

R & P

Recht und Psychiatrie

Asmus Finzen

Zwangsmedikation: Die Psychiatrie nach den Urteilen – und davor

Entscheidungen des Bundesverfassungsgerichts und des Bundesgerichtshofes aus den Jahren 2011 und 2012 zur Zwangsmedikation haben die öffentliche Krankenhaupsychiatrie in Deutschland in eine schwierige Situation gebracht. Das hängt nicht nur mit den unmittelbaren Folgen der Gerichtsentscheidungen, sondern auch mit dem denkwürdigen Umgang vieler Kliniken in den Jahren davor zusammen. Spätestens seit den frühen neunziger Jahren konnten die Verantwortlichen wissen, dass die Zwangsmedikation bei psychisch Kranken nirgendwo gesetzlich abgesichert war. Seit der amerikanischen Debatte über das Recht auf Behandlungsverweigerung war auch abzusehen, welche Folgen die richterliche Feststellung haben würde, dass die Praxis in den Kliniken ungesetzlich ist. Dennoch unterblieb eine vorausschauende Gesetzgebung. Die vorliegende Arbeit geht den Problemen nach, die die absehbare, anscheinend aber dennoch unerwartete Rechtsprechung im psychiatrischen Alltag aufgeworfen hat, und der Art und Weise, wie die Verantwortlichen damit umgehen.

Schlüsselwörter: Zwangsbehandlung, Bundesverfassungsgericht, Bundesgerichtshof, Behandlungsverweigerung

Involuntary Medication: Germany's Psychiatry after the Decisions of the Federal Constitutional Court

Decisions of Germany's Federal Constitutional Court and Federal Court of Justice in 2011 and 2012 stopped involuntary medication in Germany's psychiatric hospitals. Psychiatric hospitals then faced difficult situations, not being able anymore to enforce antipsychotic medication. This was not just a matter of the immediate consequences of the Court rulings, but also of the dubious ways of handling involuntary medication in the years before. As soon as in the early 90ties, those responsible in psychiatric facilities and legal bodies might have known that there was no legal basis for involuntary treatment in Germany. From the debate on the »right to refuse treatment« in the US one could know the consequences of future court decisions. Nevertheless, years passed without changes in legislation. This paper scrutinizes the consequences of the foreseeable but nevertheless unexpected court rulings and looks at ways of handling these in every-day psychiatry.

Key words: *Involuntary Medication, Germany, Federal Constitutional Court, Federal Court of Justice, treatment refusal*

Herausgeber: Redaktion Recht & Psychiatrie

Redaktion: Martin Zinkler, Heidenheim (verantwortlich); Uwe Dönisch-Seidel, Düsseldorf; Heinfried Duncker, Moringen; Dirk Fabricius, Frankfurt; Heinz Kammeier, Münster; Norbert Konrad, Berlin; Wolfgang Lesting, Oldenburg; Rolf Marschner, München; Sabine Nowara, Waltrop; Friedemann Pfäfflin, Ulm; Dorothea Rzepka, Bielefeld/Frankfurt a. M.; Norbert Schalast, Essen; Herbert Steinböck, Haar; Birgit Völlm, Nottingham; Helga Wullweber, Berlin

Redaktionsanschrift: Marina Broll, An der Panne 15, 44227 Dortmund; Tel.: 0231/1505460, Fax: 0231/1505461

E-Mail: rp@psychiatrie.de

Verlag: Psychiatrie Verlag, Psychiatrie Verlag, Ursulaplatz 1, 50668 Köln
verlag@psychiatrie.de; www.psychiatrie-verlag.de

Sonderdruck

2013, 31. Jahrgang, 2. Vierteljahr, Seite 71 – 75

Recht und Psychiatrie is regularly indexed in:

Journal Citation Reports/Social Sciences Edition, Juris, Journal Citation Reports/Science Edition, KJB, PsycInfo, Science Citation Index Expanded (SciSearch)®, Social Sciences Citation Index (SSCI)®, Social Scisearch®, Scopus, EM-Care

Asmus Finzen

Zwangsmedikation: Die Psychiatrie nach den Urteilen – und davor

Entscheidungen des Bundesverfassungsgerichts und des Bundesgerichtshofes aus den Jahren 2011 und 2012 zur Zwangsmedikation haben die öffentliche Krankenhauspsychiatrie in Deutschland in eine schwierige Situation gebracht. Das hängt nicht nur mit den unmittelbaren Folgen der Gerichtsentscheidungen, sondern auch mit dem denkwürdigen Umgang vieler Kliniken in den Jahren davor zusammen. Spätestens seit den frühen neunziger Jahren konnten die Verantwortlichen wissen, dass die Zwangsmedikation bei psychisch Kranken nirgendwo gesetzlich abgesichert war. Seit der amerikanischen Debatte über das Recht auf Behandlungsverweigerung war auch abzusehen, welche Folgen die richterliche Feststellung haben würde, dass die Praxis in den Kliniken ungesetzlich ist. Dennoch unterblieb eine vorausschauende Gesetzgebung. Die vorliegende Arbeit geht den Problemen nach, die die absehbare, anscheinend aber dennoch unerwartete Rechtsprechung im psychiatrischen Alltag aufgeworfen hat, und der Art und Weise, wie die Verantwortlichen damit umgehen.

Schlüsselwörter: Zwangsbehandlung, Bundesverfassungsgericht, Bundesgerichtshof, Behandlungsverweigerung

Involuntary Medication: Germany's Psychiatry after the Decisions of the Federal Constitutional Court

Decisions of Germany's Federal Constitutional Court and Federal Court of Justice in 2011 and 2012 stopped involuntary medication in Germany's psychiatric hospitals. Psychiatric hospitals then faced difficult situations, not being able anymore to enforce anti-psychotic medication. This was not just a matter of the immediate consequences of the Court rulings, but also of the dubious ways of handling involuntary medication in the years before. As soon as in the early 90ties, those responsible in psychiatric facilities and legal bodies might have known that there was no legal basis for involuntary treatment in Germany. From the debate on the »right to refuse treatment« in the US one could know the consequences of future court decisions. Nevertheless, years passed without changes in legislation. This paper scrutinizes the consequences of the foreseeable but nevertheless unexpected court rulings and looks at ways of handling these in every-day psychiatry.

Key words: Involuntary Medication, Germany, Federal Constitutional Court, Federal Court of Justice, treatment refusal

Die etablierte deutsche Psychiatrie wurde von den Entscheidungen des Bundesverfassungsgerichts aus dem Jahr 2011 (R&P 2011, 168 und R&P 2012, 31) und des Bundesgerichtshofs aus dem Jahr 2012 (R&P 2012, 206) gleichsam kalt erwischt. Das ist umso erstaunlicher, als es Anfang der Neunzigerjahre im Gefolge der amerikanischen Debatte um das Recht auf Behandlungsverweigerung auch in Deutschland heftige Auseinandersetzungen um die Zwangsbehandlung und die Möglichkeiten einer gewaltfreien Psychiatrie gegeben hat. Ich habe damals recht optimistisch eine entsprechende Entwicklung in Deutschland kommentiert: »Das Recht auf Behandlungsverweigerung ist überall sonst (in der Medizin) unbestritten. Ohne Zweifel wird es in der Zukunft auch in der Psychiatrie in weit höherem Maße respektiert werden, als dies noch vor wenigen Jahren der Fall gewesen ist.« (FINZEN 1993; vgl. FINZEN 1991). Das war falsch.

Obwohl die damalige Debatte zeigte, dass die Zwangsbehandlung mit Medikamenten in keinem der Landespsychiatriegesetze geregelt war, setzten die Verantwortlichen auf die Devise: Wer gegen seinen Willen eingewiesen ist, darf auch gegen seinen Willen behandelt werden. Es kann nur verwundern, dass es noch einmal zwei Jahrzehnte gedauert hat, bis das Bundesverfassungsgericht diesem permanenten Unrechtszustand

ein Ende gesetzt hat. Es verwundert weniger, dass dies auf dem Wege über den Maßregelvollzug erfolgte, der traditionell einer strengeren Kontrolle durch die Justiz unterliegt als die allgemeine psychiatrische Behandlung. Weniger erstaunlich war die Reaktion der offiziellen Krankenhauspsychiatrie und ihrer Verbände, insbesondere der DGPPN.

In ihrer ersten Stellungnahme vom 23. Januar 2012 erklärte diese: »Durch das Verbot der Behandlung ohne oder gegen den Willen des Menschen werden die Ärzte gezwungen, behandelbaren Menschen wirksame Hilfe vorzuenthalten; gestützt auf das Selbstbestimmungsrecht psychisch kranke Menschen einem eigengesetzlich verlaufenden Krankheits- und Sozialschicksal zu überlassen; Ärzte in einen strafbedrohten Konflikt zwischen unterlassener Hilfeleistung rechtswidriger Zwangsbehandlung gestellt; und gezwungen, sich mit behandelbaren und aufgrund der psychischen Störung gewalttätigen Menschen körperlich auseinanderzusetzen.« (DGPPN 2012 a) Die Stellungnahme gipfelt in dem Vorwurf, die Urteile seien »zynisch«. In der Hitze der Auseinandersetzung ging unter, dass eine wenig kritische Alltagspraxis in manchen psychiatrischen Krankenhäusern und der willkürliche Umgang mit der Zwangsbehandlung, nicht nur in Einzelfällen, solche Urteile geradezu herausgefordert haben.

Alles schon einmal da gewesen

Die Analogie zu der Entwicklung in den USA in den 80er-Jahren drängt sich auf. Auch dort herrschte nach den Bundesgerichtsurteilen helle Empörung. Diese gipfelte in der Vorhersage, die Kranken würden nun zwar ihr Recht bekommen. Aber sie würden daran zugrunde gehen («Rotten with their Rights on», GUTHEIL 1980). In einer scharfsinnigen Analyse zeigte D. A. BROOKS 1986 in der renommierten »Rutgers Law Review« dagegen, »wie die defensive Haltung vieler Psychiater aufgeweckte Juristen geradezu provozierte, sie auszuhebeln und in Schadenersatzprozessen zur Kasse zu bitten. Die Bundesgerichtsurteile, die das Recht der psychisch Kranken auf Behandlungsverweigerung stützen, rügen vielfältige Mängel in der Praxis der Psychopharmakotherapie: Ärzte gaben routinemäßig Blanko-Anordnungen, obwohl dies untersagt war. Ärzte unterließen die Dokumentation von Nebenwirkungen, obwohl dies vorgeschrieben war. Ärzte übten unzulässigen Druck auf Patienten aus, die keine Medikamente einnehmen wollten. ... Diese vom Gericht vorgetragene Mängelliste soll nicht unterstellen, dass solche Zustände häufig oder sogar die Regel sind. Aber sie macht deutlich, dass manche Urteile nie zustande gekommen wären, wenn die beklagten Krankenhäuser eine solide, seriöse und fundierte Psychopharmakotherapie betrieben hätten« (eig. Übersetzung zit nach FINZEN 1993; vgl. APPELBAUM 1994; GELMAN 1999).

Tatsächlich waren die Ergebnisse von Untersuchungen, bei denen die Patienten in der Klinik mit allen Konsequenzen die Wahl hatten, einer Behandlung mit Medikamenten zuzustimmen oder sie zu verweigern, geeignet, einen nüchterneren Umgang mit den Problemen zu befördern. In einem Dutzend dieser Studien betrug die konkrete Verweigerungsrate zwischen 0,4 % und 15 %. Bei der Hälfte lag sie bei unter 5 %, lediglich bei einer über 10 % (APPELBAUM 1994). Am aussagekräftigsten war die prospektive Untersuchung von HOGE und Mitarbeitern (1990), in der fast 1500 Kranke bei Beginn der Behandlung befragt und den gesamten Klinikaufenthalt hindurch begleitet wurden. 7,5 % von ihnen verweigerten die Behandlung mit Psychopharmaka über mehr als 24 Stunden.

Die Wissenschaftler begnügten sich damals nicht mit diesem Erstbefund. Sie interessierten sich vielmehr für das weitere Schicksal der 103 Behandlungsverweigerer: Die Hälfte von ihnen entschloss sich später doch noch, einer Behandlung zuzustimmen. Bei der anderen Hälfte waren sich die Therapeuten am Ende nicht mehr so sicher, ob sie wirklich Medikamente gebraucht hätten. (Natürlich sind solche Ergebnisse mit Vorsicht zu betrachten, da nicht klar ist, ob und welche Druckmittel eingesetzt wurden.) Auch die Prophezeiungen, das Recht auf Behandlungsverweigerung werde zu einem gewaltigen Anstieg von Gewalt und Zwangsmaßnahmen führen, trafen nicht ein. Alles in allem wurde deutlich, dass die mit der neuen Rechtsprechung verbundenen Probleme konstruktiv bewältigt werden konnten und dass damit die Entwicklung zu einer menschenfreundlicheren Psychiatrie begünstigt wurde. Auf diesem Hintergrund öffnet sich für uns ein weites Feld.

Vergleichbare Untersuchungen in Deutschland fehlen. In einer Schweizer Klinik haben wir im Gefolge der amerikanischen Entwicklung schon früh eine entsprechende Studie durchgeführt. Damals verweigerten dort 5 % der Betroffenen vorübergehend die Medikation – fast ausschließlich Menschen mit

manischen oder schizophrenen psychotischen Episoden (FINZEN et al. 1994). Nachdem wir auf der Grundlage unserer Ergebnisse Maßnahmen ergriffen und an der Erarbeitung eines entsprechenden kantonalen Gesetzes mitarbeiteten, sank die Rate drastisch. Da der Anteil von psychosekranken Patienten an den Aufnahmen in psychiatrischen Krankenhäusern in den vergangenen 20 Jahren sehr stark gesunken ist, ist heute in Deutschland mit einer noch niedrigeren Rate zu rechnen.

Analogie unzulässig?

Angesichts meines Rückgriffs auf die amerikanische Rechtsprechung der 80er-Jahre und die Rügen der dortigen Gerichte höre ich schon den empörten Aufschrei mancher Kollegen: das sei doch nicht vergleichbar. Wirklich nicht?

Die erste Stellungnahme unserer Fachgesellschaft missinterpretiert aus meiner Sicht den Tenor der Verfassungsgerichtsentscheidungen: das Verfassungsgericht verbietet nicht; es legitimiert; und es setzt Grenzen – zugegebenermaßen enge Grenzen. Wir haben also jeden Grund zur Erleichterung. Erstmals hat das oberste Gericht des Landes die Voraussetzungen für die längst fällige gesetzliche Regelung einer Behandlung geschaffen, die wir in unseren Reden als Ausnahme bezeichnen und die keiner von uns ohne Prüfung der inhaltlichen Voraussetzungen und des eigenen Gewissens anordnen und durchführen sollte. So ähnlich ist das auch in der zweiten Stellungnahme der DGPPN vom Oktober (DGPPN 2012 b) nachzulesen.

Das eigentliche Problem besteht in der Diskrepanz zwischen den feierlichen Erklärungen und der Alltagsrealität, die von manchen Kollegen nur begrenzt wahrgenommen wird. Es kann kein Zufall sein, dass drei der sechs Leitsätze des Verfassungsgerichts zur Zwangsmedikation das Verfahren betreffen:

- II »Zum Schutze der Grundrechte des Untergebrachten sind besondere verfahrensmäßige Sicherungen geboten.
- II Die wesentlichen Voraussetzungen für die Zulässigkeit einer Zwangsbehandlung bedürfen klarer und bestimmter gesetzlicher Regelung.
- II Dies gilt auch für die Anforderungen an das Verfahren.«

Damit greift das Bundesverfassungsgericht in das ein, was es 30 Jahre vorher im Zusammenhang mit der Zwangsunterbringung die »Vernunftthoheit des Arztes« genannt hat, die vom zuständigen Richter zu prüfen sei (BVerfG NJW 1982, 691). Konkret heißt das: mit der Regelung des Verfahrens greifen Gerichte und Gesetzgeber unmittelbar in die Entscheidungs- und Handlungsabläufe der Kliniken ein; und das wird von nicht wenigen Ärzten als illegitim empfunden, weil für viele von ihnen immer noch gilt: »Doctor knows best.«

Recht auf Behandlung

Was das im Einzelnen bedeutet, habe ich für mich persönlich vor Jahrzehnten im Kreise englischer Kollegen durchdekliniert. Seit damals bin ich überzeugt, dass »ich ein *Recht* darauf habe, gegen meinen Willen behandelt zu werden, wenn ich durch eine Krankheit meinen Verstand verliere«. Diese Überzeugung, die ich 1969 vom Londoner Sozialpsychiater Jim BIRLEY übernommen habe, ist seither für mich ein Leitgedanke bei allen

Auseinandersetzungen über die Zwangsbehandlung: Ich will das so für mich; also muss ich bedenken, ob andere, die sich wegen psychischer Krankheit nicht qualifiziert äußern können, das nicht möglicherweise auch wollen.

Aber ich will das nicht ohne Vorbedingungen: Ich erwarte, dass der verantwortliche Therapeut mich gründlich untersucht, wenn möglich eine Diagnose stellt; abklärt, ob ich wirklich urteilsunfähig bin; mir seine Ergebnisse und seine Schlussfolgerungen mitteilt; mich gründlich aufklärt; mir seinen Behandlungsplan und die möglichen Alternativen vorschlägt; mich zu überzeugen versucht, wenn ich zögere; und mit mir verhandelt, wenn ich ablehne. Ich erwarte auch, dass er mein Zögern als therapeutische Herausforderung begreift – und nicht als Störung des Betriebsablaufes. Ich erwarte auch, dass er zu alledem qualifiziert ist. Und ich will, dass er meine nächsten Angehörigen einbezieht und einer von mir bevollmächtigten Person uneingeschränkte Akteneinsicht gewährt.

Ich erwarte, dass er sich Zeit nimmt und mir Bedenkzeit lässt, und dass er Alternativvorschläge meinerseits prüft und akzeptiert, wenn sie gangbar sind. Ich erwarte, dass er sich gründlich davon überzeugt – und sich beraten lässt –, dass es wirklich das letzte Mittel ist, wenn er Zwang und Gewalt einsetzt. Und ich erwarte, dass er alles dies nachvollziehbar dokumentiert – und dass er meinem durch meine Patientenverfügung bevollmächtigten Vertreter jederzeit Einsicht in die Krankenakte gewährt. Ich gebe zu, das ist eine ganze Menge. Aber das ist nicht unbillig. Vor allem ist es mein Recht!

Man mag denken, dies alles sei doch selbstverständlich. Aber das ist es nicht. Und vor allem weil es in allzu vielen Krankenhäusern nicht selbstverständlicher Bestandteil der therapeutischen Kultur ist, werden die Gerichtsentscheidungen von vielen Psychiatrie-Verantwortlichen als unbillige Zumutungen empfunden, gegen die es sich zu wehren gelte. Leider höre ich von Angehörigen und Betroffenen immer wieder von Vorfällen vor allem im Zusammenhang mit der Aufnahme, die nicht geeignet sind, das Vertrauen von Betroffenen und Mitbetroffenen – und damit auch der Öffentlichkeit – in die Psychiatrie zu stärken.

Ich will an drei Beispielen aus jüngerer Zeit darstellen, wie es auch sein kann:

Willkür – leider keine Ausnahme?

A. B., Lehrerin, 45 Jahre alt, berichtet Folgendes: Obwohl es ihr überwiegend recht gut gehe, sei sie in den vergangenen Jahren wegen psychotischer Episoden mehrfach in stationärer psychiatrischer Behandlung gewesen. Sie habe deswegen mit ihrer regionalen psychiatrischen Klinik eine Behandlungsvereinbarung getroffen und damit gute Erfahrungen gemacht. Speziell die Medikation habe ihr Sorgen bereitet, weil sie auf ein bestimmtes Medikament, ein Neuroleptikum, mit schweren ungewöhnlichen Nebenwirkungen reagiert habe, während sie ein anderes ähnlich wirksames gut vertrage. Dies sei in der Behandlungsvereinbarung niedergelegt und immer beachtet worden. Vor Kurzem sei sie im Urlaub erkrankt. Sie habe sich – freiwillig – in die nächstgelegene Klinik begeben. Bei der Aufnahme habe sie auf die Unverträglichkeit und auf die Vereinbarung mit der anderen Klinik hingewiesen. Der Aufnahmearzt habe ihr erklärt, die Behandlungsvereinbarung interessiere ihn

nicht, und darauf bestanden, dass sie genau dieses Medikament einnehme. Als sie sich geweigert habe, habe er ihr dieses gegen ihren Willen und unter Gewaltandrohung injizieren lassen – mit den vorhersehbaren negativen Auswirkungen.

B. G.: Die Eltern des 21-jährigen jungen Mannes berichten über ihren Sohn, der bereits mehrere Klinikaufenthalte hinter sich hatte, die ersten freiwillig, die späteren, auch wegen negativer Erfahrungen, gegen seinen Willen. Über die letzte Einweisung berichten sie: »Im Frühjahr 2011 kam es durch unser Handeln zu einer Zwangseinweisung. Unser Sohn wurde dann in der Klinik (noch bei der Aufnahme) auch zwangsmedikamentiert. Er war bereit, freiwillig 10 mg Abilify zu nehmen. Der behandelnde Arzt bestand auf 30 mg. Die Dosis wurde dann unter Mithilfe der Polizei verabreicht. Die Möglichkeit, Sport zu treiben, wurde aufgrund seiner Noncompliance verwehrt. In den sechs Wochen Aufenthalt (mit richterlichem Beschluss) gab es nur Ergotherapie. Im Nachhinein haben wir sehr mit uns gerungen, ob unsere Entscheidung, ihn einweisen zu lassen, richtig war.«

C. H.: Eine junge Frau leidet seit ihrem 20. Lebensjahr an einer Psychose. Nach einer ersten Klinik- und Tagesklinikbehandlung geht es ihr unter psychiatrisch-psychotherapeutischer Nachbehandlung gut. Sie hat zwar einzelne Restsymptome. Aber sie kann unter konventioneller Medikation gut damit umgehen. Sie schließt eine anspruchsvolle kaufmännische Ausbildung ab und entschließt sich nach einigem Zögern zu einem Studium im Bereich der Geisteswissenschaften. Kurz vor dessen Abschluss kommt es zu einer schweren Dekompensation, nachdem sie auf vielseitigen Rat vom bewährten konventionellen Neuroleptikum auf ein Antipsychotikum der zweiten Generation umgestellt wird. Sie wird in die örtliche Universitätsklinik eingewiesen. Die Behandlung gestaltet sich schwierig, wie sie selbst berichtet. Sie fühlt sich gegängelt, protestiert gegen bestimmte Stationsregeln und wird eines Abends ohne für sie erkennbare ärztliche Mitwirkung in eine Isolierzelle gesperrt. Sie findet das ungerecht; aber sie sagt, damit könne sie leben. Aber dass sie in der Nacht auf den Boden habe urinieren müssen, weil niemand auf ihr Klingeln reagiert habe, sei entwürdigend und demütigend gewesen. Dieses Erlebnis bereite ihr jetzt, zehn Jahre danach, immer noch Alpträume.

Nicht glaubwürdig?

Manche Fachkollegen halten mir zwei Dinge entgegen:

- || solche Geschichten von psychisch Kranken müssen nicht glaubwürdig sein;
- || solche Vorkommnisse sind absolute Ausnahmen.

Zur Glaubwürdigkeit Folgendes: Die beiden Frauen kenne ich aus dem privaten bzw. beruflichen Umkreis gut bis sehr gut. Beide haben gelernt, konstruktiv und erfolgreich mit ihrer Krankheit umzugehen; beide nehmen übrigens auch Medikamente, weil es ihnen damit besser geht als ohne. Mit den Eltern des jungen Mannes führe ich seit Monaten einen Briefwechsel, in dem es im Wesentlichen um ihre Schuldgefühle geht. Ich bin überzeugt davon, dass sie das, was sie berichten, auch so erlebt haben und dass sie keineswegs übertreiben.

Sind das seltene Ausnahmefälle? Ganz bestimmt nicht. Dazu drei Vorkommnisse in meiner Familie, die sich in jüngerer

Vergangenheit innerhalb des Jahres zugetragen haben. Drei Angehörige aus drei Generationen mussten neben ihren schweren Krankheiten in unterschiedlichen Kliniken – Neurologie, Chirurgie und Psychiatrie in zwei Ländern – Gewalt und Willkür hinnehmen. – Offenbar ist das kein Privileg der Psychiatrie! – Keiner von den dreien war zum Zeitpunkt der Vorfälle in ihrer Urteils- und Willensfähigkeit beeinträchtigt. Alle drei wehrten sich vehement gegen Interventionen meinerseits. Sie fürchteten Nachteile bei eventuell notwendigen späteren Behandlungen. Das beobachte ich im Übrigen immer wieder, wenn ich bei Angehörigen-, Betroffenen- und trialogischen Veranstaltungen Berichte über solche Geschehnisse höre.

Schutz der Kranken, Rechtssicherheit für Therapeuten

Alles, was ich hier berichtet habe, war auch vor den Urteilen des Bundesverfassungsgerichtes illegal oder doch rechtlich höchst zweifelhaft. Dennoch war ich entlastet, als ich die Urteile durchgearbeitet hatte. Und offenbar habe ich sie anders gelesen als meine Fachgesellschaft. Ich habe darin kein Verbot der Zwangsbehandlung gesehen, sondern im Gegenteil eine Legitimierung innerhalb enger Grenzen. Mehr ist bei Grundrechtsverletzungen nicht drin. Die Urteile schützen die Kranken. Anders als die Fachgesellschaft das interpretiert, schützen sie aber auch die Therapeuten, wenn sie sich an diese Grenzen halten.

Ich kann auch sehr gut verstehen, dass das Verfassungsgericht keine Übergangsfristen für neue gesetzliche Regelungen zugelassen hat. Allzu oft haben die Gesetzgeber solche als Vorwände für Verzögerungen aller Art genutzt.

Ich glaube auch nicht, dass daraus Schaden für die Kranken erwachsen wird. Für den akuten unaufschiebbaren Notfall hat das Gericht immerhin eine Tür offen gelassen.

Ich räume ein, dass die Zwangsbehandlung nach der neuen Rechtslage ein vermintes Feld ist. (Das war sie m. E. auch vorher.) Wir sollten dankbar dafür sein, dass endlich Rechtssicherheit für die Patienten und die Behandelnden in Aussicht ist. Dass die Psychiatrie darauf reagiert, als sei der Fuchs in den Hühnerstall eingedrungen, lässt sich aus meiner Sicht nur mit einer verirrten therapeutischen Kultur erklären, die die ärztliche Perspektive und das Wohl des Kranken gleichsetzt (»Doctor knows best«) und die schon früher geltenden gesetzlichen Grenzen nicht ganz selten »leger« gehandhabt hat – »zum Wohle der Kranken«.

Die allgemeine Aufregung ist allerdings ziemlich hoch aufgehängt und emotional überhöht. Die erste Stellungnahme der DGPPN erweckt den Eindruck, als sei vor dem Urteil des Verfassungsgerichtes alles in Ordnung gewesen. Die Art des Umgangs mit dem Urteil irritiert zudem, weil es behandelt wird, als handele es sich dabei um eine mehr oder weniger verbindliche Meinungsäußerung und nicht um die Rahmenbedingungen für die künftige Gesetzgebung. Im Übrigen ist die Aufregung künstlich, wenn man sich bewusst macht, dass wir es mit einer nachgeholtten Debatte zu tun haben: Wir hätten es wissen müssen! Aus der amerikanischen »Right-to-Refuse-Treatment-Bewegung« der 70er- und 80er-Jahre des vergangenen Jahrhunderts sind alle Argumente von heute bekannt. Die

Aufregung und die Empörung der etablierten Psychiatrie desgleichen. Zwar lösten sich die Probleme der amerikanischen Psychiatrie nicht in Wohlgefallen auf. Aber die Wirklichkeit entbehrte jeder Dramatik.

Trotzdem sind die Stimmen aus der deutschen psychiatrischen Krankenhausszene im Tenor der ersten Stellungnahme der DGPPN alarmierend. Lediglich die des Heidenheimer Chefarztes Martin ZINKLER weicht wohltuend ab. ZINKLER hat die Herausforderung angenommen und nach konstruktiven Wegen des Umgangs mit der neuen Rechtslage gesucht. Er hat versucht, eine neue Zwang reduzierende therapeutische Kultur zu entwickeln und meldet überraschende Erfolge (ZINKLER 2013). Es ist zu erwarten, dass einzelne andere bald folgen werden und wieder andere versuchen, das Beste aus der Situation zu machen, ohne sich zu Wort zu melden. Aber die Mehrheit wird wohl eine andere Haltung vertreten: Die Urteile des Bundesverfassungsgerichts und des Bundesgerichtshofs verhindern eine wirksamere menschliche Behandlung (in Form von Zwangsbehandlung). Sie schaden den Kranken, bedrohen die Therapeuten durch strafrechtliche Verfolgung und aggressive Handlungen von Kranken.

Auf dem Wege zu einer zeitgemäßen therapeutischen Kultur stecken geblieben?

Wenn man die neuere Psychiatriegeschichte betrachtet, ist das wenig verwunderlich. Die Psychiatrie wurde im Gefolge der Psychiatrie-Enquete genötigt, sich in wenigen Jahren von einer Verwahrpsychiatrie zu einer therapeutischen und rehabilitativen Psychiatrie zu entwickeln – von einer Anstaltskultur, in der alle Macht aufseiten der Institution und ihrer Mitarbeiter war, zu einer modernen therapeutischen Kultur mit gegenseitigem Respekt und der Bereitschaft, über die Behandlung zu verhandeln. In den zahlreichen neu gegründeten psychiatrischen Abteilungen und allgemeinen Krankenhäusern mag das nicht als größeres Problem erschienen sein. In den alten Anstalten, in denen bereits die Eltern und Großeltern in früheren Jahrzehnten als »Herren der Klinik« (HEMPRICH & KISKER 1968) gewirkt hatten, erwies sich das als schwierig. Es bedurfte ausdauernder Überzeugungsarbeit, jahrzehntelanger Einstimmung und tief greifender »Reedukation«, bis auch dem Letzten klar wurde, dass aus Insassen Menschen geworden waren. Und das war nicht immer erfolgreich.

Insbesondere auf manchen akuten geschlossenen Abteilungen wird auch heute immer wieder die Machfrage gestellt und autoritär geklärt, wenn eigentlich Verhandlung, Gespräch und vertrauensvolle Beziehungen notwendig wären. Ich habe in meiner klinischen Laufbahn mehrfach solche Abteilungen aufgelöst, nachdem alle Versuche, zu patientenverträglichen Lösungen zu finden, gescheitert waren. Ich bin überzeugt, dass es solche Reste der alten Klinikkultur in manchen Einrichtungen immer noch gibt – zum Teil ohne dass die Verantwortlichen davon wissen. Besonders anfällig für solche rückwärtsgewandten Zuspitzungen sind Akut-Aufnahmestationen. Insbesondere außerhalb der regulären Arbeitszeit, wenn oft wenig erfahrene Ärzte den Bereitschaftsdienst versehen und Entscheidungen treffen müssen, die nach den Landesunterbringungsgesetzen (zum Beispiel NRW) eigentlich den Chefarzten vorbehalten sind, wächst der Druck, die Stationsinteressen – Ruhe und Ordnung – vor die Interessen der Kranken zu stellen.

Was ist zu tun?

Es besteht überhaupt kein Zweifel, dass die Verantwortlichen in Kliniken sich in einer schwierigen Lage befinden. Das Argument, man hätte seit langen Jahren darauf drängen müssen, die Behandlung gegen den Willen auf eine solide rechtliche Grundlage zu stellen, hilft in der akuten Situation weder dem Arzt noch dem Patienten. Dennoch können die Betroffenen etwas tun, um die Situation zu entschärfen – zumindest wenn sie zu konstruktiven Ansätzen bereit sind. So kann man die therapeutische Kultur der eigenen Institution überprüfen, um Situationen zu vermeiden, die Gewalt herausfordern. Man kann und muss verstärkt mit den Kranken über ihre Behandlung verhandeln. Man kann und muss sich dabei Zeit lassen. Sofortlösungen in der akuten Ausnahmesituation dürfen weder Behandlungs- noch Verhandlungsziel sein. Wenn man sich so verhält, muss man sichere Rückzugsorte für jene Patienten bereitstellen, mit denen man sich noch nicht auf einen gemeinsamen Weg geeinigt hat. Das kann im Einzelfall auch Isolierung bedeuten, die man eigentlich vermeiden will.

Jenseits solcher Vorgehensweisen, die eigentlich Selbstverständlichkeiten sind, gilt es, die Vorgehensweise der Klinik in solchen Situationen zu regeln – und zwar unabhängig von den ausstehenden gesetzlichen Regelungen: Auch die Verfahrensregeln müssen »klar und bestimmt« sein, sagt das Bundesverfassungsgericht. Das ist eigentlich eine Banalität. Wenn es um die Anwendung von Zwang gegenüber Kranken geht, denen man ja helfen will, geht das nicht ohne Regeln.

Dazu gehören

- II Festschreibung der Verantwortlichkeit auf eine Person (den Chefarzt oder eine von ihm benannte Person),
- II Klärung der Voraussetzungen wie Indikationenkatalog für Behandlung und – getrennt – für die *Notwendigkeit* einer Behandlung gegen den Willen,
- II Abwägung von Verhältnismäßigkeit und Erfolgchancen,
- II Festlegung von Entscheidungsbefugnissen (Facharzt) und Entscheidungsabläufen,
- II gründliche Aufklärung und Begründung, ggf. wiederholt, Verhandlung mit dem Kranken, Versuche der Überzeugung, ggf. wiederholt,
- II Berücksichtigung von Patientenauskünften hinsichtlich von Vorerfahrungen mit einzelnen Medikamenten,
- II Ankündigung der geplanten Maßnahme,
- II Information über Beschwerdemöglichkeiten,
- II Regelung der Durchführungsabläufe,
- II Monitoring von Nebenwirkungen und des Erfolges der Intervention,
- II zeitliche Begrenzung, Abbruch bei ausbleibender positiver Wirkung,
- II beschwerdefeste Dokumentation der Abläufe und Begründungen,
- II Überprüfung durch den Chefarzt oder seinen Vertreter,
- II Akteneinsichtsrecht durch den Kranken oder seinen Bevollmächtigten,
- II Einsetzung einer Beschwerdeinstanz mit Entscheidungsbefugnis, die *zeitnah* entscheidet.

Das mag aufwendig erscheinen. Aber unter dem Gesichtspunkt, dass es sich laut Bundesverfassungsgericht »bei der medizinischen Zwangsbehandlung eines Untergebrachten mit Neuroleptika ... um einen besonders schwerwiegenden

Grundrechtseingriff« handelt, ist es angemessen. Eine solche Vorgehensweise kann im Übrigen dazu beitragen zu klären, ob und wann eine solche Notlage vorliegt, dass ein Notstand auf der Grundlage des § 34 StGB in Erwägung zu ziehen ist.

Offen ist vorerst, was die rasche Neuregelung der Zwangsbehandlung im Betreuungsgesetz vom 26.02.2013 bringt. Aus meiner Sicht ist es in der Sprache wenig präzise, teilweise sogar diffus. Es ist zu befürchten, dass damit alles beim Alten bleibt. Solange die Psychiatriegesetze der Länder nicht novelliert sind, besteht zudem die Gefahr, dass die psychiatrischen Kliniken versuchen werden, Zwangsbehandlungen künftig über Betreuungen zu legitimieren.

Literatur

- APPELBAUM PS (1994) *Almost a Revolution*. New York, Oxford: Oxford University Press
- BROOKS DA (1986) *The Right to Refuse Antipsychotic Medications: Law and Policy*. In: *Rutgers Law Review* 1: 339–376
- DGPPN (2012 a) *Zum Urteil des Bundesverfassungsgerichts vom 23.3.2011 zur Zwangsbehandlung im Maßregelvollzug*. Stellungnahme der DGPPN. In: *Nervenarzt* 83: 259–264
- DGPPN (2012 b) *Memorandum zur Autonomie und Selbstbestimmung von Menschen mit psychischen Störungen*. In: *Nervenarzt* 83: 1491–1493
- FINZEN A (1991) *Zwischen Hilfe und Gewalt. Fürsorgerischer Freiheitsentzug und Patientenrechte*. In: *NZZ Zeitfragen*, 69, 23.3.1991
- FINZEN A (1993) *Zwangsbehandlung mit Psychopharmaka? Das Recht auf Verweigerung der Therapie*. In: *FAZ* 208, N2, 8.9.1993
- FINZEN A, HAUG HJ, BECK A (1994) *Hilfe wider Willen. Zwangsmedikation im psychiatrischen Alltag*. Bonn: Psychiatrie Verlag
- GELMAN S (1999) *Medicating Schizophrenia. A History*. New Brunswick, London: Rutgers University Press
- GUTHEIL TG (1980) *In Search of true Freedom: Drug Refusal, Involuntary Medication, and »Rotting with their Rights on«*. In: *American Journal of Psychiatry* 137: 327–328
- HEMPRICH RD, KISKER KP (1968) *Die »Herren der Klinik« und die Patienten*. In: *Nervenarzt* 39: 433–441
- HOGUE SK, APPELBAUM PS, LAWLOR T, BECK JC, LITMAN R, GREER A, GUTHEIL TG, KAPLAN E (1990) *A Prospective Multicenter Study of Patients' Refusal of Antipsychotic Medication*. In: *Archives of General Psychiatry* 47: 949–956
- ZINKLER M (2013) *Offener Brief zur Neuregelung der Zwangsbehandlung im Betreuungsrecht*. In: *Psychosoziale Umschau* 28: 24

Anschrift des Verfassers

Stephanstr. 61
10559 Berlin
asmus.finzen@vtxmail.ch