Die Vorträge von Bruno Hemkendreis, Peter Lehmann, Eckart Wähner und Franz-Josef Wagner beim Forum der Jahrestagung (»Ver-rückt nach Europa – von Europa lernen«) der Deutschen Gesellschaft für Soziale Psychiatrie e.V., Trier, 20. November 2015, wurden gekürzt und überarbeitet publiziert in: Psychiatrische Pflege (Bern), 1. Jg. (2016), Nr. 6, S. 31-35

Bruno Hemkendreis, Peter Lehmann, Eckart Wähner und Franz-Josef Wagner

Zwang und Gewalt in der Psychiatrie reduzieren, vermeiden, verhindern, bestrafen

Die Ausübung psychiatrischer Zwangsmaßnahmen stellt für die meisten Beteiligten ein großes juristisches und emotionales Problem dar. Diejenigen, die unmittelbaren Zwang ausüben, sehen sich zunehmend juristischen Einschränkungen ausgesetzt: infolge höchstrichterlicher Urteile, die die Verwendung von psychiatrischer Gewalt begrenzen, der Konvention der Vereinten Nationen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen (UN-BRK), die eine Gleichheit vor dem Recht auch für Menschen fordert, die als schwer psychisch krank gelten, sowie erfolgreicher Schadenersatzklagen wegen ungerechtfertigter Anwendung von Zwang. Psychiatrisch Tätige, die an Zwangsmaßnahmen beteiligt sind und kein allzu dickes Fell haben, entwickeln teilweise erhebliche emotionale Probleme. Noch schlimmer geht es Psychiatriebetroffenen, die durch psychiatrische Zwangsmaßnahmen traumatisiert werden. Gerade bei Frauen kann es zu massiven Retraumatisierungen kommen, etwa wenn sie in der Vergangenheit sexuell missbraucht wurden und nun die Erfahrung machen, dass man sie wieder gewaltsam ihrer Kleider entledigt, ins Bett wirft, fixiert und Manipulationen an ihrem Körper aussetzt. Traumatherapeutische Angebote für Menschen, die durch psychiatrische Gewalt traumatisiert werden, gibt es jedoch nicht.

Neben unmittelbarem Zwang dürfen wir den indirekten Zwang nicht vergessen: Dass vorrangig naturwissenschaftlich orientierte Hilfsangebote bereit stehen für Menschen, die unter psychischen Problemen sozialer Natur leiden. Humanistisch orientierte Hilfeangebote, obwohl evaluiert und als hochwirksam bekannt (wie Soteria, Offener Dialog, Krisenherberge), werden von Krankenkassen nicht finanziert. Psychopharmaka und Elektroschocks werden nicht selten ohne informierte Zustimmung verabreicht, eine rechtswirksame Aufklärung findet nicht statt zu Beginn der Behandlung, in ihrem weiteren Verlauf und beim Übergang zur Langzeitbehandlung. Die Betroffenen und ihre Angehörigen werden nicht über Kontrolluntersuchungen und Symptome informiert, die die Entwicklung chronischer oder lebensbedrohlicher psychopharmakabedingter Erkrankungen anzeigen. Dabei sind psychiatrische Patientinnen und Patienten enorm vulnerabel, was sich in einer um durchschnittlich zwei bis drei Jahrzehnte verminderten Lebenserwartung widerspiegelt. Hilfen beim selbstbestimmten Absetzen von Psychopharmaka gibt es in aller Regel nicht.

Personenzentrierte Psychiatrie, Deeskalation, Besuchskommissionen, Therapie-Leitlinien, Verbesserung von Kommunikation und Interaktion sowie Selbsthilfe von Betroffenen sollen und können Zwang und Gewaltanwendung in psychiatrischer Behandlung verringern oder vermeiden. Gerichtsentscheidungen, Gesetze, UN-BRK, humanistische Alternativen und Vorausverfügungen könnten von Betroffenen nicht gewünschte Maßnahmen verhindern. Zivil- und straf-

rechtliche Urteile könnten psychiatrisch Tätigen Orientierung geben in einem zunehmend unsicherer werdenden Arbeitsfeld.

Bruno Hemkendreis, Peter Lehmann

Bruno Hemkendreis: Zwang und Gewalt in der Psychiatrie reduzieren (?)

Die Frage, ob Zwang und Gewalt in der Psychiatrie noch minimiert werden kann, ist eindeutig mit ja zu beantworten. Noch immer herrschen in Deutschland große regionale oder einrichtungsspezifische Unterschiede in Sachen Zwangseinweisungen, Zwangsunterbringungen und Zwangsbehandlungen. In der S 2 Leitlinie »Therapeutische Maßnahmen bei aggressivem Verhalten in der Psychiatrie und Psychotherapie« heißt es beispielsweise:

> »Es gibt deutliche Hinweise darauf, dass die Anwendung von Fixierungen in der Psychiatrie mehr mit dem zahlenmäßigen Verhältnis von Mitarbeitern zu Patienten, dem Ausbildungsstand des Personals, den Schichtzeiten oder mit dem Geschlecht des Personals als mit dem Zustand oder dem Verhalten der betroffenen Patienten zu tun hat.« (AWMF, 2010)

Zu einem ähnlichen Schluss kommt die Stellungnahme zur Zwangsbehandlung bei psychischen Erkrankungen der Zentralen Kommission zur Wahrung ethischer Grundsätze in der Medizin und ihren Grenzgebieten (Zentrale Ethikkommission) bei der Bundesärztekammer:

> »Institutionelle Bedingungen in den Kliniken haben einen erheblichen Einfluss auf den Einsatz von Zwangsmaßnahmen, zum Teil vermutlich sogar stärker als der Krankheitszustand des Patienten. Dazu gehören fehlendes, unzureichend geschultes und unzureichend unterstütztes Personal, Defizite in der Kommunikationskultur, fehlende Rückzugsmöglichkeiten für die Patienten, fehlende Hilfen für überforderte Mitarbeiter sowie Defizite in der Stationsorganisation.« (Bundesärztekammer, 2013, S. A1335)

Beide Aussagen sind aus Patientensicht erschreckend und im Grunde in einem der reichsten Länder der Erde im 21. Jahrhundert nicht hinnehmbar. Wir wissen offensichtlich, wo die Probleme liegen, es scheint aber, dass berufspolitische, finanzielle oder institutionelle Interessen Lösungen verhindern.

In dem Artikel »Zwangsmaßnahmen in der psychiatrischen Versorgung« wird unter anderem beschrieben, wie die Kultur einer psychiatrischen Station offensichtlich von der Berufsgruppe Pflege geprägt und über Jahre und verschiedene Klinikleitungen hinweg bestimmt wird (Hemkendreis & Nienaber, 2015). Die psychiatrische Pflege ist die größte Berufsgruppe in der stationären Psychiatrie, sie verfügt offensichtlich über Potenzial, die Behandlungsbedingungen in bestimmte Richtungen zu kanalisieren. Andererseits verfügt sie aber auch über ein großes Potenzial, sogenannter unspezifischer Behandlungs- bzw. Wirkfaktoren, die geeignet sind, Zwangsmaßnahmen zu vermeiden, zu mildern oder zu verkürzen.

Entscheidend für gelingende Pflege und für die Vermeidung von Zwang und Gewalt ist die Gestaltung der Beziehung und der Einbezug der Menschen in ihre Behandlung.

Darauf aufbauend sollten verschiedenste Ansätze verfolgt werden, Zwang und Gewalt so weit es geht abzubauen. Dazu gehören

- unterstützende Führung
- richtige personelle Ausstattung
- Mitarbeiterschulungen und -unterstützung
- Umwelt- bzw. Umgebungsfaktoren (Milieugestaltung)
- individuelle Behandlungspläne
- effektive Kommunikation mit Patientinnen und Patienten und deren Familien bzw. Angehörigen
- Auswertung nach Zwangsmaßnahmen

ebenso wie ressourcenorientierte Angebote, beispielsweise:

- Recovery-Gruppen
- Adherence-Therapie
- Resilienztraining
- Einbezug Psychiatrieerfahrener
- aktive Bewerbung von Behandlungsvereinbarungen

Die Prävention, das heißt die Vermeidung von Zwang und Gewalt, muss in den Vordergrund rücken. Es geht nicht darum, wie Zwangsmaßnahmen besser organisiert werden können, sondern wie sie gar nicht erst entstehen. Kliniken beschäftigen sich zu oft damit, Personal für Intensivbetreuungen bei Zwangsmaßnahmen bereitzustellen. Eigene Erfahrungen aus Stationen mit Soteria-Elementen konnten jedoch zeigen, dass es wesentlich ressourcenschonender ist, gut geschultes Personal präventiv für intensive Begleitungen und Betreuungen einzusetzen. Einfühlsames Begleiten, aufnehmend waches Dabei-Sein – »being with« – ist in der Regel wesentlich erfolgreicher, kürzer und weniger anstrengend für beide Seiten als eine angeordnete »Sitzwache« bei einem fixierten und auf Widerstand eingestellten Patientinnen und Patienten, mit dem nicht präventiv alles versucht wurde.

Solch eine verordnete 1:1-Überwachung wird von Patientinnen und Patienten als unpersönlich, aufdringlich und als Zwangsmaßnahme empfunden. Von den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern wird sie als »dirty work«, als Drecksarbeit gesehen, sie ist ressourcenintensiv, nämlich die teuerste Intervention in der stationären Psychiatrie. Aus der Perspektive der Wissenschaft ist sie umstritten, da ihre Wirksamkeit kaum erforscht ist.

Wenn Zwangsmaßnahmen stattfinden, muss geregelt sein, dass sie multiprofessionell beschlossen, aber auch abgesetzt werden können. Es darf nicht sein – wie leider noch immer in vielen Kliniken praktiziert – dass die Aufhebung einer Zwangsmaßnahme von der Verfügbarkeit eines Arztes oder gar Oberarztes abhängt und dadurch unter Umständen über viele Stunden ohne Notwendigkeit weiter geführt wird. Dabei handelt es sich dann um eine ganz klare, strafbare Freiheitsberaubung.

Gemeinsame Reflexionen mit allen Beteiligten sind leider noch immer nicht überall gängiger Standard nach Zwangsmaßnahmen. Ebenso mangelt es noch in vielen Kliniken an effektiven Hilfesystemen für belastete Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter. Auch das wäre ein wichtiger Fak-

tor für eine entspannte Zusammenarbeit mit den Patienten. Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter mit typischen Burnout-Symptomen wie Zynismus bilden eine denkbar schlechte Basis für Zusammenarbeit auf Augenhöhe.

Franz-Josef Wagner: Zwang und Gewalt in der Psychiatrie vermeiden

Um die Auswirkungen der Gewalt zwischen Personal und Patient zu hinterfragen, habe ich mich bei der Berufsgenossenschaft für Gesundheits- und Wohlfahrtspflege (BGW) nach Statistiken erkundigt. Ergebnis meiner Bemühungen sind die folgenden Daten. Aktuellere kann ich ebensowenig liefern wie Angaben zu Aggressionen von Seiten des Personals gegenüber Patientinnen und Patienten.

In der BGW der Bezirksstelle Delmenhorst wurden zwischen April 2000 und Juni 2001 folgende Übergriffe von Patientinnen und Patienten auf das Personal gemeldet:

Altenheime	98
Behinderteneinrichtungen	113
Psychiatrie	26
Jugendhilfe	57
Krankenhaus	33
Sonstige	10

Die Auswertung der Verletzungen ergab für die Psychiatrie 4,23, Somatik 2,75 und in den Heimen 8,18 Verletzungen pro Mitarbeiter und Jahr (von Hirschberg et al., 2009, S. 30).

Die BGW der Bezirksstelle Delmenhorst bezifferte ebenso »brachiale Aggressionen« von Patientinnen und Patienten gegen das Personal pro Mitarbeiter und Jahr:

	Psychiatrie	Somatik	Heime
Spucken	7,88	0,99	4,38
Kneifen	2,33	1,10	6,33
sexuelle Übergriffe	0,25	0,04	0,74
Schlagen	4,17	1,54	6,85
Treten	2,56	1,16	5,12
Haare ziehen	0,48	0,23	1,28
Festhalten, beißen, kratzen, würgen etc.	1,04	0,03	2,27

In der Jahresstatistiken eines Zentrums für Psychiatrie in Baden-Württemberg, das nicht genannt werden möchte, sind die Zahlen für Aggression nochmals bestätigt. Zwischen 2011 und 2014 verdoppelte sich die Zahl aggressionsbedingter Arbeitsunfälle. Die Ausfalltage sind im Gegensatz zu Arbeitszeitausfällen wegen Wegeunfällen nur halb so hoch. Im Durchschnitt ergaben sich 2014 aus einem aggressiven Vorfall vier Ausfalltage. (Zum Problem »therapeutischer« Gewaltanwendung wurden leider keine Daten genannt.)

Für den Landesverband Psychiatrie-Erfahrene Rheinland-Pfalz e.V. sollte eine Psychiatriereform zum Ziel haben, das Gewaltrisiko zwischen Personal und Patient, Patient und Patient sowie Patient und Personal zu verringern, da derzeit nach wie vor die Grundrechte vieler Patienten missachtet und posttraumatische Belastungsstörungen bewirkt werden. Es gilt, eine qualitative und

transparente gemeindenahe Psychiatrie aufzubauen. Eine Psychiatrie, in der Gewalt transparent besprochen, diskutiert, analysiert, nach und nach verringert und schließlich vermieden wird, würde zu einer humanen Gemeindepsychiatrie führen. Peer-Beratung (Genesungsbegleiter) könnte dazu beitragen, dass Patientinnen und Patienten von psychiatrischer Gewalt verschont und ihre Menschenrechte auf körperliche Unversehrtheit, Selbstbestimmung und Schutz ihrer Menschenwürde unangetastet bleiben.

Peter Lehmann: Mit Vorausverfügungen psychiatrische Gewalt verhindern

> »Jeder Mensch hat das Recht auf freie Entfaltung seiner Persönlichkeit. Dazu gehört auch das Recht, darüber zu bestimmen, ob man sich behandeln lassen möchte. Eine Zwangsbehandlung ist in Deutschland nicht zulässig. Das setzt aber voraus, dass der Patient ansprechbar ist und in seinem Denken reflektiert. Er muss in der Lage sein, eigenverantwortlich zu handeln und die Tragweite seines Entschlusses zu überblicken. Davon kann aber bei einem Patienten, der sich bereits in der Psychiatrie befindet, nicht ausgegangen werden.« (Kreutz, 2015, S. 303f.)

Stellvertretend für Mainstreamjuristen und -psychiater äußerte die ehemalige Staatsanwältin Nicole Kreutz in *Psych. Pflege Heute* unverblümt, wie psychiatrischen Klinikpatientinnen und -patienten auch noch knapp zehn Jahre nach Verabschiedung der UN-BRK jegliches Selbstbestimmungsrecht abgesprochen wird. Dass Patientinnen und Patienten mit »ernsten psychischen Störungen« (Diagnosen: Psychose, Schizophrenie, bipolare Störung, schwere Depression, Persönlichkeitsstörung) eine auch aufgrund ihrer vulnerablen gesundheitlichen Verfassung um durchschnittlich zwei bis drei Jahrzehnte reduzierte Lebenserwartung aufweisen und deshalb vor einer weiteren gesundheitlichen Belastung, nämlich der Verabreichung potenziell toxischer und anderweitig schädlicher Verabreichungen von Psychopharmaka und Elektroschocks, geschützt werden sollten, interessiert die Juristin offenbar nicht: Ängste auf Seiten des Personals vor Ermittlungsverfahren und Schadensersatzforderungen seien fast immer unnötig, denn Gerichte würden nur verurteilen, wenn ein Formfehler nachgewiesen würde (ebd., S. 305).

Im Konfliktfall geht auch die Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde von Selbstbestimmungsunfähigkeit von Menschen mit psychiatrischen Diagnosen aus: wenn die Betroffenen Risiken und potenzielle Nutzen der anstehenden Behandlung nicht im erwarteten Sinne verstehen, wenn sie die Folgen ihrer Entscheidung in einem von Psychiatern nicht geteilten Zusammenhang mit der eigenen Lebenssituation beurteilen, wenn sie Krankheitseinsicht verweigern und die Alternativlosigkeit einer vorgeschlagenen Behandlung in Zweifel ziehen (DGPPN, 2014). Insofern ist es für die Masse potenzieller Betroffener im psychosozialen Bereich, Alten- und Pflegeheime eingeschlossen, von existenzieller Wichtigkeit, rechtzeitig im Zustand der nicht angezweifelten Vernunft und Normalität möglichst genau, wohlüberlegt und schriftlich festzulegen, wie sie behandelt oder aber nicht behandelt werden wollen, sollten Dritte sie als »einwilligungsunfähig« (oder gleichbedeutend als »selbstbestimmungsunfähig«) diagnostizieren (Lehmann, 2015).

Zur Frage, ob man sich besser zu einer Behandlungsvereinbarung entschließen soll, die inzwischen von manchen psychiatrischen Einrichtungen angeboten wird, oder einer selbstständig ver-

fassten Psychosozialen Patientenverfügung (seinerzeit »Psychiatrisches Testament« genannt), nahm der Geschäftsführende Vorstand des Bundesverbands Psychiatrie-Erfahrener e.V. unter Mitwirkung von Dorothea Buck und Peter Lehmann schon vor 20 Jahren Stellung: Wer Wert auf die Beachtung des eigenen Rechts auf körperliche Unversehrtheit und die rechtswirksame Einhaltung seiner Vorausverfügung lege, dem sei ein Psychiatrisches Testaments angeraten; es reiche weiter als die Behandlungsvereinbarung und sehe im Gegensatz zu ihr – als umfassenderer Akt – sowohl die Ablehnung konkreter Maßnahmen vor als auch deren im Falle eines Konflikts im Voraus erwünschte zwangsweise Verabreichung (GV BPE, 1995).

Dass eine Vorausverfügung den gesetzlichen Anforderungen entsprechen muss, um eine Chance der Berücksichtigung zu haben, versteht sich von selbst. Deshalb ist es unbedingt nötig, sich rechtzeitig einen Überblick über Vor- und Nachteile gängiger Vorausverfügungen zu verschaffen, auch über ihre speziellen Risiken (siehe Antipsychiatrieverlag, 2015).

Zudem ist die präventive Wirkung, sich gedanklich mit Ursachen, Risiko- und Auslösefaktoren sowie Bewältigungsstrategien psychosozialer Krisensituationen auseinanderzusetzen und nach möglichen Unterstützern zu suchen, nicht zu unterschätzen (Krücke, 2007). Wer es lernt, sich nach psychosozialen Krisen mit deren Sinn und Auslösesituationen zu beschäftigen, läuft nicht mehr so schnell in die nächste psychotische, depressive oder manische Phase. Voraussetzung hierfür ist, sich selbst als verantwortliches Subjekt seines Lebens, seiner Vergangenheit, seiner Zukunft und seiner Gesundheit wahrzunehmen. Dann ist es möglich, dass in psychosozialen Krisensituationen das Selbstbestimmungsrecht gewahrt bleibt.

Eine Psychiatrie, die sich anmaßt, als Ordnungsmacht Menschenrechte von Patientengruppen zu relativieren, um ein Standesrecht auf gewaltsame Verabreichung psychiatrischer Anwendungen durchzusetzen, lässt sich mit ethischen Grundsätzen nicht in Einklang bringen. Sie würde glaubwürdiger werden, wenn sie – wie auch der Münchner Rechtsanwalt Rolf Marschner (und inzwischen sogar die DGPPN) vorschlägt – Artikel 12 Absatz 3 der UN-BRK folgt und für die Abfassung von Vorausverfügungen wirbt, um von stellvertretender hin zu unterstützender Entscheidungsfindung zu kommen. Hilfreich wäre, wenn

- psychiatrisches Personal voranginge, für sich selbst Vorausverfügungen verfasst und dies öffentlich machte (vgl. Kempker & Lehmann, 1993; Amering et al., 1999); auch psychiatrisch Tätige können alt, verwirrt und somit Empfänger üblicher Psychopharmaka-Kaskaden werden!
- unabhängige Einrichtungen zur Unterstützung beim Verfassen von Vorausverfügungen finanziert würden,
- Psychiatriebetroffene und ihre Organisationen angesichts der in Deutschland hervorragenden Ausgangssituation (Ziegler, 2014) verantwortungsvolle Vorausverfügungen propagierten (Lehmann, 2014),
- Rentenversicherungsträger nicht nur Tipps zur Erstellung von gewöhnlichen Patientenverfügungen (Deutsche Rentenversicherung Bund, 2015), sondern auch von Psychosozialen Patientenverfügungen anbieten würden
- Krankenkassen nicht nur 70 Millionen Informationen zur Organspende sowie Organspendenausweise verschickten, wie 2015 in Deutschland geschehen (Szent-Ivanyi, 2012;

> »Kassen«, 2015), sondern auch ebenso viele Informationen zu Psychosozialen Patientenverfügungen.

Am wirkungsvollsten wäre es, wenn Gerichte in einem Grundsatzurteil Zeichen setzten und Verstöße gegen StGB § 223 und BGB § 1901a, die rechtliche Grundlage der Psychosozialen Patientenverfügung, zivilrechtlich sowie strafrechtlich ahndeten. § 223 Abs. 1 StGB (Körperverletzung) besagt:

> »Wer eine andere Person körperlich misshandelt oder an der Gesundheit schädigt, wird mit Freiheitsstrafe bis zu fünf Jahren oder mit Geldstrafe bestraft.«

Nur die wohlinformierte Zustimmung einer Patientin bzw. eines Patienten befreit den Arzt vom strafrechtlichen Vorwurf der Körperverletzung. Das juristische Standardwerk »Strafgesetzbuch – Kommentar« erläutert § 223 StGB:

> »Kann die tatsächliche Einwilligung des Patienten (bzw. bei eigener Entscheidungsunfähigkeit die seines Vertreters) nicht eingeholt werden (Bewusstlosigkeit, Unerreichbarkeit), so ist nach den Grundsätzen mutmaßlicher Einwilligung zu fragen, ob der Patient (bzw. sein Vertreter) bei Kenntnis und Würdigung der Sachlage dem Eingriff zustimmen würde. Für solche Mutmaßungen ist jedoch nur insoweit Raum, als sich der Einwilligungsberechtigte nicht bereits unmissverständlich gegen die Behandlung ausgesprochen hat.« (Schönke & Schröder, 1980, S. 1450)

Gleichheit vor dem Recht für Psychiatriebetroffene gibt es nur, wenn Gleichheit vor dem Recht auch für Psychiater gilt, das heißt das Strafrecht auch bei dieser Berufsgruppe angewendet wird. Dann würde psychiatrische Gewalt wirksam verringert. Wer wollte da etwas dagegen haben?

Eckart Wähner: Die justizielle / gesetzestechnische Regelung von Zwangsunterbringung, Zwangsbehandlung und Zwangsbetreuung

Zwölf Thesen:

1. Teilweise als »Sonderprozessordnung für Wahnsinnige« bezeichnet, setzt eine systematische Anordnung freiheitsentziehender Maßnahmen sowohl nach der zivilrechtlichen Unterbringung wie auch bei öffentlich-rechtlich untergebrachten Personen nach den Unterbringungsgesetzen des jeweiligen Bundeslandes an der Definition/Diagnose einer »psychischen Krankheit oder geistigen oder seelischen Behinderung« und damit an rechtfertigenden Vorstellungen über die Begrifflichkeit einer Geisteskrankheit an.
2. Der Begriff »Geisteskrankheiten« selbst ist ein Etikett gegenüber unerwünschtem, störendem, gefürchtetem oder unerlaubtem Handeln, wodurch die damit einhergehenden Eingriffsbefugnisse fürsorge- bzw. sozialrechtlichen Erwägungen unterstellt werden, welche die Rechtspositionen des Einzelnen auf spezifische Eingriffsmaßnahmen hin abstimmen, sozusagen »austarieren« und wegen des angenommenen Verlusts der Selbstkontrolle gravierend beschneiden.
3. Als Gefahr für sich selbst wird hierbei ein Zustand bezeichnet, der nach dem gesetzgeberischen Konzept im Rahmen staatlicher »Fürsorge« ebenfalls erlaubt, dass als psychisch

krank diagnostizierten Menschen »Hilfen« mit Gewalt aufgezwungen werden kann (Zwangsmedikation etc.).

4. Was gemeinhin als »Unterbringung zur Freiheit« oder zum »Wohl« der Betroffenen genannt wird, setzt angesichts einer Behandlung per Gerichtsbeschluss grundsätzlich das Selbstbestimmungsrecht von psychiatrischen Patientinnen und Patienten aus und erklärt die Betroffenen selbst zu einem Symptom ihrer »Krankheit«, bei der von einer Autonomie bzw. der »Freiheit zur Krankheit« nicht die Rede ist, sondern von psychiatriegeprägten Erwägungen, deren Nutzen etwa von chemischen Präparaten und therapeutisch indizierten Substanzen unter führenden Vertretern der institutionellen Psychiatrie teils selbst in Zweifel gezogen werden.

5. Zu der von der psychiatrischen Fachwissenschaft eigens vertretenen und eher ernüchternden Erkenntnis, dass hinsichtlich bestimmter Krankheitsmodelle und deren Ätiologie eine abgrundtiefe »Unwissenheit« bestünde, gesellt sich allerdings bei Personen, von denen auf dieser Grundlage eine Selbst- und Fremdgefährdung angenommen wird, eine nachgeschaltete gerichtliche Konfliktlösung, die in der Praxis ihrer Einweisungs-, Unterbringungs- und Betreuungsverfahren ganz im Gegensatz zu aktiven Betroffenenrechten und eher als Ausdruck einer gesellschaftlich legitimierten traditionellen Ausgrenzung von »Verrückten« einen extensiven Gefahrenbegriff verfolgt.

6. Rechtfertigungen für Eingriffe in die persönliche Integrität und Freiheit finden sich als sogenannte Anknüpfungstatsachen überwiegend in den verschiedentlich ausgeprägten Anmaßungen der gegenwärtigen psychiatrischen Wissenschaft und ihren Auffassungen, wobei die Gerichtsentscheide zu Patientenrechten teilweise ausdrücklich den Weg veranschaulichen, den Gerichten gehen, wenn es mangels ausreichend validierter Prognosekriterien, objektiver Feststellungen und messbarer Kriterien häufig zu erheblichen Fehleinschätzungen und Fehlentscheidungen kommt (s. den »Drehtüreffekt« wiederholter Unterbringung etc.).

7. Neuroleptika-bedingte Körperschäden und dyskognitive Symptome werden entweder nicht ausreichend erkannt oder nicht selten unter dem Deckmantel des Rechtsgutes der »Befreiung von den Fesseln der Krankheit« verharmlost. Eine richterliche Kontrolle bei dieser Frage nach Art, Umfang und Qualität der Behandlung scheidet dennoch über weite Strecken aus oder wird aus paternalistischen Gesichtspunkten der Zwangsbehandlung und -betreuung – die eigene Person vor sich selbst zu schützen – eingeengt auf die wenigen Fälle von Freiheitsentziehungsgarantien, die für unverzichtbar gehalten werden (vgl. BVerfG, NJW 98, 2432; BVerfG, R&P 2011, 168).

8. An dieser Schnittstelle psychiatrischer Behandlung, angeordneter amtlicher Betreuung und Freiheitsberaubung/Körperverletzung der Patienten gilt für den als psychisch krank diagnostizierten Menschen weder der Grundsatz in dubio pro libertate, noch werden an die Sachurteilsvoraussetzungen in dem Maße besonders erhöhte Anforderungen gestellt, statt eines knappen ärztlichen Attestes (§ 331 FamFG) etwa in Gestalt einer ausführlichen Sachverständigenbefragung. Hier besteht in aller Regel eine allein summarische Prüfung im freien Beweisverfahren nach § 26 FamFG mit der in der Praxis überwiegend gebräuchlichsten Entscheidungsform der einstweiligen Anordnung. Angesichts der Viel-

zahl von Eilverfahren, zivil- wie öffentlich-rechtlichen Unterbringung, ausbleibenden Hauptsacheentscheidungen ist eine dadurch wirksame Rechts- bzw. Beschwerdekontrolle der auf einen eher kurzfristig sechswöchigen Zeitraum angelegten und bis zu drei Monaten (§ 333 FamFG) verlängerbaren Unterbringung so gut wie ausgeschlossen.

9. Mangels klarer gesetzlicher Vorgaben wird die Behandlung gegen den Willen der Betroffenen in der Praxis ebenso extensiv betrieben. Über die Duldungspflicht (vgl. § 30 Abs. 2 S. 2 PsychKG, § 1906 Abs. 1 Nr. 2 BGB) angelegt, ist ein weiterer Gestaltungsspielraum vorgesehen, wonach etwa die Unmutsbekundungen der betroffenen Personen durch eine rechtswirksame und bloß mündlich erteilte Einwilligung des Betreuers oder gegebenenfalls durch das Gericht auf einfachem Beschlusswege überwunden werden können.

10. Der Schutz hochwertiger Rechtsgüter und der grundsätzliche Rechtsanspruch des Einzelnen zu bestimmen, was mit seinem Körper und gleichzeitig dem Recht auf ein Privatleben (Art. 8 EMRK) geschehen soll, wird in diesen Fällen negiert und ausgespielt gegen ein scheinbar effektives System von Zwangseingriffen und -maßnahmen sowie eine Anpassung an betreuungsrechtliche Vorschriften des BGB wie auch andere Unterbringungsnormen. Im Gegensatz zu körperlichen Erkrankungen, die das Urteilsvermögen und die Geschäftsfähigkeit nicht beseitigen, gewinnt der Status des sogenannten psychisch Behinderten oder psychotischen Patienten die übliche Rechtfertigung, um über diesen Zugriff des »ernsthaft psychisch Erkrankten« nach dem Modell rechtloser Kinder und beschränkt Geschäftsfähiger Entscheidungen für oder explizit gegen deren ausdrücklichen Einwände zu treffen. Einbruchstellen sind dabei nicht zuletzt die dem Gesetz inhärenten und eher weit ausgelegten unbestimmten Rechtsbegriffe und ein Gemeinwohldenken, das tatrichterlichen Ermessensentscheidungen Tür und Tor öffnet.

11. Für gewöhnlich wird dadurch auch dasjenige als richtig und gerecht angesehen, was als medizinisch vernünftig gilt, wobei der vage Grundsatz richterlicher Rechtskontrolle bei der sogenannten Vernunfthoheit des Arztes oder der Freiheit zur Krankheit (BVerfGE 58, 208) gegen den usurpierten Machtanspruch von ärztlichen Sachverständigen schon mangels eigener Sachkompetenz nicht aufrecht erhalten werden kann. Diese Tatsache rechtfertigt damit fatalerweise in der Regel den Schluss auf staatliche Hilfskonzepte von Bevormundung und Zwang, die als Grundlage wissenschaftlicher und ideologischer Erkenntnis jedweder juristischen Gesetzesinterpretation so oder so genügen sollen.

12. Der Nachweis einer Verletzung von Rechten und Grundrechten gelingt deshalb auch angesichts der eher geringeren verfahrensrechtlich-prozeduralen Ausgestaltung wie der gesetzlichen Beschränkungen nur in Einzelfällen und unter verfassungsrechtlich eng umgrenzten Extremkonstellationen etwa bei der Problematik der Verhältnismäßigkeit. Von Verfassungs wegen wird dieser Gesichtspunkt anhand des richterlichen Prüfungs- und Genehmigungsvorbehalts zwar in aller Regel aufgeworfen, die Entscheidungen reichen über eine bloße Bestimmung von Schutzzielen und -zwecken jedoch nicht hinaus. In der Gestaltungsfreiheit freigesetzt ist bezeichnenderweise nicht nur die hoffnungslos erscheinende Debatte über die Rechtsbeeinträchtigungen in der Psychiatrie und fehlender Vollzugsregelungen. Schon im Vorfeld dieses gleichsam rechtsfreien Raumes – nach dem

Grundsatz einer umfassenden staatlichen Gesundheitsvormundschaft gewillkürter Fürsorgepersonen und eines besonderen Gewaltverhältnisses der Unterbringung – schließen die vom Gericht verfügten Anordnungen einer Zwangsbegutachtung rechtliche Anfechtungsmöglichkeiten dagegen aus (vgl. BGH, FamRZ 2007, 1002 bereits zu § 68 Abs. 3 FGG).

Solange sich an der juristischen Regelung von Zwangsunterbringung, Zwangsbehandlung und Zwangsbetreuung nichts Grundsätzliches ändert, ist es ausgesprochen schwierig wenn nicht gar unmöglich, Zwang und Gewalt in der Psychiatrie zu reduzieren, zu vermeiden, zu verhindern und gar zu bestrafen.

Editorische Notiz

Der Artikel, gekürzt veröffentlicht in Psychiatrische Pflege (Bern), 1. Jg. (2016), Nr. 2, besteht aus den ausgearbeiteten Beiträgen der Autoren von ihrem Forum bei der Jahrestagung »Verrückt nach Europa – von Europa lernen« der Deutschen Gesellschaft für Soziale Psychiatrie e. V., Trier, 20. November 2015. Für die Einleitung sind Bruno Hemkendreis und Peter Lehmann verantwortlich, für die namentlich kenntlich gemachten Beiträge die einzelnen Autoren.

Autoren

Bruno Hemkendreis, Präsident der Deutschen Fachgesellschaft Psychiatrische Pflege (DFPP), Stabsgruppe Klinikentwicklung und Forschung, LWL Klinikum Gütersloh, Buxelstr. 50, 33334 Gütersloh, Email: bruno.hemkendreis@lwl.org

Peter Lehmann, Dr. phil. h.c., Dipl.-Päd., Autor und Verleger in Berlin, bis 2010 langjähriges Vorstandsmitglied des Europäischen Netzwerks von Psychiatriebetroffenen (ENUSP), www.peter-lehmann.de. Kontakt: mail@peter-lehmann.de

Eckart Wähner, Dr. phil., Dipl.-Soz., Rechtsanwalt in Berlin, www.ra-waehner.de/mainfocus.html. Kontakt: ra.waehner@berlin.de

Franz-Josef Wagner, 1. Vorsitzender des Landesverbands Psychiatrie-Erfahrene Rheinland-Pfalz e.V., Trier. Kontakt: F.J.Wagner@gmx.net

Quellen

- Amering, Michaela / Denk, Elisabeth / Griengl, Hemma / Sibitz, Ingrid / Stastny, Peter (1999): »Psychiatric wills of mental health professionals: a survey of opinions regarding advance directives in psychiatry«, in: Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, Vol. 34, Nr. 1, S. 30-34; Online-Ressource https://www.researchgate.net/publication/13217989_Psychiatric_Wills_of_Mental_Health_Professionals_A_Survey_of_Opinions_Regarding_Advance_Directives_in_Psychiatry
- Antipsychiatrieverlag (20.12.2015): »Vorausverfügungen für den Fall der Psychiatrisierung in Deutschland, Österreich und der Schweiz«; Online-Ressource https://www.peter-lehmann.de/info/voraus.htm [Stand: 21.9.2016]
- Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) (2010): »Therapeutische Maßnahmen bei aggressivem Verhalten in der Psychiatrie und

Psychotherapie«; Online-Ressource http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/038-022_S2_Therapeutische_Massnahmen_bei_aggressivem_Verhalten_in_der_Psychiatrie_und_Psychotherapie_lang_08-2009_08-2014.pdf [Stand: 19.03.2012]

- Bundesärztekammer (2013): »Stellungnahme der Zentralen Kommission zur Wahrung ethischer Grundsätze in der Medizin und ihren Grenzgebieten (Zentrale Ethikkommission) bei der Bundesärztekammer – Zwangsbehandlung bei psychischen Erkrankungen«, in: Deutsches Ärzteblatt, 110. Jg., S. A1334-A1338; Online-Ressource https://www.aerzteblatt.de/archiv/146470/Stellungnahme-der-Zentralen-Kommission-zur-Wahrung-ethischer-Grundsaetze-in-der-Medizin-und-ihren-Grenzgebieten-%28Zentrale-Ethikkommission%29-bei-der-Bundesaerztekammer-Aerztliches-Handeln-zwischen-Beruf [Stand: 23.3.2016]
- Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e.V. (DGPPN) (23.9.2014): »Achtung der Selbstbestimmung und Anwendung von Zwang bei der Behandlung von psychisch erkrankten Menschen – Eine ethische Stellungnahme der DGPPN«; Online-Ressource https://www.dgppn.de/_Resources/Persistent/fdd86d68c78a92a09295cd02b6a9f0eb6488355f/2014-11-20_DGPPN-Stellungnahme_Ethik.pdf [Stand: 23.3.2016]
- Deutsche Rentenversicherung Bund, Geschäftsbereich Press- und Öffentlichkeitsarbeit, Kommunikation (Hg.) (2012): »Tipps für Rentnerinnen und Rentner«, Broschüre Nr. 505, 10. Auflage, Berlin: DRV Bund
- Geschäftsführender Vorstand des Bundesverbands Psychiatrie-Erfahrener e.V. (GV BPE) (1995, 4.2.): Stellungnahme; Online-Ressource https://www.peter-lehmann.de/artikel/recht/pt_bv.htm [Stand: 23.3.2016]
- Hemkendreis, Bruno / Nienaber, André (2015): »Zwangsmaßnahmen in der psychiatrischen Versorgung. Eine Betrachtung aus pflegerischer Sicht«, in: Die Kerbe, 33. Jg., Nr. 2, S. 41-43
- »Kassen bitten Versicherte um Bekenntnis zur Organspende« (11.8.2015), in: Berliner Zeitung, S. 5
- Kempker, Kerstin / Lehmann, Peter (1993): »‘Nichts soll so sein wie in der Psychiatrie!’«, in: Pro Mente Sana Aktuell, Nr. 1, S. 37-38; Online-Ressource https://www.peter-lehmann.de/artikel/selbsthilfe/pdf/nichts-soll.pdf
- Kreutz, Nicole (2015): »Schmaler Grat«, in: Psych. Pflege Heute, 21. Jg., S. 303-305
- Krücke, Miriam (2007): »Vorausverfügungen – ein Schritt zur Selbsthilfe«, in: Peter Lehmann / Peter Stastny (Hg.): »Statt Psychiatrie 2«, Berlin / Eugene / Shrewsbury: Antipsychiatrieverlag, S. 99-106 (E-Book 2022) (Online-Information https://www.peter-lehmann.de/buecher/sp.htm)
- Lehmann, Peter (2014): »Möglichkeiten und Grenzen von Selbstbestimmung in der Krise – Was Psychiatriebetroffene tun können, um in psychosozialen Krisensituationen ihr Selbstbestimmungsrecht zu bewahren«, in: Psychosoziale Umschau, 29. Jg., Nr. 2, S. 45-46; Online-Ressource https://www.peter-lehmann.de/artikel/recht/pdf/krise-psu.pdf

- Lehmann, Peter (20.12.2015) »PsychPaV – Psychosoziale Patientenverfügung. Eine Vorausverfügung gemäß StGB § 223 und BGB § 1901a«; Online-Ressource https://www.peter-lehmann.de/info/pt/psychpav.htm [Stand: 14.4.2016]
- Schönke, Adolf / Schröder, Horst (1980): »Strafgesetzbuch – Kommentar«, 20. Auflage, München: C. H. Beck
- Szent-Ivanyi, Timot (3./4.3.2012): »Um eine Entscheidung wird gebeten«, in: Berliner Zeitung, S. 6
- von Hirschberg, Kathrin-Rika Freifrau / Zeh, Annett / Kähler, Björn (2009): »Gewalt und Aggression in der Pflege – Ein Kurzüberblick«, Hamburg: Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege – BGW; Online-Ressource https://www.bgw-online.de/SharedDocs/Downloads/DE/Medientypen/bgw_forschung/EP-PUGA-Gewalt-und-Aggression-in-der-Pflege-Kurzueberblick_Download.pdf?__blob=publicationFile [Stand: 23.3.2016]
- Ziegler, Laura (2014): »Vorausverfügungen für den Fall der Psychiatrisierung – Die Rechte eines Flohs«, Update der Herausgeber, in: Peter Lehmann & Peter Stastny (Hg.): »Statt Psychiatrie 2«, E-Book, Berlin / Eugene / Shrewsbury: Antipsychiatrieverlag (Online-Information https://www.peter-lehmann.de/buecher/sp-ebook.htm)