist die Logik, mit der die Nazikeule geschwungen wird, so wie umgekehrt der Kommunismus-Vorwurf erhoben wird, wenn jemand irgendwie die gesetzliche Krankenversicherung in den USA einführen will. Das geht an der Sache vorbei. Sie haben recht damit, dass Sie den Wohl-Begriff in Frage stellen, aber dann gleich die 180-Grad-Wendung zu vollziehen und zu sagen: Das ist Folter, damit erweisen Sie dem eigentlich vernünftigen Anliegen einen Bärendienst. Jedenfalls verstehe ich das so, weil mir das überzogen zu sein scheint. Ich bin kein Psychiater, deshalb ist meine allergische Reaktion offensichtlich nicht

professionell bedingt, aber das erscheint mir an der Stelle kontraproduktiv.

Das sage ich, weil ich Ihnen in der Sache durchaus zustimme bzw. was heißt zustimme? Ich kenne mich damit zu wenig aus, aber ich finde es wichtig, dass Sie den Finger in die Wunde legen und sagen, dass es tatsächlich Erkenntnisdefizite in der Psychiatrie gibt und dass man sagt, dass es eben keine exakte Wissenschaft ist, sondern dass man sich darüber Gedanken machen muss, wo eigentlich diese Diagnostik ansetzt. Das ist auch ein wichtiger Unterschied zu dem Beispiel, das Sie genannt haben, wo die Diagnose und die Therapie mit den Elektrolyten ganz einfach ist. Das in der Psychiatrie sicher anders.

Trotzdem muss die Frage erlaubt sein, wie sich eine gewisse Sicherheit erzielen lässt. Ich habe Sie so verstanden, dass Sie sagen: Das kann nicht nur ein Arzt machen, sondern das muss vielleicht multidisziplinär gemacht werden. Denn es ist klar, dass das, was Sie zu Recht als problematisch darstellen: die Verweigerung oder fehlende Therapie-Einsicht nicht pauschal wie in einem Gesetzentwurf als Krankheitsindiz gewertet werden kann. Aber sie kann eben ein Krankheitsindiz sein. Das scheint mir ein wichtiger Punkt zu sein. Jetzt müssen wir abgrenzen: Warum ist es einmal Zeichen einer normalen, gesunden Abscheu und einmal tatsächlich ein Indiz für Krankheit? Da würde ich Sie bitten zu präzisieren, wo man da tatsächlich Grenzen ziehen kann oder auch nicht.

An die beiden Juristinnen: Wir haben heute Morgen über Odysseus-Patientenverfügungen gesprochen und die Variante dessen, wie es sich verhält mit dem einsichtigen Willen und dem natürlichen Willen. Haben Sie so etwas schon mal erlebt? Wie würden Sie das in rechtlicher Perspektive einordnen?

Peter Dabrock

Ich darf eine Frage ergänzen und möchte den Satz aufgreifen, der mich zum Nachdenken gebracht hat. Frau Osterfeld, Sie haben erwähnt: Wenn ich eine Diagnose oder Therapie ablehne, beweise ich, dass ich krank bin. Das erinnert mich an Karl Poppers Diagnose der geschlossenen Gesellschaft, der man die offene entgegenzusetzen soll. Vor diesem Hintergrund habe ich mich gefragt: Passiert so etwas nicht vor allen Dingen in geschlossenen Institutionen?

Das bringt mich zu der Frage an Sie alle drei. Frau Loer, Sie hatten ein klares Statement dazu geäußert, dass Zwangsbehandlungen eingriffstiefer sind als Zwangsunterbringungen. Vielleicht habe ich Sie falsch verstanden, aber es ist dennoch eine wichtige Frage: Ist es nicht so, dass bisweilen Zwangsunterbringungen, weil sie einen Freiheitsentzug darstellen, eine starke Eingriffstiefe darstellen, während man sich vorstellen könnte, dass es bestimmte Formen von Zwangsmedikation (täglich einmal beim Arzt vorbeikommen oder welcher Art auch immer) gäbe, die genau diese Zwangsunterbringung (sprich ausgesetzt sein in einer geschlossenen Institution) vermeiden könnten? Ich frage das als Laie, ohne die Erfahrung dahinter. Da würde mich vor allem Frau Osterfeld interessieren aus ihrer psychiatrischen Praxis plus der Eigenerfahrung.

Margret Osterfeld

Auch ich bin kein Verfechter des Folterbegriffes; ich habe die Anti-Folter-Konvention nicht so genannt. Das Zusatzprotokoll, worauf sich mein Komitee begründet, ist ausdrücklich zur Prävention von Folter. Der Nachsatz der grausamen, unwürdigen oder erniedrigenden Behandlung – da hatten wir die Enquête-Kommission, die von elenden unwürdigen Zuständen sprach. Ich habe

vor zwei oder drei Jahre gesagt, elend sind die Zustände in der Psychiatrie heute nicht mehr, unwürdig aber oft genug schon wieder.

Wenn Sie den Mendez-Report genau lesen, dann geht es da auch nicht um Folter, ja oder nein, sondern es geht darum, dass und wie oft es unwürdig oder erniedrigend ist oder sein kann. Und das kann ich aus meiner Praxis nur bestätigen, und zwar einfach, weil Zwang effizienter ist. Es geht schneller, in ein Attest zu schreiben: Suizidalität lässt sich nicht mit Situation ausschließen. Nur ehrlich gesagt kann ich das bei keinem hier im Saal. – Ja, ist doch so.

Steffen Augsberg

[...] wann ist die Suizidalität so weit nachweisbar, dass ich nicht nur sage, der steht zu gern nah an der Zugplattform, sondern der ist wirklich gefährdet?

Margret Osterfeld

Eben. Richtig ist: Die Psychiatrie oder die gesamte medizinische Versorgung hat auch dann zu helfen und zu schützen, wenn der Patient nicht spontan will. In der Psychiatrie kann ich, anders als in anderen Fachgebieten, meistens mit dem Patienten reden, ich kann kommunizieren. Diese Abwägung, lieber Zwangsmedikationen oder lieber Fixierung, finde ich albern. Fixierung ist eine Notfallsicherungsmaßnahme, keine Behandlungsmaßnahme, und dann kann ich den Patienten immer noch fragen: „Wollen Sie jetzt eine Schlaftablette und wir reden morgen früh darüber? Oder wollen Sie jetzt hier weiter?“

Das ist eine Handlungsfrage, das, was ich praktiziere – und das geht auch anders. Nur: Schneller, einfacher und effizienter geht es über den Zwangsweg. Das liegt an dem politisch gewollten Ökonomisierungsdruck in unserem Gesundheitswesen.

Da gibt es in anderen Ländern andere Zahlen. England hat ein völlig anderes Gesundheitswesen in der Psychiatrie, staatlich und zentral organisiert. Die kommen mit viel weniger Zwang aus. Ob und was da besser ist, kann ich von hier aus nicht beurteilen. Aber das sind alles intrinsische Motivationsfaktoren. Darum ist mir das so wichtig, sie so zu benennen.

Herr Dabrock, Sie wollen auf den ambulanten Zwang hinaus. Das ist die Stelle, wo es historisch bedingt ist, eben wegen der Nazi-Psychiatrie, dass es in Deutschland an das Krankenhaus gebunden ist, wo ich aber frage: Wozu brauchen wir eigentlich in Deutschland so ungeheuer viele psychiatrische Krankenhausbetten? Andere Länder kommen mit viel weniger aus. Und das Einzige, was Sie an der Uni lernen, ist, dass nur ein belegtes Bett ein gutes Bett ist.

Die Indikation, dass wir immer belegt sind, die findet sich – die meisten Patienten kommen ja auch freiwillig. Aber das ist wieder die Frage der Verhältnismäßigkeit dahinter.

So wie sich die deutsche medizinische Versorgung entwickelt hat – vonseiten der Ärztekammer oder so nennt sie sich gern die beste der Welt; sie ist aber über alle Bereiche eine, die gern übermäßig Indikationen stellt –, möchte ich dazu nicht gern einfach Ja sagen. Darf der Diabetiker, der sein Insulin nicht nimmt, auch zu Hause zwangsmediziert werden? usw., da brechen wir die Frage zu einfach herunter. Das ist mir die wichtige Stelle. Ich verweise noch einmal auf das Urteil des Verfassungsgerichts, das auf den erheblichen Schaden hingewiesen hat. Der Diabetiker ohne Insulin stirbt nicht daran. Er hat nur eine viel kürzere Lebenserwartung. [Lachen]

Also bitte, wenn wir alle hun- ich rauche, ich schädige mich ständig selbst, damit meine Kin-

der noch Rente bekommen, wenn ich hundert werde – bitte. Wir können nicht alles gutheißen, was die Medizin heute kann. Es wird hier Leute geben, die das wollen, aber wir können das nicht alles gutheißen.

Und es passiert in deutschen Pflegeheimen. Ich verweise auf Kirsch und Hirsch, BtPrax [Betreuungsrechtliche Praxis], 1, 2016, dass in den Pflegeheimen jede Menge mediziert wird, zwangsweise, an nicht einwilligungsfähige Patienten, und die Betreuer werden noch nicht einmal darüber informiert. Das ist eine Maßnahme, um alte Menschen pflegeleicht zu machen. Sie setzt sich über Recht und Gesetz hinweg, weil nicht einmal die Einwilligung des Betreuers geholt wird. Das ist allemal menschenunwürdig.

Annette Loer

Es ist problematisch, dass in der psychiatrischen Behandlung diese Unsicherheit besteht, dass man es eben nicht wissenschaftlich vorhersehen kann, weder die Diagnose noch die Prognose, und dass wir diese Unsicherheit in der Prognose in die Abwägung einbringen müssen. Das ist ein Problem.

Mit der Suizidalität – das hängt, da wir eine individuelle Entscheidung treffen müssen und eine eigene Überzeugung gewinnen können, finde ich schwierig. Nachdem ich einmal eine Unterbringung abgelehnt – oder ich habe sie nicht abgelehnt, es war die Mutterbetreuerin für ihren psychisch erkrankten Sohn, die wollte, dass ihr Sohn nicht auf der Geschlossenen bleibt, wo er war, sondern auf eine offene Station kommt, sodass eigentlich auch kein Raum war, eine Unterbringung weiter zu genehmigen. Der Sohn hat zwar die Station nicht verlassen, aber ist nach zwei Tagen aus dem 13. Stock in den Tod gesprungen. Ich fühlte mich mitverantwortlich und es hat mich belastet und dazu geführt, dass ich in den

Verfahren danach, wenn das Wort Suizidalität auftauchte, dachte: lieber die Sicherheit wählen.

Wenn das tatsächlich im Raume steht, dann wähle ich – jedenfalls habe ich das in den Jahren danach gemacht; jetzt bin ich wieder ein bisschen differenzierter. Ich habe mich in den Jahren danach im Zweifel für die Sicherheit entschieden, was ich davor nicht getan hätte, sondern da gab es ein Behandlungskonzept, Eigenverantwortung ist wichtiger. Das sind auch Erfahrungen, wie wir mit dieser Unsicherheit umgehen und was wir dann für ausschlaggebender halten.

Zur Frage, was eigentlich schwerwiegender ist, der Entzug der Freiheit oder vielleicht eine kurzfristige Zwangsbehandlung: Wir haben letztlich zwischen zwei Übeln aus Sicht des Betreuten zu wählen. Welches Übel wirkt schwerer? Das ist ganz klar auch aus der Sicht des Betroffenen zu sehen. In meinem Beispiel war ich davon ausgegangen, dass es um eine kurzfristige Unterbringung in der Psychiatrie ging. Ich habe Sie jetzt so verstanden, dass, wenn in Frage steht, dass, wenn sich jemand nicht behandeln lässt oder nicht psychiatrisch behandelt wird, eventuell eine langfristige geschlossene Heimunterbringung erfolgen muss. Das ist eine Abwägung zwischen zwei Übeln, die sich auch daran orientieren muss, was sich der Betroffene selbst wünschen würde.

Da kann man zu dem Ergebnis kommen: Hier ist ein langfristiger Freiheitsentzug aus Sicht des Betroffenen ein deutlich schwereres Übel als eine möglicherweise erfolgreiche Zwangsbehandlung in dem Sinne, dass danach eine solche Unterbringung nicht erforderlich ist, weil er sich nicht weiter schädigt. Das ist die Abwägung zwischen zwei Übeln.

Es geht um die Abwägung, was für den Patienten das Wichtigere ist. Wir hatten heute Morgen das

Beispiel drohender Wohnungsverlust. Wenn für jemanden die eigene Wohnung ein ganz wichtiges Gut ist, einen ganz hohen Wert hat, dann finde ich es legitim, alles dafür zu tun, dass diese Wohnung erhalten wird, auch wenn es mit einem Zwangssaubermachen einhergeht. Wenn aber für jemanden die Autonomie das Allerhöchste ist und er auch den Verlust der Wohnung in Kauf nehmen würde, dann ist das andere wichtiger. Das ist nicht abstrakt abzuwägen, sondern immer aus der Sicht des Betroffenen: Was ist das höhere Gut und was im Gegenzug das kleinere Übel?

Die Patientenverfügungen spielen in der Praxis kaum eine Rolle. Es gibt einige im Rahmen einer Verhandlungsvereinbarung, die sich positiv äußern. Ich habe bisher nicht mit ihnen zu tun gehabt, und es ist auch kein Massenphänomen, dass in einer Patientenverfügung jede psychiatrische Behandlung oder überhaupt jede psychiatrische Diagnose abgelehnt wird.

Wie wir damit umgehen, kann ich nur abstrakt sagen: Wenn jemand im vollen Bewusstsein, was es bedeutet, die Entscheidung trifft: „Ich will auf keinen Fall psychiatrisch behandelt werden“ und alles, was tatsächlich damit verbunden sein kann, in Kauf nimmt, dann habe ich das zu akzeptieren.

Aber ich weiß nicht, ob ich, wenn jemand in eine tödliche Entwicklung kommen würde oder die Menschenwürde nicht mehr vorhanden ist, mir dann vorstellen kann, dass ich tatsächlich der Überzeugung bin, dass sich dieser Mensch ein paar Jahre vorher genau diese Situation vorgestellt hat und sich gedacht hat: „Auch wenn ich in eine solche unwürdige Situation gerate, nicht mehr ich selbst bin“, ob er dann tatsächlich gewollt hätte, dass er jetzt auch nicht behandelt wird. Abstrakt kann ich sagen: Wenn das so ist, dann darf nicht behandelt werden. Ob ich tat-

sächlich zu der Überzeugung gelangen würde, dass auch diese Entwicklung in Kauf genommen wurde – ich weiß nicht, wie ich dann entscheiden würde.

Dagmar Brosey

Bei dieser Entscheidung des Bundesverfassungsgerichts und der konkreten Umsetzung kommt es darauf an, ob es eine wirklich eine Patientenverfügung ist, die eine konkrete medizinische Maßnahme ablehnt; und in dieser Patientenverfügung muss immer auch eine bestimmte Lebens- und Behandlungssituation beschrieben werden. Das heißt: Je nachdem, wie diese Patientenverfügung tatsächlich verfasst ist und ausgelegt wird, wäre es möglicherweise in die Richtung, wie Frau Loer das gerade ausgeführt hat – eine Möglichkeit zu sagen, dass diese Patientenverfügung gar nicht die Situation des Todesfalls betrifft.

Wolfram Höfling

Frau Brosey, Sie hatten zwei der Leitentscheidungen des Bundesverfassungsgerichts als ein Geländer bezeichnet. Ich muss zugeben, ich stolpere an diesem Geländer seit vielen Jahren hin und her. Eigentlich ist mir nicht klar – Sie beide haben von einer Grundrecht-Schutzgut-Kollision in einer Person gesprochen. Bei Ihnen, Frau Loer, war ich mir nicht ganz sicher. Sie hatten den Anspruch auf die Heilbehandlung – den würde ich rückbinden an einen Integritätsanspruch, und der hätte dann so eine leistungsrechtliche Dimension. Frau Brosey, Sie haben die 2016er-Entscheidung mit der Schutzpflicht formuliert.

Ich frage mich: Ist es verfassungsrechtsdogmatisch überhaupt sinnvoll, von einer solchen Konstellation von Schutzpflichten zu sprechen? Wenn wir von Schutzpflichten sprechen, sprechen wir da von den grundrechtlich, also rechts-

staatlich fundierten Schutzpflichten oder von sozialstaatlichen Schutzpflichten? Das ist möglicherweise eine andere Legitimationsbasis, die auch in der Abwägung vielleicht zu einem anderen Ergebnis käme.

Dann stelle ich mir, ohne noch den Lebenssachverhalt darunter zu subsumieren, drei große Kategorien vor: Es gibt die eine Kategorie, wo der natürliche Wille, der auf Ablehnung einer Behandlung zielt, ein transitorischer Status ist; die Fremdbestimmung ist dann nichts anderes als fremdbestimmte Selbstbestimmungsermöglichung. Wenn man das nach bestimmten psychiatrischen Kriterien definieren könnte, hätte ich überhaupt kein Problem mit Zwangsbehandlung.

Dann gibt es offenkundig das Recht auf Verwahrlosung, auf Obdachlosigkeit, auf Krankheit, auch die Freiheit zum Tode hin; auch das muss man dann ernst nehmen. Wenn man dies so bezeichnet, gibt es überhaupt keine Debatten; da muss man gegebenenfalls zuschauen, wie sich dieser traurige Zustand realisiert.

Und dazwischen – das wird die Mehrheit sein – sind wir im Zweifel über diesen Zustand, weil die Psychiatrie uns nicht liefern kann. Nach welchen etwas härteren Kriterien können wir diesen großen Zweifelszustand in einen Abwägungsprozess bringen? Das ist für mich die große praktische Frage.

Claudia Wiesemann

Frau Loer, ich bitte Sie, einen für mich wahrnehmbaren Widerspruch aufzuklären. Sie haben zum einen gesagt: Die Zwangsmedikation ist der grundrechtlich gravierendere Eingriff im Vergleich zur Zwangsmaßnahme wie Fixierung. Das haben Sie auf eine andere Frage meines Erachtens wieder relativiert und gesagt: Was ist das höhere Gut aus der Sicht des Patienten? Und was muss ich da schützen?

Jetzt frage ich mich: Welche dieser Perspektiven ist diejenige, die Sie vertreten? Immerhin ist die erste Perspektive bundesverfassungsgerichtlich vertreten worden, wird aber von den Praktikern durchaus infrage gestellt, gerade aus den Gründen, die Sie in Ihrer zweiten Antwort gegeben haben.

Wolfram Henn

Stichwort Familie: Oft genug sind die Angehörigen diejenigen, die in der Situation am meisten leiden. Sie spielen aber nach meiner Kenntnis im Betreuungsrecht keine eigenständige Rolle. In Ihrer Entscheidungspraxis, inwieweit dürfen und inwieweit ist es tatsächlich so, dass das Leiden der Angehörigen Ihre Entscheidung mit beeinflusst?

Annette Loer

Zu dem Widerspruch: Das kann man nicht abstrakt klären, was das höhere Gut ist. Für den einen ist es die Freiheit, für den anderen die Gesundheit, also Gesundheit ist nicht das höchste Gut. Für mich ist die Menschenwürde der übergeordnete Begriff, unter dem ich verschiedene Werte und Eingriffstiefen abwägen kann.

Aber ich kann nicht abstrakt sagen: Die Freiheit ist ein höheres Gut als die Gesundheit. Das ist individuell unterschiedlich und es steht uns nicht zu, zu sagen, was für einzelne Menschen das höhere Gut ist. Wenn es für einen das Eigentum ist (was ich schwer verstehen kann), dann wäre es möglicherweise auch das.

Mein Plädoyer geht dahin, es eben nicht abstrakt zu formulieren und auch nicht abstrakt zu formulieren, was ein erheblicher gesundheitlicher Schaden ist, sondern uns tatsächlich zu bemühen, und das ist das Problem: Können wir uns, ohne die Erfahrung der psychischen Erkrankung zu haben, ein Urteil erlauben, nachspüren zu

wollen, was für psychisch kranke Menschen tatsächlich das höhere Gut ist?

Als Beispiel eine Frau, die lange immer wieder nach PsychKG untergebracht werden musste und irgendwann aus Sicht der Psychiatrie endlich einsichtig war, endlich ihre Medikation regelmäßig genommen hat. Sie war vorher bunt, schrill und auffällig und ist immer wieder über die Grenze gegangen. Sie ist behandelt worden; die Psychiater waren hoch zufrieden. Ich habe die Frau dann noch mal angehört. Das war danach eine graue Maus, sie hatte nichts mehr von dem, was sie vorher hatte, und sie sagte mir: „Ich weiß, alle denken, es ist jetzt alles gut, ich bin endlich einsichtig. Aber weiß jetzt gar nicht, wer ich bin.“ Das ist die Frage: Was ist für diese Person tatsächlich ihr höheres Gut und was ist das Übel? Also nicht abstrakt.

Ich hatte mich bei der Entscheidung des Bundesverfassungsgerichtes ein bisschen gestört an der Formulierung: Schutzpflicht des Staates, weil ich eher von einer anderen Perspektive ausgehe: Es ist das individuelle Recht der Patienten. Der Staat hat dafür zu sorgen, dass diese Rechte wahrgenommen werden, wenn sie es nicht selber können, dass es Institutionen gibt, die die Rechte der Menschen wahrnehmen. So verstehe ich die Schutzpflicht und das Schutzkonzept. Aber es hat für mich einen problematischen Zungenschlag. Denn es sind nicht arme Menschen, die jetzt den Schutz des großen, was weiß ich, sondern es sind Individuen, die ein Recht auf Behandlung haben, und wir haben dafür zu sorgen, dass ihnen das Recht auch gewährt wird unter den Voraussetzungen, die wir hier diskutiert haben.

Dagmar Brosey

Zur Schutzpflicht des Staates und der Grundrechtskollision zwischen der Selbstbestimmung

über die körperliche Unversehrtheit und der Gefahr einer Beeinträchtigung des Lebens oder der körperlichen Unversehrtheit. Ich sehe in der letzten Bundesverfassungsgerichtsentscheidung eine Aufforderung, diesen Bereich noch näher auszugestalten und die Schutzpflicht im Hinblick auf eine Entscheidung gegen den Willen vor allen Dingen auch damit zu sehen, dass es natürlich ein Grundrecht auf Freiheit zur Krankheit gibt, und im Hinblick auf die Frage der Einwilligungsunfähigkeit, die ja die Entscheidung einer Zwangsbehandlung erst ermöglicht, noch einmal genauer hinzuschauen und auch die Frage zu stellen, ob das im Einzelfall und in jedem Einzelfall geht.

Als theoretisches Konzept halte ich es auf jeden Fall für möglich, dass eine Schutzmaßnahme nötig ist, wenn jemand die Bedeutung und Tragweite seiner ablehnenden Entscheidung nicht erkennt und es wirklich eine erhebliche gesundheitliche Beeinträchtigung oder Lebensgefahr gibt. Hier muss man aber genau hinschauen, um nicht in diese Ultima-Ratio-Falle zu tappen.

Margret Osterfeld

Aus meiner Sicht gehören zur besten Interpretation des Willens und der Präferenzen auf jeden Fall auch die Angehörigen. Da wäre ein Druck drin, als wenn nur zwischen Arzt und Richter ausgehandelt wird, was jetzt das Wohl des Patienten ist. Das finde ich eine ganz wichtige Stelle, das ist einfach ein Wechsel in der Sichtweise.

Natürlich gibt es viele Zweifelssituationen, und wofür ich eigentlich plädiere und was ich auch immer gern gemacht habe, denn ich liebe meinen Beruf: Ich muss innerhalb meiner Profession bereit sein, eine gewisse Portion Verantwortung zu tragen und nicht nur Paragraphen zu haben, die mich schützen. Wenn mir die Polizei jemanden bringt mit 3,0 Promille, ist zumindest bei minus

zwei Grad Außentemperatur Selbstgefährdung klar gegeben. Der bleibt bei mir, bis er wieder nüchtern ist. Aber ihn sechs Wochen zwangszugentgiften – da freut sich seine Leber, aber ansonsten bringt es nichts. Dem biete ich am nächsten Morgen eine freiwillige Entgiftung an und habe das Ganze entschieden, bevor der Richter vorbeikommt. Entweder er sagt Ja und bleibt, oder er sagt Nein; dann habe ich ihn in drei Tagen wieder, solange der Winter kalt ist.

Annette Loer

Das Leid der Angehörigen ist letztlich kein Kriterium für die Entscheidung, ob jemand gegen den Willen behandelt werden kann oder nicht. Die Angehörigen sind wichtig als Informationsgeber, um uns zu sagen, was ihr Sohn, Tochter, ihre Frau jetzt wollen würde. Aber nicht das Leid der Betroffenen als eigenständiger Wert in dieser Abwägung.

Peter Dabrock

Vielen Dank für Ihre Beiträge, die – vielleicht für manche überraschend – gezeigt haben, welche Uneindeutigkeiten in den rechtlichen Regelungen bestehen und dass Verantwortung zu übernehmen ist. Frau Loer, Sie hatten zweimal das Wort gewählt: ich bekenne; „bekenne“ ist lateinisch *confessio* zwischen einerseits einem Zeugnis, Verantwortung, und einem Schuldeingeständnis. Das fand ich sehr bewegend, dass Sie uns das gerade in dieser juristischen Einheit nahegebracht haben. Vielen Dank.

Ethik

Peter Dabrock

Meine Damen und Herren, wir kommen nach den Legalitäts- zu den Moralitätsgesichtspunkten. Ich begrüße als Redner für diese letzte Einheit zum einen Herrn Professor Thomas

Schramme von der Universität Liverpool, dort Professor für Philosophie, und zum anderen Dr. Matthias Braun, Akademischer Rat am Lehrstuhl für Systematische Theologie und Ethik an der Universität Erlangen-Nürnberg.

Thomas Schramme

Vielen Dank für die Einladung. Wir sind alle ein bisschen abgeschlafft; daher versuche ich es so zu gestalten, dass niemand einschläft, obwohl ich und Herr Braun aus einer sehr theoretischen Sicht sprechen. Wir stellen uns in der philosophischen Ethik häufig die Frage, wie die Gesetze sein sollten, nicht, wie sie wirklich sind. Das ist in gewisser Weise auch die Voraussetzung meines Vortrags.

Ich werde drei Schritte vollziehen: Erstens werde ich einige Vorannahmen klären, die für mich relevant sind. Die meisten dieser Vorannahmen sind schon genannt worden. Einige davon werden Sie alle teilen, einige werden umstrittener sein. Zweitens möchte ich zwei Rechtfertigungsstrategien vorstellen, die im Prinzip auch schon genannt worden sind, für Zwang, und zwar im Besonderen für das, was hier wohltätiger Zwang genannt. Drittens werde ich ein paar Schlussfolgerungen ziehen.

Die Besonderheit des Zwangs liegt hier in der Hinsicht auf das Wohl. Das wurde auch eben schon deutlich. Ich benutze manchmal den Begriff fürsorglichen Zwang, weil er eingespielt ist. Der Begriff des wohltätigen Zwangs scheint mir problematisch zu sein, aber das gilt es hier zunächst nur festzustellen.

Hier geht es um die betroffene Person selbst, nicht um das Wohl insgesamt, sondern spezifisch in Hinsicht auf die Selbstbestimmung. Was wir gerne wollen, ist, dass die Leute in die Lage versetzt werden, wieder selbst für sich bestimmen

zu können, gerade weil wir nicht genau wissen, was für sie das Gute ist. Darin steckt eine spezifische Hinsicht des Zwangs: nicht nur das Wohl im Allgemeinen, sondern auch die Selbstbestimmung.

Wichtig ist noch einmal festzuhalten (obwohl das hier im Raum wohl alle teilen): Eine psychische Krankheit, eine psychische Erkrankung als solche zu haben heißt nicht, dass man in irgendeiner Weise in der Selbstbestimmungsfähigkeit eingeschränkt ist. Hier kommen weitere Kriterien hinzu.

Ganz wichtig: Gesundheit ist nicht das einzige und auch nicht das wichtigste Element des menschlichen Wohls. Ich würde auch sagen: Auch das Leben ist nicht das wichtigste Element des menschlichen Wohls, sondern es sind alle Elemente des menschlichen Wohls, die im Gesamtkontext gesehen werden müssen.

Außerdem: Die Selbstbestimmung ist nicht einfach nur ein Mittel zum Zweck, sondern hat einen Eigenwert. Denn indem der Zwang einen Eingriff in die Selbstbestimmung darstellt, stellt er nicht nur als Endeffekt etwas her (zum Beispiel die Gesundheit oder Abwendung einer Lebensbedrohung), sondern stellt auch immer einen Eingriff in einen wertvollen, werthaftern Zustand dar, nämlich die Selbstbestimmung. Das gilt es in die Betrachtung zu integrieren.

Eine wichtige Voraussetzung ist auch: Wir wollen im Prinzip immer annehmen, dass die Menschen selbst in der Lage sind, für sich zu bestimmen. Es gibt eine Präsomtion für die Freiheit. Das gilt insbesondere unter bestimmten politischen Voraussetzungen; wir wollen die Freiheit schützen.

Auch das haben wir schon gesehen: Die Situationen der Betroffenen sind immer individuell; das

spricht erst einmal gegen eine rechtliche Situation, weil die Situationen so besonders sind. Deshalb wird man wahrscheinlich auch keine One-size-fits-all-Regelung erreichen können.

Der dritte Punkt ist mir auch wichtig; das klang heute Morgen schon bei dem Begriff des informellen Zwangs an. Der Begriff des Zwangs ist viel weiter zu verstehen, als er manchmal in der Diskussion verstanden wird. Wir kennen viele Formen der Beeinflussung des Willens von Menschen, was dazu führt, dass sie etwas tun, was nicht ihrem *eigenen* Willen entspricht. Das sind Formen der Einflussnahme, die viel subtiler ablaufen als gewalttätige Maßnahmen oder das, was wir im Deutschen unter dem Begriff Zwang subsumieren. Das können sogar Angebote sein; zumindest kann man darüber diskutieren, ob es solche Dinge gibt.

Deswegen ist der Zwang auch nicht zu vermeiden; auch das haben wir schon gesehen. Es stellt sich die Frage nach der Rechtfertigung; das ist ja meine und Herrn Brauns Aufgabe.

Ein letzter Punkt: Ich glaube – und das klang unter dem Stichwort Odysseus-Verfügung ab und zu an –, dass solche Situationen, in denen jemand eingewilligt hat, mit all den Problemen, auf die wir vielleicht noch zu sprechen kommen: Wie spezifisch muss das sein? usw., aber wenn ich einwillige in eine Situation, in der ich vordergründig gegen meine aktuellen Wünsche behandelt werde, aber vorher meinen Willen fixiert habe, dann ist das kein Zwang. Deshalb ist dies das Mittel der Wahl, Zwang zu verhindern: nämlich den Willen in die Zukunft zu transportieren, in eine Situation, in der keine berechtigte Willensäußerung mehr getätigt werden kann.

Zu den zwei Strategien. Die erste Strategie ist, zu sagen: Na ja, wenn keine selbstbestimmte Willensäußerung vorliegt, dann ist sie weniger

beachtlich. Selbstbestimmungsunfähigkeit ist der Terminus, den zum Beispiel die DGPPN in ihrer Stellungnahme benutzt, Einwilligungsunfähigkeit, wir haben hier verschiedene Begriffe. Ich spreche von Selbstbestimmungsunfähigkeit; das ist eine notwendige Voraussetzung, um Zwang durchzuführen, noch keine hinreichende.

Hier weise ich auf bestimmte Probleme hin, ohne zu sagen: Die können niemals überwunden werden, aber es sind eben verschiedene Probleme. Was wäre das Minimum, wo die Selbstbestimmungsunfähigkeit anfängt? Das ist ein Negativum. Wir wissen zum Beispiel graduell: Meine Vortragsfähigkeit ist im Augenblick eingeschränkt, weil ich schon etwas müde bin, aber ich bin noch nicht vortragsunfähig (hoffe ich zumindest). Genauso mit der Selbstbestimmungsunfähigkeit: Wo ist die genaue Grenze zur Selbstbestimmungsunfähigkeit zu ziehen? Das ist eine extrem relevante Grenze.

Gleichzeitig ist die Frage: Jetzt haben wir theoretisch die Kriterien entwickelt, aber wie diagnostizieren wir das? Auch das kennen wir aus vielen Bereichen. Wir haben super Kriterien, aber können es nicht an der Person feststellen, ob sie den Kriterien entspricht.

Weiterhin laufen wir schnell Gefahr, formale Aspekte der Selbstbestimmungsunfähigkeit mit inhaltlichen zu vermengen, zum Beispiel wenn gesagt wird: Wenn jemand den Wunsch hat, sich zu suizidieren, dann ist es automatisch klar, dass er selbstbestimmungsunfähig ist. So haben viele Leute lange gedacht. Aber so ist es nicht, sondern wir müssen auf gewisse formale Aspekte schauen, nicht auf die Inhalte. Die Inhalte, die am Ende herauskommen, können unverständlich sein, aber trotzdem aus einer selbstbestimmten Entscheidung entstanden sein.

Zu guter Letzt die Abwägung mit den Nachteilen; auch darüber wurde hinreichend gesprochen, denn wir sind längst nicht so weit, dass bei Selbstbestimmungsunfähigkeit automatisch gerechtfertigt wäre, dass man etwas gegen den Wunsch dieser Person tut, sondern wir müssen immer auch sehen, was eigentlich die langfristigen Folgen dieses Eingriffs sind.

Die zweite Rechtfertigungsstrategie schaut auf den Begriff des Wohls und sagt: Vielleicht unabhängig davon, ob die Person einwilligungsfähig ist, gibt es bestimmte Entscheidungen, die das Wohl einer Person so gravierend verfehlen, dass wir eingreifen müssen, möglicherweise sogar gegen selbstbestimmungsfähige Personen. Das könnte eine Strategie sein.

Ein Problem ist hier der schon erwähnte Eigenwert der Selbstbestimmung: Selbst wenn wir sagen, dass etwas gravierend gesundheitsgefährdend ist, wäre es falsch, deswegen schon zu sagen, dass der Zwang gerechtfertigt wäre. Es ist sicherlich richtig zu sagen: Das hat gravierende Folgen, aber daraus allein folgt noch nicht, dass wir eingreifen dürfen.

Dann ein wichtiges Problem für die Philosophen: Wir sagen vielleicht, da ist eine gravierende Gesundheitsgefahr, aber wir wollen sagen, dass wir in die bessere Richtung wollen. Woher bestimmen wir als Intervenierende unser Ziel? Wie ich schon sagte, ist nicht klar, dass immer die Gesundheit das Endziel sein muss. Also wohin sollen wir? Das ist eine wichtige philosophische Frage zum Begriff des Wohls, und insbesondere zur Frage: Können wir das von außen bestimmen? Hier wären objektive Theorien des Wohls einschlägig. Auch die Frage: Gibt es hier wieder ein Minimum? Das muss auf jeden Fall – Menschenwürde wurde schon genannt; das wäre eine Strategie zu sagen: In einem menschenunwürdi-

gen Leben darf man keinen belassen; dann muss man eingreifen.

Aber auch da weiß man aus der akademischen Diskussion: Was genau heißt das jetzt? Wissen wir das wirklich? Das ist nicht so einfach. Deswegen sage ich: Das ist eine potenzielle Beschlagnehmung des Wohls. So wie man den Willen beschlagnahmen kann durch die Intervention per Zwang, kann man auch das Wohl beschlagnahmen. Das ist genauso problematisch, weil man sich anmaßt, besser zu wissen als die Menschen, die davon betroffen sind, was für sie gut ist.

Den letzten Punkt hatte ich schon genannt.

Daraus folgen bestimmte Dinge: Der psychiatrische Zwang ist, wenn überhaupt, schwer zu rechtfertigen aufgrund der Probleme, die genannt worden sind. Die Individualität der Fälle spricht gegen eine rechtliche Regelung, weil wir hier eine allgemeine Norm haben.

Deswegen wäre es naheliegend zu sagen: Dann schauen wir doch auf die Prozesse, unter denen wir das feststellen und auch durchführen. Das liegt erst mal nahe, also die Prozeduren. Dazu gehört insbesondere (auch das ist schon angesprochen worden) die Offenheit, einfach die Bestätigung von bestimmten Regeln, die wir insbesondere in institutionellen Situationen häufig nicht kennen. Krankenhäuser werden auf bestimmte Weise geführt, es gibt bestimmte historische Gegebenheiten, Arten des Umgangs miteinander. Diese sind nicht einfach irgendwo rechtlich festgelegt, aber sie bestimmen den Alltag und müssen offengelegt werden, um hier eine Erwartung der Patienten erzeugen zu können, um zu wissen, was sie tun sollen.

Das wäre die beste Strategie der Rechtfertigung: wenn die Leute selbst in einen möglichen Ein-

griff in die Selbstbestimmung einstimmen könnten. Das muss vor der wirklichen zwangsweisen Behandlung passieren. Dazu braucht man bestimmte Prozesse des Umgangs miteinander, der Diskussion und der Offenlegung bestimmter Regeln, und das ist insofern der erste Schritt: Information zu geben über die institutionellen Gepflogenheiten im Umgang mit Zwangsmaßnahmen. Das kann zum Beispiel heißen: „Bei uns wird in den und den Situationen normalerweise dies und dies getan; würden Sie das akzeptieren, ja oder nein?“ Das kann man alles schon vorher machen, und natürlich dann entsprechende Absprachen zu treffen, wie in Krisensituationen miteinander umzugehen ist. Das sind alles Dinge, die die Selbstbestimmung der Person selbst so ernst nehmen, dass sie sagen, sie soll in die Zukunft weitergeleitet werden. Besten Dank.

Matthias Braun

Vielen Dank für die Einladung und die Möglichkeit, mit Ihnen über die Legitimation von Zwang im psychiatrischen Kontext nachzudenken.

Wir haben heute schon viel über die Frage nach der Hermeneutik gesprochen. Wir haben uns darüber Gedanken gemacht, mit welcher Brille, mit welcher Sichtweise wir auf das Feld schauen. Ich habe ein Zitat einer in dem Feld nicht ganz unbekanntem Größe mitgebracht, die vielleicht an der Stelle unsere Sinne schärft. Ich zitiere Foucault:

„Es gibt keine gemeinsame Sprache, vielmehr gibt es sie nicht mehr. Die Konstituierung des Wahnsinns als Geisteskrankheit am Ende des achtzehnten Jahrhunderts trifft die Feststellung eines abgebrochenen Dialogs, gibt die Trennung als bereits vollzogen aus und läßt die unvollkommenen Worte ohne feste Syntax, die ein wenig an Gestammel erinnern und in denen sich der Austausch zwischen Wahnsinn und Vernunft vollzog, im Vergessen versinken.“

Warum dieses Zitat? Dieses Zitat soll zunächst deutlich machen, dass wir die Frage, welchen Grad an psychischer Devianz wir bereit sind, als

normal bzw. abnormal anzusehen, in gesellschaftlichen Anerkennungsprozessen miteinander aushandeln.

Bevor ich zur dieser Kernfigur meiner Argumentation komme, möchte ich kurz auf vier Beobachtungen eingehen. Wir hatten schon über die juristischen Präliminarien gesprochen; wir hatten uns darüber verständigt, dass jede medizinische Behandlung ohne die Einwilligung der betroffenen Person eine schwere Grundrechtsverletzung darstellt. Wir hatten auch festgehalten, dass Zwang möglicherweise dann denkbar sein könnte – zumindest in der juristischen Deliberation mag das der Fall sein –, wenn die Einsichtsfähigkeit aufgrund einer psychischen Krankheit generell fraglich scheint. Und wir hatten drittens als juristische Konstante festgehalten, dass zu der generellen Einsichtsunfähigkeit noch eine konkrete Gefährdung, nämlich entweder des Selbst oder eine Fremdgefährdung kommen muss.

Eine zweite Beobachtung, die wichtig ist, wenn wir uns Gedanken machen über das Phänomen der psychischen Krankheit und über die Legitimierbarkeit von Zwang, ist, dass wir feststellen, dass es eigentlich keine belastbaren Daten darüber gibt, in welche Maße Zwang angewendet wird. Wir können uns eine Art Hilfskonstruktion basteln, indem wir uns anschauen, wie sich die Unterbringungszahlen nach den jeweiligen rechtlichen Regimen entwickelt haben. Weil, wie wir schon gehört haben, die Vorgabe ist, dass eine solche Unterbringung erfolgt sein muss, können wir daraus ableiten, wie hoch möglicherweise die Anwendung von Zwangsmedikationen bzw. einer Zwangsbehandlung sein mag.

Wir brauchen nicht im Einzelnen auf die Zahlen einzugehen. Ich möchte nur kurz auf einen Punkt aufmerksam machen: Wir hatten in den Jahren

2012, 2013 die interessante Konstellation, dass zumindest nach dem Betreuungsrecht eine Zwangsbehandlung nicht möglich war. Wenn man die Daten, die Sie hier sehen, mit den Daten vergleicht, die wir zur subjektiven Ätiologie haben, das heißt zur Wahrnehmung, aber auch zu der Frage, welche Art von Zwangsmaßnahmen, von Isolierung und Fixierung angewendet wurden, dann sieht man, dass man das ganz gut mit dem Terminus beschreiben kann, den Erving Goffman geprägt hat: einer zumindest als totalitär wahrgenommenen Institution oder eines totalitären Settings; man sieht, dass es offenbar immer eine Art Seitenverschiebung gibt: Die Rücknahme einer Maßnahme (in dem Fall der Wegfall der Möglichkeit einer Zwangsbehandlung) führt dazu, dass andere Maßnahmen (zum Beispiel Isolierung, Fixierung) ansteigen. Zumindest gibt es Studien, die diesen Zusammenhang nahelegen.

Eine dritte Vorbemerkung zum subjektiven Erleben von Zwang; auch darüber haben wir schon debattiert. Zwei Dinge sind noch hinzuzufügen: Erstens scheinen die empirischen Daten, je nachdem, wie man sie gewichtet, nahezulegen, dass es nicht nur eine große Diskrepanz in der Wahrnehmung gibt, sondern dass es offensichtlich auch vulnerable Gruppen gibt, die dafür anfälliger zu sein scheinen, die Anwendung von Zwang als eine massive Gewaltverletzung anzunehmen. Pribe und Kollegen haben in unterschiedlichen Studien gezeigt, dass das besonders häufig bei den Patientengruppen alleinstehend, bei der Erkrankungsform Schizophrenie und in vielen Fällen bei Frauen der Fall sein mag.

Zweitens ist wichtig, dass es immer eine zeitliche Verzögerung gibt. Die Wahrnehmung variiert stark über die Zeit. Auch das ist ein Punkt, der zu beachten ist.

Noch eine letzte Vorbemerkung, bevor ich zu den von Herrn Schramme schon angedeuteten normativen Konfliktfeldern komme: Die Prävalenz psychischer Krankheiten ist sehr hoch. Wenn wir uns in absoluten Zahlen anschauen – ich habe hier zwei markiert –, wie hoch im Jahr 2014 die Prävalenz gewisser psychischer Erkrankungen war, dann reden wir zum Beispiel bei den affektiven Störungen über eine absolute Zahl von 6 Millionen Menschen und bei den Angststörungen über eine absolute Zahl von 9,8 Millionen Menschen.

Man kann über die Daten streiten, aber sie machen deutlich, was auch in der Argumentation wichtig ist zu beachten – und ich möchte zu unserer Debatte hinzufügen: Zwang kann sowohl eine Intervention bedeuten, aber auch eine Nicht-Intervention. Es ist nicht zwangsläufig so, dass Zwang immer gleichzeitig eine Intervention ist. Auch die Nicht-Intervention kann durchaus eine Form von Zwang sein. Aber nun wird deutlich, dass die normativen Prinzipien, die wir in solchen Fällen, zumindest in der Medizinethik, gern ins Feld führen, zu sagen, wir balancieren in einer Art und Weise aus, wie Selbstbestimmung, Fürsorge, Nichtschaden und Wohltun zueinander ins Verhältnis zu setzen sind, dass wir an der Stelle nicht weiterkommen und die entscheidende Frage ist: Wie können wir in einem so hochgradig vulnerablen Feld wie dem Umgang mit Zwang mit diesen normativen Konflikten umgehen?

Ich möchte Ihnen einen Ansatz vorstellen, der Sie vielleicht ein wenig vorbereitet, vielleicht auch ein wenig unvorbereitet treffen wird. Ich habe es fundamentalethische Überlegungen genannt. Wenn wir uns anschauen, wie hochgradig vulnerabel das ist, was wir einen leiblichen Selbstbezug nennen, oder wie hochgradig vor-

aussetzungsreich das Verständnis davon ist, dass wir einander als Personen verstehen, dass wir einander als selbstbestimmte Wesen anerkennen, dann drängt sich die grundsätzliche Frage auf, unter welchen Voraussetzungen (so haben es unterschiedliche Denkerinnen und Denker formuliert) wir eigentlich wessen Ansprüche auf Selbstbestimmung hören bzw. wen wir unter welchen Voraussetzungen als jemand bzw. als eine Person anerkennen.

Wenn man dieser grundsätzlichen Frage folgt, wäre eine wichtige normative Feststellung, dass Selbstbestimmung und Fürsorge (man könnte auch sagen: Selbstbestimmung und Wohltun) nicht als strikt trennbare Kategorien zu verstehen sind, sondern vielmehr als ein verwobenes Konstituierungsnetz zwischen Selbst und Anderen, zwischen Eigenem und Fremdem.

Drittens glaube ich, dass es ertragreich wäre, darüber nachzudenken, inwiefern Phänomene von Vulnerabilität wie auch die bleibenden Risse in dem, was wir unsere leiblichen Selbstvollzüge nennen, als abnormale Grenzfälle der leiblichen Verfasstheit zu sehen sind oder ob nicht einem jeden leiblichen Selbstbezug fundamental die Erfahrung von Vulnerabilität eingeschrieben ist.

Wenn es so wäre, dass die Vulnerabilität eines selbst keine Pathologie darstellt, sondern eine Grunderfahrung eines jeden Selbstbezugs wäre, dann könnte man konkret formulieren: Mit dem temporären Verlust einer Selbstbezüglichkeit verschwindet ein Selbst nicht ohne Weiteres aus den Anerkennungsvollzügen und damit den Versprechen, die es gegeben und erhalten hat.

Fünftens: Das soziale Band einer Gesellschaft oder anders formuliert, die Art und Weise, wie wir als Gesellschaft miteinander zusammenleben, muss sich gerade daran beweisen, inwiefern es imstande ist, Vulnerabilität nicht nur in prinzi-

pielle Gleichheitsansprüche zu überführen (also die Zuweisung bestimmter Rechte und Pflichten zu bestimmten Ansprüchen), sondern vielmehr gerade die Stimme der besonders Vulnerablen praktisch hörbar und sagbar zu bezeugen.

Ich komme zu drei Schlussfolgerungen. Das Überschreiten der Schwelle einer stellvertretenden Behandlungsentscheidung ist in doppelter Weise riskant; das ist wichtig für unsere ethische und normative Überlegung. Jede Gewaltanwendung gegen Personen stellt ein schuldhaftes Verhalten dar. Mit der Anwendung von Zwang ist zwar intendiert, dass sie dem Wohl der Personen dient und zu einem späteren Zeitpunkt von dieser auch so verstanden wird. Dies ist aber höchst prekär.

Zweitens, und das ist vielleicht für den ein oder anderen provokant: Es kann in den ethischen Debatten zumindest primär nicht darum gehen, wie man die Anwendung von Zwang rechtfertigen kann (das haben wir in den letzten Jahren und gerade in den ethischen Debatten um die Anwendung von Zwang stark versucht), sondern die primäre Frage muss sein, wie die Anerkennungsvollzüge so gestaltet werden können, dass die Anwendung von Zwang bei psychischer Devianz grundsätzlich vermieden wird. Jetzt können Sie sagen, das ist ein Taschenspielertrick. Ich glaube, dass eine Umkehrung der Frage auch eine Umkehrung der Beweislast ist.

Ich denke, dass es in einer konkreten Notsituation nach Abwägung der zeitlichen, sachlichen und sozialen Dimension durchaus sein kann, im Einzelfall zu der Entscheidung zu kommen, dass die Anwendung von Zwang legitimierbar sein mag, aber eben nicht als *Ultima Ratio* und auch nicht als zu generalisierende ethische Überlegung.

Ich habe mir nun überlegt, welche konkreten Dinge wichtig sind, wenn wir aus einer ethischen Perspektive auf die rechtliche Debatte zurückblicken. Es stand im Raum, dass das Recht gerade die Lokomotive ist und die Ethik hinterherhinkt.

Gerade in Bezug auf das Recht müssen wir vier Spannungsbereiche miteinander debattieren: Das ist erstens das Spannungsverhältnis zur UN-BRK, zweitens die Frage, ob es überhaupt möglich ist, eine strikte Trennung zwischen Verwahrung und Behandlung zu treffen, bzw. ob das ein sinnvolles Kriterium sein kann. Drittens werden wir (damit haben wir gerade begonnen) über das Verhältnis einer Freiheit zur Krankheit zu einem Recht auf Zwang nachdenken müssen, wie es im Urteil des Bundesverfassungsgerichts aus dem Jahr 2016 heißt, und viertens darüber, wie wir die Möglichkeit ambulanter Zwangsbehandlung denken können, die uns ja durch dem Gesetzesentwurf aus dem Bundesjustizministerium en passant untergeschoben worden ist. Vielen Dank.

Befragung durch den Ethikrat

Peter Dabrock

Vielen Dank, Thomas Schramme und Matthias Braun. Hier kommen schon die ersten Meldungen.

Andreas Lob-Hüdepohl

Drei Fragen besonders an Sie, Herr Schramme. Sie haben den Begriff des Wohltätigen infrage gestellt und den Begriff des fürsorglichen Zwanges starkgemacht. Ist das sinnvoll? Denn mit dem Begriff der Fürsorge ist gerade in der moralphilosophischen Tradition ein harter Paternalismus verbunden, weshalb er in den sozialen Professionen genau deswegen eher gemieden wird. Ist das nicht den Teufel mit dem Beelzebub austreiben?

Zweiter Punkt: Sie haben der Selbstbestimmung einen Sonderstatus zwischen den Gütern zugewiesen. Habe ich das so verstanden, weil die Selbstbestimmung die Bedingung der Möglichkeit ist, die erfüllt sein muss, damit Menschen zwischen unterschiedlichen anderen Gütern aus ihrer Perspektive unter Zugrundelegung ihrer Lebensphilosophie abwägen können? Und deshalb das Primat der Selbstbestimmung? Wenn ich das richtig verstanden habe, kann ich dann noch Selbstbestimmung auf eine Ebene mit Fürsorge stellen? Oder ist nicht auch hier eine Asymmetrie vorhanden? Diese Frage möchte ich Herrn Braun stellen.

Letzte Frage: Ist es aus einer moralphilosophischen Betrachtung möglich, dass sich ein Mensch als Ausdruck seines Selbstbestimmungsrechtes gegen den Schutz seiner Würde als Mensch entscheiden kann? Oder ist es dann zwingend notwendig, Würde, worin auch immer sie besteht, Selbstwecklichkeit, Nicht-Verobjektivierbarkeit, gegen die Selbstbestimmung durchzusetzen?

Alena Buyx

Zwei Fragen an dich, Thomas. Du hast es kernig dargestellt, wie man das prozedural aufsetzen könnte mit dem Vorausverfügen. Dazu habe ich eine Praxisfrage. Ich kann mir das gut vorstellen im ambulanten und gemeindepsychiatrischen Kontext und in der Verzahnung mit der Klinik, also wo es um chronische Geschichten geht, der Patient eine gewisse Zeit da ist und man das gemeinsam aushandeln kann. Ich stelle es mir schwieriger im Klinikkontext vor, wenn es um neue Patienten geht, also wenn man noch ein bisschen in der Notfallsituation ist.

Wenn jetzt jemand als Notfall in eine psychiatrische Klinik eingeliefert wird, gäbe es dann immer die Verpflichtung zur Zwangsbehandlung,

um ihn in eine Situation zu bringen, dass man es mit ihm aushandeln kann? Und müsste das nicht auch transparent kommuniziert werden, dass das so ein Vorgehen ist?

Du hast bei der Rechtfertigung für Zwang die Untergrenzen gezeigt, was Eigengefährdung, Eigenwohl und die auf das Individuum selbst bezogene Dimension anbelangt. Wie sieht es bei Fremdgefährdung aus? Auch da wird es schwierig sein, diese Untergrenzen festzulegen. Wie würde man sich das vorstellen? Handelt man das im Vorhinein aus und sagt: „Pass auf, jemanden anmeckern ist okay, jemanden anschreien ist schwierig, und jemandem zu nahe kommen, ihm ins Gesicht brüllen oder sogar schlagen ist –“? Würdest du das bei der Fremdgefährdung ähnlich betrachten wie bei der Eigengefährdung?

Thomas Schramme

Die einfache Antwort auf alle fünf Fragen ist: Man lese einfach John Stuart Mill, *On Liberty*. Darin stehen alle Antworten für die Fragen, die gestellt worden sind. Das meine ich ernst, und das Buch über 150 Jahre als.

Ich bin auch kein Fan von fürsorglichem Zwang. Ich habe nur gesagt, der Begriff ist eingespielt. „Wohltätigen Zwang“ habe ich selten gelesen. Ich habe in meiner Antwort gesagt: vermutlich übersetzt aus dem Englischen, aber nicht so schön.

„Fürsorglicher Zwang“ hat den Vorteil, zumindest wenn man ein Fan davon ist, dass man das mit der Care Ethics in Verbindung bringen kann. Ich bin nicht so abgeneigt dagegen, aber mein Lieblingsbegriff ist der Begriff des Paternalismus, weil er eingespielt ist. Dazu gibt es schon lange eine Diskussion, und man vergisst diese Diskussion schnell, wenn man einen anderen Begriff wählt. Das heißt für mich nicht, dass Paternalismus nie gerechtfertigt werden kann, aber

es zeigt, dass der Begriff hinreichend negativ besetzt ist (insbesondere für Juristen und meist auch für Philosophen), dass man eine Rechtfertigungspflicht auf der Seite derjenigen sieht, die paternalistische Eingriffe verteidigen.

Selbstbestimmung hat in der Tat einen Sonderstatus und ein Primat; es gibt eine Asymmetrie zu anderen Werten, denn ich sehe es als die Bedingung der Möglichkeit, sein eigenes Wohl zu bestimmen.

Herauszufinden, was man für eine Person ist – auch das steht bei John Stuart Mill unter dem Begriff der Individualität. Wir müssen für uns selbst unser Leben leben, und das können wir nur, wenn wir es selbst auch leben. Wir können uns nicht vorschreiben lassen – er hat diese Metapher von den Förmchen, in die man von der Gesellschaft gepresst wird. Man muss sein eigenes Leben herausfinden, wie der Baum, der wächst. Alles schöne Metaphern, der Baum wächst in seine eigene Richtung. Ich sehe hier eine Asymmetrie, und deswegen würde ich sagen, umso schlimmer für diejenigen, die die Freiheit oder die Selbstbestimmung einschränken wollen.

Man kann sich darüber streiten. Eine Lieblingsfrage der Philosophen ist: Kann man sich freiwillig in die Sklaverei verkaufen? Auch das wird bei Mills diskutiert; dazu gibt es eine Riesenliteratur. Kann man sich freiwillig entwürdigen? Das sind Punkte, wo ich sagen würde: Hier endet der Wert der Selbstbestimmung, auch wenn man inhaltlich nicht genau sagen kann, was die Würde jetzt heißt.

Es gibt Formen des menschlichen Lebens, das sind – auch das wieder John Stuart Mill – die qualitativ so entmenschlichten Formen der Selbstbestimmung, dass wir hier Grund haben einzugreifen. Da ist die Selbstbestimmung dem

falschen Zweck zugeführt worden. Hier wäre ein Widerspruch in sich. Auch das ist natürlich umstritten, aber ich würde in diese Richtung gehen. Es gibt Kernelemente des menschlichen Wohls, die nicht unterschritten werden können.

Zu Alena Buyx' Fragen, wie das mit der Klinik und mit den Vorausverfügungen ist. Zunächst könnte man natürlich alle diese Informationen auf der Webseite einer Klinik haben. Wenn ich zum Beispiel schon weiß, dass es möglicherweise eine Situation gibt, in der ich mal in die Klinik muss, könnte ich mich schon vorher informieren. Man könnte sich sogar eine Art von Wettbewerb vorstellen zwischen den Kliniken darüber, wie mit Patienten umgegangen wird. All das wäre nicht unmöglich.

Natürlich gibt es bestimmte Situationen, in der wir von Nothilfe reden, in der Gefahr im Verzug ist usw., wo wir sagen würden: Na gut, natürlich lassen wir die Person jetzt nicht hängen oder so. Aber auch in der Situation, in der Zwang angewendet wird oder in der man es mit einer Person zu tun hat, die nicht einwilligungsfähig oder selbstbestimmungsfähig ist, versuchen wir dieser Person das möglichst nahezubringen und zu erklären, was da passiert; das gehört dazu und das wird schon lange in der Psychiatrie diskutiert.

Aber es gibt schon einen Unterschied zwischen dem, was man Nothilfe nennen kann, und der Situation, in der man offen und rational mit einer Person reden kann, und das ist eigentlich die Standardsituation, nicht die Notsituation.

Zur Fremdgefährdung: Auch dazu gibt es im Anschluss an Mill viele Diskussionen, wo beginnt der Schaden von anderen? Wenn ich als Homosexuellen-Feind davon in meinem Wohl betroffen bin und mich ärgere über händchenhaltende Schwule auf der Straße oder so, dann würden wir

heutzutage sagen: Das ist kein Schaden, sondern es ist eine Form meines Problems.

Aber es gibt viele andere Bereiche, wenn Leute nackt auf der Straße herumlaufen oder so, wo man sagen kann, dass es bestimmte Formen des psychologischen Beeinträchtigtseins bei anderen gibt, die wir durchaus als Schaden anerkennen. Daran sieht man, dass es Aushandlungssache in der Gesellschaft ist und letztendlich eine Frage, wie liberal wir in unserer Gesellschaft sein wollen.

Dazu ist zu sagen: Wenn man die Bilder mit den Wohnungen gesehen hat – ja gut, wenn ich der Meinung bin, so kann man nicht leben, das ist unmöglich, oder wenn Leute zu Hause dreißig Katzen halten oder so: unmöglich, wie kann man so was machen? Das stinkt ja. Ja, wenn wir in so einer Gesellschaft leben, werden wir relativ schnell dabei sein und sagen: Das muss geändert werden. Wenn wir aber ein bisschen anders darüber nachdenken und sagen: Okay, es gibt verschiedene Formen, sein Leben zu leben, dann sind wir vielleicht eher bereit, in so einem Zimmer zu leben. Wenn der Betroffene fünf oder sechs Jahre alt ist, haben wir auch kein Problem damit, dass das Zimmer so aussieht. [Lachen]

Matthias Braun

Zu Ihrer Frage, ob uns der Begriff fürsorglicher Zwang aus dem Dilemma befreien würde. Das glaube ich nicht. Ich glaube nicht, dass dies eine Möglichkeit wäre, zu sagen, die Dilemmata, die wir uns mit dem Begriff des wohlthätigen Zwangs einkaufen, umgehen wir, indem wir das einfach durch den fürsorglichen Zwang ersetzen. Denn Sie haben das gleiche Problem, dass Sie für einen anderen eine Entscheidung treffen, von der Sie hoffen, dass er sie irgendwann als seine selbstbestimmte Entscheidung anerkennen möge.

Aber Sie haben die Garantie nicht; diese Garantie gibt es nicht.

Jetzt kann man sagen: Gut, wann gibt es überhaupt diese Garantien? Wir sind hier in einem Bereich, der so fundamental nicht nur in die körperliche Integrität eingreift, sondern der auch dazu in der Lage ist, Selbstbezüge zu zerstören und Selbstbestimmung auch auf längere Zeit unmöglich zu machen.

Damit komme ich zur zweiten Frage. Ich möchte einen Punkt aufnehmen, den wir in der rechtlichen Debatte hatten. Da hatten wir den Ausspruch: Im Zweifel entscheide ich mich für die Sicherheit. Mir leuchtet sofort ein, was die Intention dabei ist. Sie sind nicht ganz glücklich, dass ich das – aber so habe ich es verstanden. Vielleicht habe ich es falsch verstanden. Aber ich glaube, mit diesem Satz sind Sie nicht alleine, sondern es ist oft eine Denkfigur in der Ethik, zu sagen: Wir haben diese Sicherheit.

Es ist aber ein wichtiger Punkt, sich auch in der normativen Argumentation einzugestehen, dass wir diese Sicherheit nicht haben, und dass wir Entscheidungen in prekären Situationen treffen, und dass es sich um eine Art *muddling through* handelt, ein Durchwurschteln durch Kriterien und Prinzipien, die wir miteinander diskutieren müssen, wo wir sagen müssen, das sind Mindeststandards, aber wissen, dass uns diese die Mindeststandards aus der Prekarität nicht herausholen.

Zurück zu der Frage: Ist Selbstbestimmung primär? In der Tat, man könnte die Frage beantworten, indem man auf die Care Ethics zurückgeht und damit deutlich machen würde, wie sehr Selbstbestimmung immer schon von Elementen der Fürsorge und des Wohltuns durchzogen ist.

An der Stelle ist es aber wichtig, dass man zwei Ebenen auseinanderhält. Manchmal sind wir Ethiker gut darin, die Ebenen zu vermischen. Es gibt einen guten Grund, zwischen Autonomie und Selbstbestimmung zu unterscheiden. Die Selbstbestimmung zielt zunächst auf gleiche Achtung, gleiche Interessen. Da haben wir auch die Anerkennung grundsätzlich gleicher Rechte, dass wir in der Autonomie und auch in der Figur der Menschenwürde immer schon ein Zu-spät-Kommen haben, also Elemente der uneinholbaren Asymmetrie. Das ist richtig und auch wichtig zu betonen, darf aber nicht dazu führen, dies auf die Geltungsebene zu übertragen und zu sagen: Na ja, dann gibt es jetzt auch im Umgang mit Selbstbestimmung immer schon ein Element von Fürsorge (da könnten wir unterschiedliche Beispiele finden), was immer schon der Selbstbestimmungsmöglichkeit eingeschrieben ist, und deswegen unterhöheln wir jetzt den Wert der Selbstbestimmung.

Es ist wichtig, die Ebenen auseinanderzuhalten (so habe ich Ihre Frage an der Stelle auch verstanden), aber deutlich zu machen, dass es an der Stelle wahrscheinlich nicht weiterführt zu sagen: Die Selbstbestimmung ist primär. Das wird uns an der Stelle das Problem nicht lösen.

Christiane Fischer

Ich frage mich, ob wir das Dilemma zwischen Autonomie, Selbstbestimmung und Zwang nicht durch den Begriff des erkennbaren Willen gut auflösen würden. Mir hat vorhin die Idee mit dem wohlmeinenden Zwang – weil der genau dieses Problem ausdrückt: Gut gemeint muss nicht gut sein; wohl meinen muss nicht wohl sein. Ob wir es nicht damit auflösen würden? Mit dem erkennbaren Willen, der jetzt im Sexualstrafrecht eingeführt wurde, ob es nicht erkennbar ist, auch wenn jemand krankheitsbe-

dingt keinen eigenen Willen haben kann und man dann damit gerade in der Psychiatrie umgehen muss.

Volker Lipp

Ich habe eine Frage an Herrn Schramme. Sie haben auf einer Folie gezeigt und gesagt: Eingriff gegen den aktuellen Willen. Wenn man früher einmal zugestimmt hat, Behandlungsvereinbarung, sei es kein Zwang. Am Schluss haben Sie gesagt, wenn ich Sie richtig verstanden habe: Die vorhergehende Einwilligung sei eine Rechtfertigung für Zwang. Das heißt, es wäre Zwang, ist aber gerechtfertigt wegen der vorherigen Einwilligung. Habe ich Sie da falsch verstanden? Oder wie ist das zu klären?

Eine Frage an Herrn Braun. Als Jurist finde ich das mit dem Verschieben der Beweislast einen interessanten Ansatz. Ich stimme Ihnen da völlig zu. Das ist nicht nur ein Taschenspielertrick, sondern kann praktisch ungeheuer folgenreich sein, und danach würde ich Sie gern fragen. Wenn wir das jetzt auf die Konstellation anwenden, die wir im vorigen Block, aber auch schon den ganzen Tag diskutiert haben: Was wären die Folgen dieses Ansatzes?

Um das konkreter zu machen: Aus meiner Sicht läge es nahe zu sagen: Dann ist die Einwilligungsunfähigkeit, die immer genannt wird, nur ein Kriterium unter mehreren; dann ist das nicht mehr das Entscheidende, das alles legitimiert, sondern nur noch ein vielleicht wichtiges Kriterium, vielleicht ein unverzichtbares, also eine notwendige Bedingung, aber definitiv keine hinreichende Bedingung; dann kämen noch ganz andere Aspekte zum Tragen. Das war jetzt meine Interpretation, vielleicht ist sie auch falsch. Dann bitte ich Sie, das zu präzisieren

Thomas Schramme

Zu Frau Fischer: Die Rede von erkennbarem Willen finde ich problematisch, einfach weil mir nicht klar ist, wie wir den erkennen können. Es gibt so etwas wie die Rede von dem eigenen Willen oder Willensäußerungen; inzwischen sprechen wir von natürlichem Willen usw. Wir bewegen uns in der Diskussion eh schon auf dem Niveau eines rechtsphilosophischen Oberseminars. Wir könnten jetzt anfangen, zwei Stunden oder zehn Tage über den Begriff des Willens zu reden.

Ich weiß nicht, was erkennbarer Wille sein soll, außer dass man natürlich Willensäußerungen hat, an denen man sich orientiert. Aber sehr häufig sind diese Willensäußerungen gerade nicht das, was die Person in ihrem Sinne als eigenen Willen gerne hätte. Insofern kann ich mit dem Begriff nicht viel anfangen.

Matthias Braun

Ganz kurz: Ich kann mich meinem Vorredner anschließen. Das löst das Problem nicht. Das Verhältnis von aktuellem Wille zu natürlichem Wille zu mutmaßlichem Wille ist mit dem Vorsatz „erkennbar“ nicht gelöst. Mir wäre an der Stelle nicht klar, was das austragen würde.

Thomas Schramme

Zu Herrn Lipps Frage: Wenn ich wirklich auf der Folie gesagt habe: „Zwang ist gerechtfertigt durch Einwilligung“ oder es gibt eine Rechtfertigungsfigur von Zwang durch Einwilligung, dann ist das ein Fehler. In der Tat würde ich sagen: Dann rede ich hier nicht von Zwang, sondern meinte eigentlich so etwas wie einen Eingriff in die aktuelle Wunschsituation, um mal einen anderen Begriff zu verwenden.

Ich würde gerne unterscheiden zwischen Wille als das, was die Handlung antreibt, und dem ei-

genen Willen, wo es in eine Art von Identifikationsfigur – Das ist geschult auch an den philosophischen Diskussionen darüber, dass wir eine Art höherstufiger Identifikation mit bestimmten Aspekten unserer Wünsche haben können oder Volitionen, und dann würde man sagen, das ist kein Zwang.

Matthias Braun

Zu Ihrer Frage: Was wären denn die möglichen Konsequenzen? Jetzt könnte ich es mir leicht machen und meine ausgearbeitete Liste vortragen. Das mache ich aus Zeitgründen nicht.

Zu Ihrer Frage: Einwilligungsfähigkeit, Einwilligungsunfähigkeit – kommen da andere Kriterien ins Spiel? Ich glaube, da würden wir uns sofort treffen. Das wäre auch ein fruchtbarer Interpretationsanstoß für die immer wieder auftauchende Frage der Anwendung von Zwang im Verhältnis zur UN-BRK. Wir hatten heute schon den Artikel 12 der UN-BRK. Zunächst geht es darum zu sagen: Die Einwilligungsfähigkeit, wenn wir ehrlich miteinander sind: Wir sind alle in vielen Kontexten nicht einwilligungsfähig und fühlen uns wahrscheinlich an den meisten Stellen überfordert. Das kommt auf den Kontext an, und von daher ist diese Unterscheidung – worauf ich hinauswill: Wir sind alle darauf angewiesen, dass wir im jeweiligen Kontext entsprechende Ressourcen zur Verfügung gestellt bekommen. Man kann das Befähigung nennen, man kann es mit anderen Konzepten umschreiben, aber ich glaube, das ist der entscheidende Punkt.

Dieses Kriterium, zu sagen: Selbstbestimmung äußert sich in bestimmten Kompetenzen, und die Kernkompetenz ist entweder die Einwilligungsfähigkeit oder eben der Wegfall, die Einwilligungsunfähigkeit, führt in der Debatte ebenso wenig weit. Das wäre meine etwas provokante

These, wo wir uns vielleicht sofort treffen würden.

Es ist in der Tat die Frage: Wie gestalten wir die Kontexte? Wir haben heute viel über Ressourcen gesprochen, und das ist nicht einfach eine rein ökonomische Frage, sondern es ist die Frage: Wie viel sind wir bereit, für die symmetrische Ausgestaltung dieser Selbstbestimmungskontexte zu investieren? Gerade in psychiatrischen Kontexten ist die entscheidende Frage: Sind wir bereit, auch lieb gewonnene Routinen zu überdenken und die Ressourcen zur Verfügung zu stellen? Denn wir wissen, dass das Kriterium Einwilligungsfähigkeit, Einwilligungsunfähigkeit abhängig ist von dem jeweiligen Kontext oder, mit anderen Worten, von den eingesetzten Ressourcen.

Martin Hein

Auf die Gefahr hin, dass wir jetzt in ein philosophisches Oberseminar kommen, das Sie ja nicht betreten wollten: Herr Schramm, Sie haben am Anfang eine These zum Ausdruck gebracht, die, so mein Eindruck, relativ viel Zustimmung fand, nämlich den banalen Satz, dass Gesundheit nicht das höchste Gut sei.

Aus weltanschaulich anderen Gründen teile ich diesen Satz. Aber das lasse ich jetzt mal beiseite. Ich glaube, Sie haben diesen Satz gebraucht, um die Argumentationsstruktur weiterzuverfolgen hinsichtlich der Frage: Kann man auf diese Weise Zwangseinweisung legitimieren oder nicht?

Nun glaube ich, dass in der Öffentlichkeit unserer Gesellschaft diese Voraussetzung, die Sie haben, so nicht geteilt wird, bis in die Alltagswelt hinein: Wenn man jemandem zum Geburtstag gratuliert, sagt man: „Herzlichen Glückwunsch, vor allem Gesundheit.“ Spätestens dann zeigt sich, wie hoch der Wert der Gesundheit in der Gesellschaft ist.

Sehen Sie da nicht doch irgendwelche Spannungen? Was würde das bedeuten? Es würde bedeuten, dass wahrscheinlich in der öffentlichen Diskussion Zwangsmaßnahmen, die mit der Förderung von Gesundheit begründet werden, insgesamt sehr positiv gesehen werden könnten.

Peter Dabrock

Mir ist in den beiden Vorträgen deutlich geworden, dass manche Selbstverständlichkeiten unselbstverständlicher werden, wenn man darüber reflektiert. Das möchte ich an einer Sache festmachen, die du gesagt hast, Thomas: Du hast es am negativen Terminus gemacht, Selbstbestimmungsunfähigkeit und Entscheidungsunfähigkeit. Da würde ich vor dem Hintergrund, was Matthias Braun dargestellt hat (ich habe das als ziemliche Gegenthese zu dieser These gehört), zurückfragen: Das hieße ja, dass alle Menschen oder diejenigen, die nicht entscheidungsfähig sind, nicht selbstbestimmungsfähig sind. Das hieße dann auf andere Fälle bezogen, dass viele Menschen, wenn wir mal von dem engen psychiatrischen Kontext weggehen, Kinder, Menschen mit geistiger Behinderung nicht selbstbestimmungsfähig sind. Da würde ich Matthias Brauns Ansatz teilen; von dem, was wir über die Leiblichkeit menschlichen Daseins voraussetzen, ist es aber so – das bekomme ich jedenfalls bei meinen Kindern immer wieder mit: Die sind ganz schön selbstbestimmungsfähig, sie haben ein Selbst und bringen das mir gegenüber zur Bestimmung. [Lachen]

Diese Differenz festzuhalten und auch normativ starkzumachen, da würde ich dich noch mal fragen, was das genau für das Beispiel bedeutet. Was du geantwortet hast auf Volker Lipps Rückfrage, hieße ja, dass man – du hast gesagt, okay, wenn ich es so formuliert habe, war es nicht richtig, aber es muss eine Vorherbestimmung

geben können einer einwilligungsfähigen Person für die Präferenzlage einer aktuellen Person, die nicht einwilligungsfähig ist. So hast du es dann ja korrigiert, um den Zwangsbegriff herauszunehmen.

Könnte man vor dem Hintergrund nicht doch sagen, dass es zumindest vor dem Hintergrund so eines leiblichen Daseins schwieriger wird? Das wäre meine Frage an dich und ich würde dann Matthias Braun fragen, wie er sich zu der möglichen Antwort, die Thomas Schramme gibt, verhält.

Thomas Schramme

Zum Wert der Gesundheit, ob das das höchste Gut ist: Es hat sich so eingespielt, das sagt manchmal sogar die Bundeskanzlerin. „Gesundheit ist nicht alles, aber ohne Gesundheit ist alles nichts“, das ist von Schopenhauer, glaube ich. Diesen Satz hasse ich wie die Pest, weil er impliziert, dass Leute, die krank sind, insbesondere Menschen mit Behinderung, ein Leben führen, in dem alles nichts ist. Das ist absurd und falsch.

Kulturell gesehen sagen wir natürlich solche Sachen wie „Gesundheit, vor allem Gesundheit“. Aber was wir eigentlich meinen, ist auch hier: Wir orientieren uns an einer Art von Minimum; man sollte irgendwie möglichst gesund sein. Man wird sicherlich nicht sagen, dass all das, was die Mediziner als Krankheit identifiziert haben, in irgendeiner Form als solches problematisch usw. Deswegen ist der Wert an Gesundheit de facto nicht so hoch, wie er häufig gesehen wird.

Jetzt können wir wieder anfangen; damit habe ich mich viel befasst: Was genau heißt eigentlich Gesundheit? Ist das nur die Abwesenheit von Krankheit oder ist es mehr als das? Aber unter anderem führt mich das dazu, in Frage zu stellen, was viele der Public-Health-Maßnahmen, die

auch zum Teil per Zwang durchgeführt werden, eigentlich für unsere Gesellschaft bedeuten. Wenn man davon ausgeht, dass Gesundheit so wichtig ist, dann würde man in der Tat relativ schnell sagen: Dann fangen wir doch an, die Menschen in die richtige Richtung zu stupsen. Ich bin da sehr skeptisch oder oppositionell eingestellt.

Ich habe bei dieser Diskussion ein bisschen das Gefühl – also ich habe Entscheidungsfähigkeit nicht auf den Folien gehabt, sondern eher fast aus Versehen benutzt, weil ich eigentlich den Begriff der Selbstbestimmungsfähigkeit benutzen wollte und nicht sagen wollte: Entscheidungsfähigkeit ist etwas anderes, und es ist die Voraussetzung für Selbstbestimmungsfähigkeit. Ich will einfach nur sagen: Selbstbestimmungsfähigkeit umfasst verschiedene formale Aspekte, das Sich-selbst-bestimmen-Können, zu verstehen, was Konsequenzen von Handlungen bedeuten, Orientierung in Zeit und Raum usw.

Wir sind in der Genese dieser Fähigkeit angewiesen auf andere; wir sind auch in der Ausübung dieser Fähigkeit angewiesen auf andere. Das bedeutet aber nicht, dass, wenn man auf die Selbstbestimmungsunfähigkeit schaut, auf die es jetzt ankommt (das ist die minimale Schwelle), dass da in irgendeiner Weise die anderen und diese Relation besonders relevant sind. Denn relevant für die Frage nach dem Grad der Selbstbestimmungsfähigkeit ist: Wie weit oben sind wir? Werden wir unterstützt? Bekommen wir Hilfe usw.? Aber nicht so sehr für die Frage, wann das Minimum unterschritten ist. Da geht es nur um uns, nicht um unsere Relation zu anderen.

Es kann dann wieder dabei wichtig werden, wie wir aus der Unfähigkeit wieder herauskommen. Natürlich geht es da um die Fürsorge von ande-

ren usw. Aber wenn ich sagen sollte, wie ich die Feststellung einer Selbstbestimmungsunfähigkeit verstehe, würde ich sagen: Das ist eine rein intrinsische Frage, nur über meine Fähigkeiten als solche, nicht über irgendwelche Relationen oder Beziehungen oder so was.

Matthias Braun

Zwei Bemerkungen, zuerst zur Frage nach der Gesundheit. Ich glaube, das hängt maßgeblich davon ab, wie man Gesundheit versteht. Da haben wir auch unterschiedliche Ansätze; das kann man an der Stelle so konstatieren. Je nachdem, wie man das versteht, ob man sagt, nicht krank zu sein ist das höchste Gut, oder ob man sagt, *well-being* ist das höchste Gut, da können wir unterschiedliche Verhältnisbestimmungen von Gesundheit und Krankheit einsetzen.

Zur Frage, wie ich mich dazu verhalte: Ich würde vehement an der Stelle widersprechen, Selbstbestimmung meint die Fähigkeiten als solche und es ist rein intrinsisch von mir. Da würde ich sofort fragen: Was heißt denn das „als nur“?

Thomas Schramme

Die minimale Selbstbestimmungsfähigkeit. Es geht hier um ein Minimum.

Matthias Braun

Ja, was ist das? Also, die minimale Selbstbestimmungsfähigkeit – darüber müssen wir debattieren. Ich wäre vorsichtig zu meinen, dass man mit der Festigung von Kompetenzen den anderen wieder herausdistinguieren könnte, also sagen könnte, das ist dann nicht mehr relational eingebettet.

Es gibt eine interessante Debatte zwischen Christman und Oshana. Das ist Ihnen sicher bekannt, deswegen mache ich es kurz. Sie fragen: Kann man in einem Taliban-Regime selbstbestimmt sein? Die unterschiedlichen Konstellatio-

nen – damit will ich nicht sagen, dass Psychiatrie in irgendeiner Art und Weise etwas mit dem Taliban-Regime zu tun hat, nicht dass mir das nachher in den Mund gelegt wird, aber als Denkbeispiel ist es durchaus interessant, zu fragen: Habe ich die innere Kapazität? Dann könnte ich sagen: Ich bin unabhängig von den jeweiligen Kontexten in der Lage, mich selbstbestimmt zu äußern, zu artikulieren, meine Lebensführung zu gestalten usw. Ich glaube in der Tat, dass das nicht der Fall wäre. Aber darüber kann man breit debattieren.

Schlusswort

Peter Dabrock

Herzlichen Dank. Wir haben uns einen langen Tag lang zu einem existenziell und in der Sache schwierigen Thema unterhalten, uns ausgetauscht, Daten gewälzt, Datenlücken und Versorgungslücken identifiziert; wir haben über Alternativen gesprochen. Vor allem aber sind vielfach Geschichten zu Wort gekommen und es hat Bekenntnisse und Zeugnisse gegeben, auch sehr persönliche, wofür ich sehr danken möchte. Wir haben Best-Practice-Alternative in den Blick genommen.

Heute haben oft zähneknirschend, aber fast alle gesagt: Es gibt Situationen, in denen Zwang nicht zu vermeiden ist, und sei es, dass es bedeutet, dass man Schuld auf sich nimmt.

Zwang hat viele Facetten; das ist an diesem Tag deutlich geworden heute. Es gibt unterschiedliche Anwendungen, und wir haben häufig Schwellen und Grauzonen identifiziert, wo Dinge, von denen wir vielleicht gedacht haben, dass sie selbstverständlich sind, unselbstverständlich geworden sind.

Wir haben von Geduld, Verantwortung, Vertrauensherstellung, Perspektivwechsel, was ist für den Betroffenen das Wichtigste? gesprochen. Sie haben uns sehr zum Nachdenken angeregt, Sie haben uns viele Aufgaben und Hinweise gegeben. Darüber nachzudenken wird schon morgen früh in der AG, ich sage es mal, „Zwang“ [Lachen] weiter vonstattengehen.

Haben Sie vielen Dank, vor allen Dingen unseren Sachverständigen, die sich hier so intensiv eingebracht haben. Haben Sie alle herzlichen Dank, dass Sie so gespannt-aufmerksam diesem langen Tag gefolgt sind. Vielen Dank an die Geschäftsstelle, die das alles möglich gemacht und vorbereitet hat, diesmal im dbb-Forum als Gastgeber, bei dem ich mich auch bedanken möchte. Ausdrücklich bedanken möchte ich mich auch bei unseren Schriftdolmetscherinnen für ihre Arbeit.

So kommen Sie am Ende dieses Tages gut, wir sagen manchmal: behütet nach Hause. Vielen herzlichen Dank und bis demnächst. Denken Sie daran, dass wir im Mai eine zweite Anhörung zum Thema haben werden. Auf Wiedersehen.