

Kann man oder muss man psychisch kranken Menschen ihren Willen lassen? Zum Problem von Freiheit und Zwang in der Psychiatrie

Einleitung: Die Freiheit des Einzelnen

Ja, natürlich kann und muss man Menschen mit seelischen Erkrankungen ihren Willen lassen – so wie jedem anderen Menschen auch! Sie sind Menschen wie wir alle, unsere Würde und damit unsere persönliche Freiheit sind durch das Grundgesetz geschützt. Der Missbrauch der Psychiatrie z. B. durch Zwangsbehandlung von politischen Gegnern in Diktaturen ist Gegenstand von Deklarationen der Weltorganisation der Psychiatrie (WPA: Hawaii, Madrid). Die schrecklichen Erfahrungen der Vernichtung psychisch Kranker in der Nazizeit sind uns gerade in Deutschland noch in naher Erinnerung und beeinflussen noch heute unsere Abwehr von Zwang.

Seit der Psychiatrie-Enquete des Deutschen Bundestages von 1975 ist viel für die Humanisierung der Psychiatrie in Deutschland getan worden. Es wird aber immer noch auf die Gefahr einer zusätzlichen Traumatisierung und Stigmatisierung durch Zwangsmaßnahmen in der Psychiatrie hingewiesen, sowohl von führenden Psychiatern (z. B. Spengler) als auch vom Bundesverband der Psychiatrie-Erfahrenen (BPE), einer Selbsthilfeorganisation von Psychiatriepatienten. Wir erinnern uns auch an den Fall Mollath mit dem Versagen von psychiatrischen Gutachtern und Justiz.

Auch das Bundesverfassungsgericht (BVG) hat sich mit diesem Problem mehrfach beschäftigt und die Begriffe der „Freiheit zur Krankheit“, aber auch der „fürsorgerischen Verantwortung des Staates“ geprägt.

Aufgestört wurde die psychiatrische Landschaft durch die Entscheidung des Bundesverfassungsgerichts vom 23. März 2011, in der die zwangsweise Behandlung von forensisch untergebrachten Patienten wegen fehlender rechtsstaatlicher Verfahrensregelungen verboten wurde. Deshalb wurde auch die unfreiwillige Behandlung bei zwangsweisen Unterbringungen im Rahmen einer gesetzlichen Betreuung (§1906) inzwischen neu gefasst, die Psychisch Krankengesetze müssen in Deutschland noch entsprechend geändert werden. Der Entwurf des Niedersächsischen Psych KG vom Dezember 2016 wird im neuen Landtag nach der Wahl im Oktober 2017 neu verhandelt. In den Kliniken besteht große Rechtsunsicherheit bei der Behandlung nicht einwilligungsfähiger Patienten.

Freiwilligkeit und Zwang

Der Grundsatz der Freiwilligkeit der Behandlung ist uns für andere Erkrankungen ja auch bekannt: Niemand zwingt uns, einen Bluthochdruck, einen Diabetes oder sogar eine Krebserkrankung behandeln zu lassen, ja durch Patientenverfügungen können wir lebensverlängernde Behandlungen verhindern.

Das BVG hatte aber auch darauf hingewiesen, dass es bei psychischen Erkrankungen in bestimmten Fällen eine Besonderheit gibt, weil durch die Erkrankung die freie Selbstbestimmung, also die freie Denkfähigkeit gestört sein kann und dann eine Fürsorgeverantwortung der Umgebung, meist der Angehörigen und dann des Staates besteht. Dies ist der Fall, wenn eine akute Gefahr für das eigene Leben oder das anderer besteht, also wenn der Selbstmord nur noch als einziger Ausweg gesehen wird (akute Selbstgefährdung) oder wenn jemand andere angreift z. B. in vermeintlicher Notwehr bei Verfolgungswahn.

Nur wegen dieser vergleichsweise seltenen Fälle gibt es die Diskussion um die Frage, ob man psychisch Kranken ihren Willen lassen kann. Wie schwierig das in der Praxis ist, mögen einige Fallbeispiele zeigen:

1. Aus meiner früheren Tätigkeit als Arzt des Sozialpsychiatrischen Dienstes ist mir eine Frau in Erinnerung, die dem Gesundheitsamt wegen ihres auffälligen Verhaltens von Nachbarn gemeldet wurde. Sie war akut wahnhaft erkrankt und fühlte sich verfolgt. Ich hielt sie nach meiner psychiatrischen Erfahrung aufgrund der Art ihrer Andeutungen, sich das Leben zu nehmen, für sehr gefährdet, sie wollte aber nicht ins Krankenhaus. Den Antrag auf Zwangseinweisung lehnte der Richter ab, da sie sich ihm gegenüber, wie oft in solchen Situationen, recht normal gab und Selbstmordabsichten bestritt. Wir mussten sie gehen lassen, am nächsten Tag wurde sie ertrunken aus dem Oldenburg durchfließenden Fluss gezogen.
2. In Hamburg wurde im Januar 2010 ein 38-jähriger Mann bei dem Versuch einer polizeilich durchgeführten Zwangseinweisung erschossen, weil er mit einem Messer auf die Beamten losgegangen war. Er hielt sich für Gott und hatte komplett seine Wohnung zerstört. Seine Mutter, eine Hebamme, hatte schon seit Wochen die gesetzliche Betreuerin, eine Rechtsanwältin, darüber informiert, dass ihr Sohn sich wieder psychotisch zurückziehe und aggressiv reagiere. Er war schon öfter deshalb teils freiwillig, teils zwangsweise im Krankenhaus gewesen und auch ambulant betreut worden, wobei er interessiert und gutwillig die Hilfen annahm, wenn die akuten Ängste und Wahnvorstellungen abgeklungen waren. Die Rechtsanwältin unternahm wochenlang nichts und stellte dann offenbar zu spät den Antrag auf eine gerichtliche Einweisung, die dann ohne psychiatrische Fachkräfte durchgeführt wurde. Die Mutter beschreibt ihren Sohn in gesünderen Phasen als fröhlich, liebenswert und höflich. In Hamburg war das innerhalb von 2 Jahren der 3. Fall.
3. Ein 45-jähriger Mann wird wegen einer suizidalen Selbstinfusion von Valium nach internistischer Entgiftung ambulant psychiatrisch vorgestellt mit der Frage der Zwangseinweisung, die wegen fehlender rechtlicher und psychiatrischer Voraussetzungen verneint wird. Er ist völlig geordnet, distanziert von seiner momentanen Verzweiflung wegen einer Kündigung, bezieht Frau und Kinder in die sofortige, mehrfach wöchentliche psychotherapeutisch–psychiatrische Krisenintervention mit ein – und suizidiert sich nach erfolgreicher neuer Stellenzusage durch eine Heroininfusion, ohne dass eine Drogensucht bekannt war, ein letztlich nicht aufgeklärtes Geschehen. Die Witwe führt einen Schadensersatzprozess gegen den Psychiater wegen vermeintlich versäumter Zwangseinweisung, für die es keine rechtliche Handhabe gab. Der Prozess gegen den Psychiater dauerte 4 Jahre mit zwei Gutachten über die Behandlung und endet erst beim Bundesgerichtshof mit einem eindeutigen „Freispruch“ des Arztes (d.h. einer endgültigen Zurückweisung der Klage).

Gesetzliche Regelungen

Welche gesetzlichen Regelungen gibt es für solche extremen Situationen?

Die akute Gefahrensituation wird in den einzelnen Bundesländern durch Landesgesetze geregelt unter der Bezeichnung „Psychisch Krankengesetz“ – Psych. KG. In Niedersachsen regelt das Gesetz in der Fassung von 1997 die Voraussetzungen für eine richterliche Einweisung bei akuter Selbst- oder Fremdgefährdung. Es muss eine akute, unmittelbar bevorstehende Gefahr bestehen, die anders nicht abgewendet werden kann.

Bei nicht so akuter, aber bedrohlicher Selbstgefährdung durch eine psychische Erkrankung kann nach einem Bundesgesetz eine richterliche Einweisung im wohlverstandenen Interesse der Gesundheit des Patienten durchgeführt werden nach § 1906 des Bürgerlichen Gesetzbuches, wenn der Betreffende unter gesetzlicher Betreuung steht. Das erfordert in der Praxis eine rasche und gute Zusammenarbeit der beteiligten Angehörigen, Betreuer, Ärzte, Behörden, Richter, Krankenhäuser.

Aber es gibt auch Patienten, denen einfach nicht zu helfen ist. Denn auch wenn eine freiwillige oder zwangsweise Unterbringung und Behandlung im Krankenhaus durchgeführt wird, ist der Behandlungserfolg nicht garantiert. Meistens bessert sich der Zustand der Patienten unter medikamentöser Behandlung innerhalb weniger Tage oder Wochen ganz entscheidend, aber es gibt Kranke, bei denen alle Medikamente oder sonstigen Behandlungen wie Psychotherapie oder Ergotherapie nicht wirken oder abgelehnt werden. Die Patienten werden dann sich selbst überlassen, verwahrlosen in ihrer Wohnung oder leben als Obdachlose und geraten immer wieder in hilflose Situationen. Eine zwangsweise Dauerunterbringung gibt es in Deutschland praktisch nicht mehr bis auf wenige geschlossene psychiatrische Heime. Dies ist für die Angehörigen die bitterste Situation, da sie nicht helfen können, aber es immer wieder versuchen. Diese Menschen sind nicht nur hilflos, sie können auch für andere auf die Dauer gefährlich werden, worüber weiter unten zu reden ist.

Aber auch die Kliniken haben mit manchen Patienten ihre Probleme. So wurde vor einigen Jahren ein Chefarzt zu einer Geldstrafe verurteilt, weil er einen gewalttätigen Mann mit einer sogenannten aggressiven Persönlichkeitsstörung aus der Klinik entlassen hatte eben wegen dessen unbehandelbarer Aggressivität. Der Richter hatte den Patienten deswegen wiederholt zwangseingewiesen und der Streit ging darum, ob die Klinik der richtige Ort für die zwangsweise Verwahrung ohne Behandlungsmöglichkeit war.

Lücken im Gesetz – psychisch kranke Rechtsbrecher

2002 hat die Psychiatrische Klinik der Medizinischen Hochschule Hannover (MHH) einen schizophrenen Patienten trotz betreuungsrechtlicher Unterbringung wegen seiner akuten Wahnvorstellungen mit sozialem Rückzug entlassen, weil er sich nicht behandeln lassen wollte und der zuständige Richter keine Genehmigung für eine Zwangsbehandlung z. B. durch eine Injektion geben wollte. Erst 2006 hat der Bundesgerichtshof dann klargestellt, dass eine zwangsweise Unterbringung immer bedeutet, dass der Betreffende vom einweisenden Richter als so schwer krank angesehen wird, dass dies auch die Notwendigkeit und damit die Rechtfertigung einer zwangsweisen Behandlung einschließt. Dies ist durch die o. g. Entscheidung des BVerfG vom 23.3.2011 wieder verworfen worden.

Noch schwieriger wird die Situation, wenn von dem Patienten eine dauernde Bedrohung und Gefährdung anderer ausgeht. So hat die MHH 2003 den Fall eines schizophrenen Mannes veröffentlicht, der häufiger Gewalttaten (Raub, Erpressung) begangen hatte und nun wegen eskalierender Morddrohungen gegen einen Makler von der Polizei festgenommen und dann eingewiesen worden war. Der Zustand besserte sich trotz Behandlung kaum und er wurde in wenig gebessertem Zustand nach 6 Wochen wieder entlassen. Der Staatsanwalt bzw. die Polizei wollten keine Anzeige wegen strafbaren Verhaltens einleiten, da er ja wegen der Erkrankung schuldunfähig sei. Eine betreuungsrechtliche längerfristige Unterbringung in der Allgemeinpsychiatrie wegen Fremdgefährdung ist rechtlich nicht möglich, weil betreuungsrechtlich nur eine Einweisung wegen Selbstgefährdung, nicht

aber wegen Fremdgefährdung möglich ist. Die Klinik hielt eine langfristige Behandlung in einer forensischen Psychiatrie für die einzige Möglichkeit, die aber nur nach Verurteilung wegen einer Straftat durchführbar ist. Bei psychiatrischen Patienten mit Gewalttätigkeit wird häufig die Gefährdung bagatellisiert, auch kein Strafverfahren eingeleitet, sodass die Gefährlichkeit der Patienten nicht klar eingeschätzt und dementsprechend nicht gehandelt wird.

Wir alle kennen aus der Zeitung die Berichte über z. T. schreckliche Gewalttaten von Menschen, die dann als psychisch krank bezeichnet werden. In Erinnerung (1990) sind noch die Angriffe auf Oskar Lafontaine, dem die Halsschlagader durchgeschnitten wurde und auf Wolfgang Schäuble, der seither im Rollstuhl sitzt. Beide kamen nur knapp mit dem Leben davon. Andere werden getötet, z. B. in den nicht so seltenen Fällen von erweitertem Selbstmord von Müttern mit ihren Kindern oder verzweifelten Vätern in Trennungssituationen.

Ich selbst muss häufiger Menschen im Hinblick auf eine Entschädigung nach dem Opfer-Entschädigungsgesetz (OEG) begutachten, weil sie Zeugen oder Opfer schwerer Gewalttaten psychisch Kranker geworden sind:

Da war die 18-jährige Tochter, die mit ansehen musste, wie ihr Vater von seinem wahnkranken Nachbarn in einem banalen Streit erschossen und auf offener Straße mit einer Axt geköpft wurde. Auch nach 20 Jahren ist diese Frau infolge dieses Traumas noch seelisch schwer krank.

Da war die Ehefrau, die auf dem Parkplatz eines Supermarktes miterlebte, wie der schon lange drohende, aggressiv-paranoide Täter ihren Mann und ihren Bruder erschoss.

Da war die junge Studentin, bei der ein akut paranoid halluzinierender 21-jähriger Nachbar frühmorgens in die Wohnung eindrang und sie fast zu Tode würgte. Sie wurde nur gerettet, weil sie eine halbe Stunde zuvor bei einem ersten Versuch des Täters an der Tür schon die Polizei angerufen hatte. Er war am Morgen vorher bereits von seiner verzweifelten Schwester noch mit Mühe ins Krankenhaus gebracht worden, aber sie war nicht ernst genommen und beide waren nach Hause geschickt worden.

Da war die Frau mit einem kleinen Kind aus dem Ruhrgebiet, die von ihrem persönlichkeitsgestörten Lebensgefährten immer wieder brutal misshandelt wurde (mit entsprechenden Polizei- und Gesundheitsamtseinsätzen ohne durchgreifenden Schutz) und die schließlich vor ihm flüchtete und sich weit entfernt in unserer Region völlig fremd eine Wohnung suchte. Unsere gesellschaftliche Hilflosigkeit führt zum Widerspruch zwischen der Schutzlosigkeit für die Frau einerseits und der Entschädigung wegen einer Traumatisierung andererseits.

Um keine Missverständnisse aufkommen zu lassen, will ich hier eine Zwischenbemerkung machen: Psychisch kranke Menschen sind insgesamt seltener für andere gefährlich, seltener straffällig als der Durchschnitt der Bevölkerung, weil sie meist ängstlich und zurückgezogen sind.

Aber es gibt eine kleine Gruppe von schwer Kranken mit unterschiedlichen Diagnosen, also nicht nur Schizophrenien, die für ihre Umgebung gefährlich sind. Das gilt auch für Suchtkranke. Wie bei den Amokläufern ist die Gefährdung z. T. vorher kaum erkennbar, aber bei einer ganzen Reihe gibt es deutliche Warnzeichen, die die beteiligten Fachleute dann auch wissen, wie z. B. bei bekannter Erkrankung häufiges drohendes und gewalttätiges Verhalten, auch Fälle von gleichzeitiger Sucht und fehlender Behandlungseinsicht. Untersuchungen zeigen, dass in dieser Gruppe schwerwiegende Gewalttaten dann auch

tatsächlich häufig vorkommen, vorwiegend gegenüber den Angehörigen.

Es gibt jedoch keine rechtliche Möglichkeit, jemanden wegen seiner potentiellen Gefährlichkeit gegen seinen Willen in Behandlung zu bringen. Für die Annahme einer akuten Fremdgefährdung nach dem PsychKG reicht den Richtern in der Regel dieses gefährliche Verhalten nicht aus und im Rahmen des Betreuungsrechts nach BGB ist eine Einweisung wegen Fremdgefährdung nicht zulässig. Das hängt mit der Schwierigkeit der Gefährdungsabschätzung zusammen, was aber durch ein sorgfältiges psychiatrisches Gutachten möglich wäre. Der eigentliche Grund ist aber die Furcht der Politiker und der Psychiater hier in den Verdacht des Missbrauchs der Psychiatrie zu kommen, missliebige Zeitgenossen wegzusperren. Das ist in Deutschland besonders ausgeprägt, aber auch in den anderen westlichen Ländern. Die Forschung hierzu wird als „dünn“ bezeichnet. Der Freiheitsgedanke und die abschreckende Geschichte der Psychiatrie tabuisieren die Auseinandersetzung mit diesem Problem.

Im Entwurf zur Änderung des Niedersächsischen Psychisch Krankengesetzes vom 13.12.2016 wird das Problem der Zwangsbehandlung gegen den natürlichen Willen im § 21a und b neu geregelt entsprechend den Vorgaben des Bundesverfassungsgerichts vom 23.3.2011 zur unfreiwilligen Behandlung. Diese ist u. a. nur zulässig bei Erfolglosigkeit vertrauensvoller Überzeugungsversuche ohne Zeitdruck durch den Arzt. Die Entscheidung muss dann durch einen Richter getroffen werden. Bei „gegenwärtiger“ erheblicher Gefahr, also im Akutzustand der Gefahr mit hochgradiger Erregung fallen die Informationspflicht und der Überzeugungsversuch weg.

Interessant ist in der Entwurfsbegründung, dass nach § 21b bei Fremdgefährdung die Einwilligungsunfähigkeit nicht Voraussetzung ist. Es könne nämlich z. B. bei Infektionsgefahr der Umgebung durch eine Tuberkulose auch bei grundsätzlicher Einwilligungsfähigkeit doch noch die Notwendigkeit der Behandlung eines psychisch Kranker bestehen zur Abwendung einer Fremdgefährdung.

Hier ist also von der Zwangsbehandlung psychisch Kranker in Fällen die Rede, in denen bei Fremdgefährdung noch Einsichts- und Einwilligungsfähigkeit besteht. Das würde also auch für psychisch Kranke mit bekanntem hohem Aggressionspotential, wie sie hier beschrieben wurden, gelten und zwar nicht nur bei „gegenwärtiger“, also akuter Gefahr, sondern auch „nur“ bei erheblicher Gefahr. Dies wird aber von den Verbänden der beteiligten Berufsgruppen wie Richterbund, sozialpsychiatrische Verbände und auch vom Ausschuss für Angelegenheiten der Versorgung psychisch Kranker beim Niedersächsischen Sozialministerium für nicht verfassungskonform gehalten. Der Begründungstext des Gesetzentwurfs verweist hierzu darauf, dass das BVerfG in der Entscheidung vom 23.3.2011 die Zwangsbehandlung für die Fälle offen gelassen habe, mit denen andere Behandlungszwecke als die Herstellung der Entlassungsfähigkeit (aus einer forensischen Klinik) erreicht werden sollen, also z. B. die erwähnte Infektionsgefahr. Somit sei die vorgesehene Regelung §21 b NPsychKG-Entwurf zulässig. Der neue Landtag wird sich hiermit nach der Wahl am 15.10.2017 auseinandersetzen müssen.

Ethische Diskussion

Die zentrale Ethikkommission bei der Bundesärztekammer hat sich 2013 in einer Stellungnahme zur „Zwangsbehandlung bei psychischen Erkrankungen“ ausführlich mit der Verunsicherung der Beteiligten durch verschiedene aktuelle höchstrichterliche Urteile auseinandergesetzt, weil eine zwangsweise Behandlung danach nicht automatisch durch einen

Unterbringungsbeschluss genehmigt ist, sondern einer rechtsstaatlich abgesicherten gesonderten gerichtlichen Entscheidung bedarf.

Die Ethikkommission setzt sich ausführlich mit den Voraussetzungen für eine Zwangsbehandlung auseinander und erklärt:

„Eine drohende Fremdschädigung durch aggressives und gewalttätiges Verhalten infolge der psychischen Erkrankung kann in der Regel durch freiheitsentziehende und sichernde Maßnahmen verhindert werden und rechtfertigt daher allein keine Zwangsbehandlung...“

„Weil jede Zwangsbehandlung einen Eingriff in die Patientenrechte darstellt, müssen alle notwendigen individuellen und institutionellen Schutzmaßnahmen ergriffen werden, um ihren Einsatz möglichst zu vermeiden und, wo dies nicht möglich ist, auf ein Minimum zu reduzieren.“

Deshalb empfiehlt die Kommission, Entscheidungen über eine Zwangsbehandlung sollten generell durch ein multiprofessionelles Team unter Einschluss des Pflegepersonals beraten und getroffen werden, aber auch einer „klaren Verantwortlichkeit“ unterliegen und transparent dem Patienten und dem Betreuer kommuniziert werden. Die notwendigen Ressourcen, sprich Gelder, seien hierfür bereitzustellen. Der Widerspruch zwischen Teamentscheidung einerseits und „klarer Verantwortlichkeit“ andererseits wird nicht diskutiert. Dazu ist aus der Praxis zu sagen, dass die Rahmenbedingungen von Zwangsbehandlungen - wie aus den Forderungen der Kommission zu vermuten - wesentlich problematischer sind, als es nach der Stellungnahme den Anschein hat. Die Kritik am geplanten neuen Entgeltsystem PEPP (Pauschalisiertes Entgeltsystem für die Psychiatrie und Psychosomatik) für die stationäre Behandlung machte das deutlich, z. B. mit degressiven, also absinkenden Tagessätzen bereits nach 14 Tagen. Ob die Krankenkassen eine Aufenthaltsverlängerung durch „sichernde Maßnahmen“ ohne (medikamentöse) Behandlung, also eine Art Sicherungsverwahrung im Krankenhaus bezahlen werden, muss als sehr zweifelhaft gelten. Wenn wir Soteria-Bedingungen in der Psychiatrie hätten, könnte man die Diskussion der Zwangsbehandlung in ganz anderer Weise führen. Es wäre auch eine genaue Analyse der Gründe für Zwangsbehandlungen und deren konkrete Vermeidungsmöglichkeiten nötig. Solche Studien gibt es bisher kaum. In den USA wurde in der Pennsylvania-Studie 1990-2000 mit solchen Maßnahmen eine Reduktion der Zwangsbehandlungen von üblichen 20% auf 2 % der Patienten erreicht.

Es ist also durchaus möglich, was die Kommission fordert, wenn die Bedingungen stimmen. Das aber ist angesichts der „Wirtschaftlichkeitsdiskussionen“ nicht zu erwarten. Die Kliniken mit den verantwortlichen, meist jungen Ärzten in Ausbildung werden mit dem Problem allein gelassen, flüchten sich in die Vermeidung von unfreiwilligen Aufnahmen oder rasche Entlassungen und Ärzte sind allgemein immer weniger bereit, in dieses Fach zu gehen, sodass zahlreiche Assistenzarztstellen in den Kliniken nicht oder mit ausländischen Ärzten oder mit Psychologen besetzt werden. So kommt es dann zu schlimmen Behandlungsabbrüchen wie 2013 in Geesthacht, wo ein akut schizophrener Patient, der von der Tötung seiner Mutter redete, auf seinen „Willen“ hin am Morgen nach der nächtlichen Aufnahme ohne nochmalige ärztliche Untersuchung wieder entlassen wurde und seine Mutter umbrachte. Die verantwortliche Oberärztin war dem Vorrang des Freiheitsgebotes gefolgt. Sie wurde deshalb wegen fahrlässiger Tötung zu einer hohen Geldstrafe verurteilt. Sie kämpfte im Verfahren mit den Tränen und sagte zum Schluss: „Wie ich es mache, mache ich es falsch“. Der Täter wurde als schuldunfähig in einer forensischen Klinik

untergebracht.

Unterbringung in der Forensischen Klinik - Maßregelvollzug

So muss denn „immer erst etwas Schlimmes passieren“, so dass der Betreffende angeklagt und dann in einer Klinik für psychisch kranke Rechtsbrecher untergebracht wird. Während die Zahl der allgemeinpsychiatrischen Krankenhausbetten in den letzten 30 Jahren mehr als halbiert wurde, steigt die Zahl der solchermaßen forensisch Unterbrachten ständig an, in den letzten Jahren hat eine Verdoppelung der Bettenzahl stattgefunden. Inzwischen stehen rund 10% der psychiatrischen Krankenhausbetten in forensischen Kliniken. Die früheren geschlossenen Anstalten kehren in verschärfter Form wieder. Diese Behandlungen werden übrigens von der Justiz bezahlt, was die Kassen also sparen – mehr als 1 Milliarde € pro Jahr. Die Kassen arbeiten aktiv an dieser Verschiebung mit: z. B. durch Begrenzung der Behandlungsdauer in der Normalpsychiatrie. 8 von 10 Forensikpatienten waren vorher Patienten einer allgemeinpsychiatrischen Klinik und wurden von dort in einem sehr kranken Zustand und mit etlichen Risikomerkmale für Gewalt entlassen.

Die Gründe für diesen Anstieg werden von allen Autoren in der Zunahme von Suchterkrankungen, insbesondere in der Kombination von Sucht und Psychose sowie in dem Fehlen ausreichender Behandlungsmöglichkeiten für schwierige Patienten gesehen, was aus den Erfahrungen der Praxis nur bestätigt werden kann. Das liegt an den Einsparungen im Gesundheitswesen gerade bei den Schwerkranken und an der Verteilung der Mittel. Drei Viertel des Geldes in der ambulanten psychiatrischen Versorgung wird für die reine Psychotherapie ausgegeben, wovon diese Patienten überhaupt nichts haben. Schon erwähnt wurde als Ursache der Hinweis auf die Einsparung von 1 Milliarde € für die Krankenkassen durch die Verschiebung schwer Kranker in den Maßregelvollzug. Dazu kommt die allgemeine Tabuisierung der Zwangseinweisungen, wodurch häufig eine mögliche rechtzeitige Behandlung verhindert wird. Hier arbeiten sich also ungewollt die Sparer bei den Kassen und die Gegner des Zwanges in der Psychiatrie in die Hände.

Freiheitsverlust und soziale Verantwortung - Schlussgedanken

Kann man, muss man psychisch Kranken ihren Willen lassen? Ich hoffe, ich habe deutlich gemacht, dass diese Frage zunächst einmal mit einem selbstverständlichen „Ja“ zu beantworten ist, weil krank sein - sowohl körperlich wie seelisch - eine ganz persönliche Angelegenheit ist, in der ich auch selbst entscheide, ob und wie ich mich behandeln lasse.

Bei einer kleinen Zahl von psychisch kranken Menschen ist jedoch durch die Erkrankung die Freiheit des Denkens verloren gegangen und sie können dadurch ihr eigenes Leben und das anderer gefährden, ohne sich hierüber klar zu sein. In Europa haben wir deshalb im Sinne der sozialen Verantwortung füreinander gesetzliche Regelungen, die eine Behandlung notfalls auch gegen den Willen des Kranken in einem sehr engen, u. U. zu engen gesetzlichen Rahmen ermöglichen. Es gibt hier eine Gesetzeslücke für aggressive Kranke, die erst dann durch eine Verurteilung in psychiatrische Behandlung kommen, wenn Schlimmes passiert ist.

Wenn psychiatrische Behandlungsmöglichkeiten fehlen, werden die Patienten ihrer „Freiheit“ überlassen und landen dann auch nicht einmal in einer forensischen Klinik bei Straffälligkeit, sondern in Gefängnissen. In den USA gibt es deshalb große Gefängnisabteilungen für psychisch Kranke. Das Gefängnis von Los Angeles ist gleichzeitig das größte

psychiatrische Krankenhaus der USA mit über 2.000 Patienten. 17% der amerikanischen Häftlinge sind psychisch Kranke. Damit stehen die USA nach einem Bericht Weltgesellschaft für Psychiatrie vor einigen Jahren (2004) auf dem gleichen Niveau wie Indien. Wir haben also in Deutschland inzwischen doch vergleichsweise sehr humane Verhältnisse in der Psychiatrie und wir sollten das bei aller Kritik nicht vergessen. Durch psychische Krankheit kann in seltenen Fällen ein Verlust der Freiheit des Denkens eintreten. Dann müssen wir Verantwortung füreinander übernehmen, notfalls auch gegen den momentan kranken Willen als therapeutisches Handeln. Niemand würde seinen verwirrten oder auch nur betrunkenen Freund oder seine Freundin von der hohen Brücke springen lassen, sondern ihn oder sie mit Gewalt daran hindern. Und so müssen wir durch eine rechtzeitige Behandlung auch gegen den momentanen (sog. „natürlichen“) Willen eines psychisch Kranken dafür sorgen, dass er oder sie sich nicht selbst oder andere schädigt und durch Schädigung anderer auf Dauer in einer gefängnisartigen Psychiatrieklinik eingesperrt werden muss.

In der Diskussion müssen wir uns auch angesichts der Widersprüche im Umgang mit psychisch kranken Menschen unserer kulturellen Traditionen bewusst werden. Der Verweis auf die Verbrechen der Psychiatrie in der Nazizeit reicht zum Verständnis nicht aus, zumal die Freiheitsdiskussion im ganzen westlichen Kulturkreis geführt wird. Der Ausgangspunkt der Kultur dessen, was wir als den „Westen“ bezeichnen, liegt im jüdisch-christlichen Monotheismus mit der zunehmenden Betonung der individuellen Gewissensverantwortung zunächst vor Gott. Daraus entwickelte sich die Emanzipation des Menschen von gottähnlichen Herrschern, festgeschrieben in der Erklärung der Menschenrechte in der amerikanischen und der französischen Revolution von 1776 bzw. 1789. Mit diesem Freiheitsdenken sind Fremdbestimmungen und damit auch eine unfreiwillige Behandlung zunächst einmal nicht vereinbar. Ein ähnliches Problem zeigt sich übrigens in der Diskussion um die zwangsweise Inobhutnahme von Kindern gegen den Elternwillen bei Schädigung des Kindes.

Die Akzeptanz eines Freiheitsverlustes nicht durch äußeren Zwang, sondern durch Krankheit ist in dieser Tradition schwer vorstellbar. Der Konflikt zwischen den „Verteidigern der Freiheit“ der psychisch Kranken auf der einen Seite und den für die Unvernunft mancher psychisch Kranker verantwortlichen Ärzten auf der anderen Seite ist deshalb schwierig zu lösen. Die Verteidiger der Freiheit fühlen sich im vollen Recht in unserer Kultur der Freiheit und die Ärzte haben ein schlechtes Gewissen wegen des Fürsorgegebotes unserer Kultur. Dieser Widerspruch führt in den entsprechenden Fällen die verantwortlichen Ärzte in eine typische double-bind Situation: Was ich auch tue, es ist falsch. Deshalb wollen alle diesen Konflikt vermeiden und erst reagieren, wenn sich jemand durch sein Verhalten außerhalb dieser Freiheitskultur gestellt hat. Der Konflikt spiegelt sich auch in den Entscheidungen des Bundesverfassungsgerichts, der erwähnten Stellungnahme der Ethikkommission der Bundesärztekammer und in den komplizierten oder auch schlicht fehlenden Regelungen unserer Psychiatriegesetze.

Es gehört jedoch auch zu unserer Kultur der individuellen Verantwortung und Freiheit, dass dogmatische Beschränkungen des Denkens kritisch aufgelöst werden. So kann auch die Verteidigung der Freiheit zum Dogma werden, wenn sie einen krankheitsbedingten Freiheitsverlust (Zutt) nicht wahrnehmen will. Denn zu den Grundlagen unserer Kultur gehört auch die Verantwortung für den Schutz und die Hilfe für die Schwachen und Kranken, die wir eben nicht ihrer Freiheit, also sich selbst überlassen dürfen, wenn sie sich selbst nicht

mehr helfen können.

Und in den meisten Fällen kann die Psychiatrie sehr wohl helfen, die Freiheit wieder zu erlangen – wie es auch von Betroffenen selbst berichtet wird. Die Diskussion hierzu darf weder von dogmatischen Freiheitsforderungen noch von Angst geprägt sein, Angst vor den psychisch Kranken, die nicht in die Ordnung unserer Kultur zu passen scheinen und weggesperrt werden sollen. Die Diskussion darf deshalb auch nicht von der Furcht vor den notwendigen unfreiwilligen Behandlungen gegen den momentanen verwirrten Willen des Kranken bestimmt sein – und schon gar nicht von menschenverachtenden Einsparversuchen. Deshalb muss die Forderung der Ethikkommission betont werden, dass ausreichende Mittel für die adäquate Behandlung der Schwerstkranken zur Verfügung gestellt werden. Ziel muss die Vermeidung der Notwendigkeit des Zwanges genauso sein wie der humane, d.h. therapeutische Umgang mit der Möglichkeit des Zwanges, um eine Rückkehr in die Freiheit zu ermöglichen.

Leicht gekürzte Fassung für einen Vortrag auf der Tagung der AANB am 23.9.2017 im Landtag in Oldenburg unter dem Titel: „ Ethische Vorgaben und Wirklichkeit bei der Behandlung eines psychisch erkrankten Menschen ohne dessen Einwilligung“.

Die ausführliche Fassung mit Literaturangaben beim Autor (Mail: heyoprahm@hotmail.com)