

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

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

Wer entscheidet, wer entscheiden darf?

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

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

Eigene Entscheidungen verantworten können

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

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

Foto: Frank Hommann



Wolf Crefeld

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

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

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

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

Stellvertretende Entscheidungen erfordern vertrauensvolle Beziehungen

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

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

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

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

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

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

Der Richterspruch steht fest

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

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

Reaktanz verstehen

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

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

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

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

Klinikerfahrungen

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

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

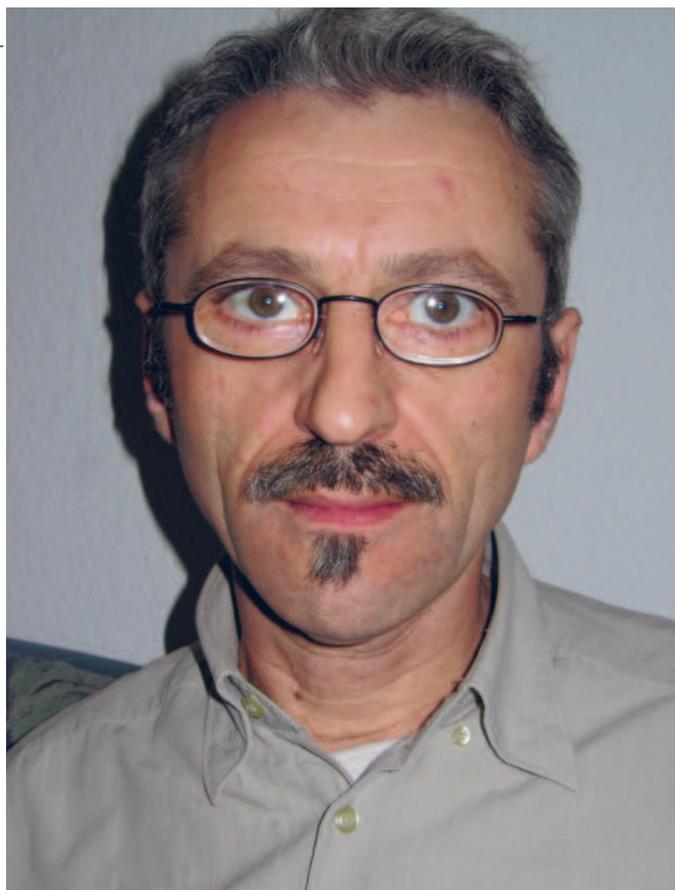
Zwei skurrile Vorfälle mit Methode will ich Ihnen darstellen: Eine Nebenwirkung vieler Psycho-Medikamente ist Mundtrockenheit: Da die Zunge am Gaumen klebt, ist ein verständliches Sprechen nicht möglich. Deshalb konnte ich die Frage nach meinem Befinden nicht nachvollziehbar beantworten, worauf der Arzt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

Diagnosen sind vom Wertesystem des Arztes abhängig

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

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

Foto: privat



Harald Herderich

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

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

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

Die richterliche Überprüfung ist ein formaler Akt

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

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

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

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

Vision

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

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

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

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

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

Harald Herderich ist Magister der Philosophie.