



Psychiatrie ohne Zwang – was ist das?

Dokumentation einer Tagung



DIE LINKE.
in der Landschaftsversammlung Rheinland
in der Landschaftsversammlung Westfalen-Lippe

Inhalt

Vorwort von Dr. Burkhard Wiebel (Die Linke im LWL)	3
Die Arbeit der Besuchskommission nach PsychKG Vortrag von Dr. Reinhild Böhme (Bundesverband Psychiatrie-Erfahrener e.V. und Mitglied der Besuchskommission nach PsychKG):	9
Der Zwangsmedikationsbeschluss des Bundesverfassungsgerichts Vortrag von Dr. David Schneider-Addae-Mensah (Vertreter der Kläger beim Karlsruher Prozess zur Zwangsbehandlung):	13
Neue Wege psychiatrischen Handelns – Workshop	18
Chancen Alternativer Behandlungsmethoden Workshop und Vortrag von Piet Westdijk (praktizierender Psychiater in Basel)	20
Mothers little Helpers – die Medikalisierung der Gesellschaft und Möglichkeiten des Widerstands Vortrag von Kathrin Vogler (MdB, stellvertretende Vorsitzende Gesundheitsausschuss)	25
Die Lage der Psychiatrie – Entwicklung seit dem Foucault-Tribunal von 1998 Vortrag von Prof. Dr. Wolf-Dieter Narr (Politikwissenschaftler)	29
BRD-Kinderpsychiatrie in der NS-Kontinuität Workshop mit Burkhard Wiebel (Die Linke im LWL) und Rolf Decker (Antragsteller einer Petition im Deutschen Bundestag)	35
Kommentar von Matthias Seibt (BPE)	36
Anhang: Nützliche Links und Adressen	38
Titelbild: Entstanden in Kreativ-Workshops mit Patientinnen und Patienten unter Anleitung von Klaus Kammerichs (Fotografie und Eva Weissweiler (Wort).	

Impressum

DIE LINKE. Fraktion in der Landschaftsversammlung Rheinland

Landeshaus C 405-409, Kennedy-Ufer 2, 50679 Köln, Tel. 0221/ 809-7661,
Mail: die.linke@lvr.de

DIE LINKE. Fraktion in der Landschaftsversammlung Westfalen-Lippe

Freiherr-vom-Stein-Platz 1, 48133 Münster, Tel. 0251/ 591-5303,
Mail: dielinke@lwl.org

August 2014

V.i.S.d.P.: Dr. Burkhard Wiebel

Redaktion: Doris Petras, Daniela Glagla, Stefan Müller

Gestaltung und Layout: GNN-Verlag mbH, Venloer Str. 440, 50825 Köln

Vorwort

Durch das Urteil des Bundesverfassungsgerichts zum Zwang in der Psychiatrie vom März 2011 wurde ein Zwangssystem in unserer Gesellschaft, dessen Wurzeln bis zum vorletzten Jahrhundert zu verfolgen sind, frontal angegriffen. Die Reaktion in den psychiatrischen Institutionen war zunächst Schweigen und dann die Entwicklung juristischer Konstruktionen mit dem Ziel des Erhalts der bisherigen Strukturen. Ein halbes Jahr später war die Zwangsbehandlung von psychisch Kranken in Notfällen jedoch wieder möglich, denn der Bundestag hatte am 17.01.2013 mit großer Mehrheit einen entsprechenden Gesetzentwurf von Union und FDP gebilligt. Damit wird Ärztinnen und Ärzten grundsätzlich erlaubt, psychisch kranke und geistig behinderte Menschen in Notsituationen auch gegen ihren Willen zu behandeln. Wir, die Fraktionen Die Linke im Landschaftsverband Rheinland und im Landschaftsverband Westfalen-Lippe (LVR und LWL) und der Allgemeine Studierendenausschuss (AStA) der Universität Duisburg-Essen in Kooperation mit dem Landesverband Psychiatrie-Erfahrener NRW (LPE), der Rosa-Luxemburg-Stiftung NRW und der Sozialistischen Selbsthilfe Mülheim nahmen dies zum Anlass, für den 22./23. November 2013 zu einer Konferenz mit dem Thema „Psychiatrie ohne Zwang – Was ist das?“ an die Universität in Essen einzuladen.

Wir konnten mit dem Politologen Prof. Dr. Wolf-Dieter Narr einen der Initiatoren des Foucault-Tribunals einladen, das vor 16 Jahren in Berlin stattfand und zu einem Sinnbild des Widerstands gegen das Zwangssystem Psychiatrie geworden ist. Wir hatten mit Prof. Dr. Narr ein Seminar zum Thema „Die Lage der Psychiatrie – Entwicklung des psychiatrischen Zwangs seit dem Foucault-Tribunal von 1998“ vereinbart. Aufgrund eines von uns zu verantwortenden organisatorischen Fehlers kam es nicht zur Durchführung dieses Seminars. Wir bedauern dies sehr. Wir haben uns dann sehr gefreut, als Prof. Dr. Narr uns für diese Dokumentation ein längeres Manuskript zur Verfügung stellte, sogar versehen mit seiner Email-Adresse für Interessierte, die mit ihm über seine Forschungsergebnisse korrespondieren möchten. Als einen weiteren Referenten konnten wir Dr. David Schneider-Addae-Mensah, den Vertreter der Kläger vor dem Bundesverfassungsgericht gegen Zwangsbehandlung, gewinnen. Zum Thema „Ethische und juristische Grundlagen psychiatrischen Handelns“ referierte Dr. Tanja Henking vom Institut



Veranstalter

Bpew

ASTA



ROSA LUXEMBURG STIFTUNG NORDRHEIN-WESTFALEN

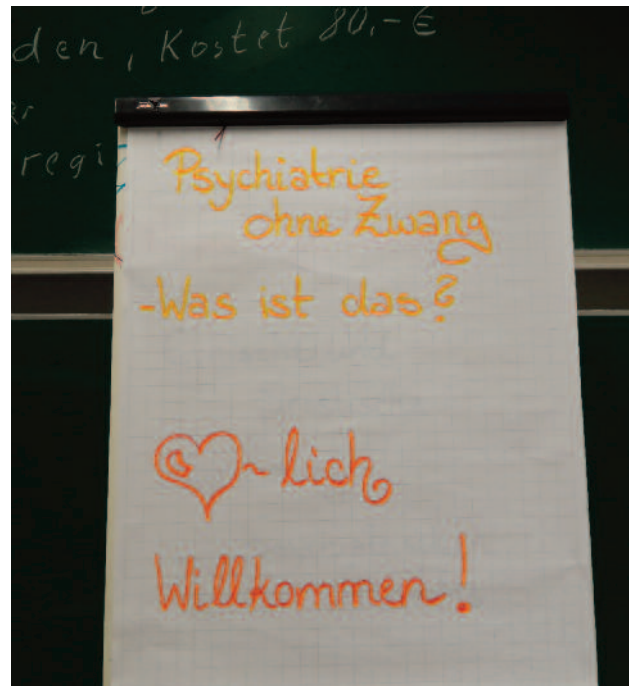
DIE LINKE.
in der Landschaftsversammlung Rheinland
in der Landschaftsversammlung Westfalen-Lippe

Patverfü®

für Ethik und Geschichte der Medizin an der Ruhr-Universität Bochum. Dr. Reinhild Böhme vom Bundesverband Psychiatrie-Erfahrener (BPE) berichtete über „Die Arbeit der Besuchscommission nach PsychKG“. Mit dem Thema „Mothers little Helpers – die Medikalisierung der Gesellschaft und Möglichkeiten des Widerstands“ nahm sich die Bundestagsabgeordnete Kathrin Vogler eines brennenden gesellschaftlichen Themas an. Piet Westdijk, praktizierender Psychiater in Basel, zeigte, wie schwierig es ist, aber, dass es doch möglich ist, unter den gegebenen Rahmenbedingungen des Gesundheitssystems, eine Psychiatrie (fast) ohne Zwang auszuüben. In ei-

nem Seminar mit dem Titel „BRD-Kinderpsychiatrie in der NS-Kontinuität“ gemeinsam mit Dr. Burkhard Wiebel berichtete Rolf Decker über seine Zeit in den 60er und 70er Jahren als Heimkind in einer kinderpsychiatrischen Einrichtung und über die Folgen für sein ganzes weiteres Leben. Weiterhin berichtete er über die Ergebnisse seiner umfangreichen Recherchen, die die Kontinuität eines kinderpsychiatrischen Unrechtssystems von der NS-Zeit bis in die ersten Jahrzehnte der jungen Bundesrepublik nachweisen lassen. Dr. Wiebel ergänzte die Ausführungen durch neue neurowissenschaftliche Erkenntnisse zur Heimdeprivation und durch aktuelle Forschungsergebnisse zu den gesundheitlichen Spätfolgen durch Neuroleptikamedikation in der Kindheit.

In zahlreichen Gesprächen mit den Beteiligten und aus zahlreichen späteren Rückmeldungen konnten wir Veranstalter den Eindruck gewinnen, dass durch die Konferenz bei den Beteiligten der Widerstand gegen den Zwang in der Psychiatrie und das Wissen darüber, wie entsprechende Reformen zu erzielen sind, gestärkt werden konnte. Desto enttäuschender war es dann für uns, als wir von den Ergebnissen der Verhandlungen in Brandenburg zu einem neuen Gesetz zum Zwang in der Psychiatrie erfuhren. Wir drucken am Ende dieser Dokumentation einen Kommentar von Matthias Seibt, Vorstandsmitglied des Bundesverbands Psychiatrie-Erfahrener ab, in dem das Positive der Konferenz, aber auch die Enttäuschung über die politischen Geschehnisse in Brandenburg zum Ausdruck gebracht werden.



Ganz herzlich bedanken wir uns bei den Referentinnen und Referenten für ihre eingesandten Beiträge, bei unseren Kooperationspartnern und bei allen Teilnehmerinnen und Teilnehmern für ihre engagierte Mitwirkung an der Konferenz. Nicht zuletzt möchten wir uns auch bei der Redaktion der Elektronischen Zeitung Schattenblick bedanken, die ausführlich über die Konferenz berichtet hat und uns ihre Texte und Bilder für diese Dokumentation zur Verfügung stellt.

Dr. Burkhard Wiebel, Fraktion Die Linke im LWL

Die Arbeit der Besuchs- kommission nach PsychKG

Vortrag von Dr. Reinhild Böhme (Bundesverband Psychiatrie-Erfahrener e.V. und Mitglied der Besuchskommission nach PsychKG)

Das PsychKG

PsychKG ist die Abkürzung für ein Gesetz mit dem vollständigen Namen „Gesetz über Hilfen und Schutzmaßnahmen bei psychischen Krankheiten“. Das PsychKG ist in Deutschland ein Landesgesetz, d.h. in allen Bundesländern gelten zwar entsprechende Gesetze, sie unterscheiden sich jedoch von Bundesland zu Bundesland in einzelnen Vorschriften. Wir beschränken uns hier auf das in NRW gültige Gesetz. Es trat 1999 in Kraft und wurde seitdem mehrfach geändert, zuletzt im Dez. 2011 mit dem Gesetz zum Verbot der Videoüberwachung von fixierten Patienten.

Das PsychKG-NRW regelt Leistungen der unteren Gesundheitsbehörde/des Gesundheitsamtes, die freiwillig von Menschen mit psychischen Problemen in Anspruch genommen werden können. Damit soll erreicht werden, dass Menschen mit psychischen Erkrankungen rechtzeitig angemessene medizinische Behandlung und psychosoziale Unterstützung annehmen. Das heißt im Gesetz, es geht um „Hilfen“ bei psychischen Krankheiten.

Der Hauptteil des Gesetzes bezieht sich aber auf die sog. „Schutzmaßnahmen bei psychischen Krankheiten“. Diese Maßnahmen sollen psychisch erkrankte Personen schützen, wenn sie sich selbst gefährden (also bei Selbstgefährdung) oder sie sollen andere Personen oder deren bedeutende Rechtsgüter schützen, wenn sie von psychisch erkrankten Personen bedroht werden (also bei sog. Fremdgefährdung). Die Maßnahmen bestehen darin, dass die betroffene Person sich in der unteren Gesundheitsbehörde oder bei einem niedergelassenen Psychiater seiner Wahl zur Untersuchung vorstellen muss oder - in dringenden Fällen - direkt zwangsweise in eine psychiatrische Klinik eingewiesen wird.

Die Zwangseinweisung in eine Klinik muss immer durch das Ordnungsamt beim Familiengericht beantragt werden. Dazu muss ein Gutachten von einem in der Psychiatrie erfahrenen Arzt vorgelegt werden, das die psychische Erkrankung der Person bescheinigt und die dringende Gefahrensituation beschreibt,

die die unverzügliche Unterbringung zur Abwendung der Gefahr notwendig macht. Mit diesem Antrag und dem Gutachten ausgestattet, kann dann die Polizei oder der Krankenwagen den Menschen auch ohne seine Zustimmung in eine geschlossene Station einer psychiatrischen Klinik bringen. Ein Richter vom Familiengericht muss innerhalb von 24 h mit dem Patienten persönlich sprechen, sich von der Notwendigkeit der Unterbringung überzeugen und sie gerichtlich anordnen. Die Unterbringung kann maximal für sechs Wochen angeordnet werden, kann aber ggf. verlängert werden. Wenn Fremd- oder Eigengefährdung nicht weiter besteht, muss die Klinik die Aufhebung der Unterbringung vor Ablauf der Frist bei Gericht beantragen.

Das Gesetz formuliert Rechte, die der untergebrachten Person zustehen und die die Klinik einhalten muss wie z.B. es muss unverzüglich nach der Aufnahme eine ärztliche Untersuchung der aufgenommenen Person erfolgen und ein Behandlungsplan erstellt werden, täglicher Ausgang ist erlaubt, ebenso Kontakt nach außen zu Angehörigen, Freunden, Anwälten, usw. Etwaige Einschränkungen dieser Patientenrechte müssen dokumentiert und ärztlich begründet werden.

Die Besuchskommission

Die Unterbringung wird vom Ordnungsamt beantragt und vom Familiengericht angeordnet. Sie heißt deshalb auch öffentlich-rechtliche Unterbringung und der Staat kümmert sich auch darum, dass die Vorschriften dieses Gesetzes eingehalten werden.

In §23 des PsychKG setzt der Gesetzgeber eine Kontrollkommission ein, die sog. „Besuchskommission“, die jeweils bei den Bezirksregierungen (BZRen) angesiedelt sind. Sie besuchen mindestens einmal in zwölf Monaten unangemeldet die Krankenhäuser, in denen Betroffene nach diesem Gesetz untergebracht werden können, und prüft, ob die mit der Unterbringung von psychisch Kranken verbundenen besonderen Aufgaben erfüllt werden. Vorsitzender dieser Kommission ist der Leiter bzw. die Leiterin des Gesundheitsdezernates.

Die Besuchskommissionen werden für jeden Klinikbesuch neu zusammengestellt. Sie müssen bestehen aus

1. einer/m staatlichen Medizinalbeamtin/-beamten der BZR
2. einer/m Sachverständigen (Psychiaterin/Psychiater)
3. einer/m Juristin/Juristen (Vormundschaftsrichter/in oder beamtete/r Jurist/in mit Befähigung zum Richteramt oder zum höheren Verwaltungsdienst).

Außerdem können

4. ein/e Vertreter/in der Betroffenen-Verbände und
5. ein/e Vertreter/in der Angehörigen-Verbände als gleichwertige Mitglieder in der Kommission teilnehmen. Das heißt in der Praxis: Wenn Angehörigen- oder Betroffenen-Vertreter zu einer Begehung erscheinen, sind sie gleichwertige Mitglieder der Kommission. Wenn sie nicht erscheinen, ist die Kommission aber ebenfalls beschluss- und arbeitsfähig. Zusätzlich wird in der Regel ein Vertreter der zuständigen unteren Gesundheitsbehörde (Sozialpsychiatrischer Dienst - SPD) ebenfalls zu den Besuchen eingeladen, ist aber kein gleichwertiges Mitglied in der Kommission.

Der/die Psychiater/in schreibt einen Bericht über die Begehung, den dann alle Mitglieder der Kommission unterschreiben müssen. Als Betroffenen- oder Angehörigen-Vertreter/in hat man das Recht, dem Bericht ein sog. Beiblatt zuzufügen, wenn man meint, dass wichtige Details aus der Begehung nicht vom / von der Sachverständigen in den Bericht aufgenommen wurden. Der Bericht geht an das Gesundheitsdezernat der zuständigen Bezirksregierung und diese setzt, wenn Mängel bei der Begehung festgestellt wurden, der Klinik eine Frist, in der sie diese zu beheben hat. Ob das tatsächlich erfolgt, prüft die Kommission nur in schwerwiegenden Fällen durch eine erneute Begehung nach.

Die BZRen erstellen alle zwei Jahre einen zusammenfassenden Bericht über die Erkenntnisse aus den Besuchen der Besuchskommissionen in den Kliniken für das Gesundheitsministerium. Das Ministerium legt dem Landtag eine Zusammenfassung dieser Berichte vor gemäß PsychKG §23 (3).

Fragebogen

Um das Verfahren zu vereinfachen, hat das Gesundheitsministerium einen Fragebogen erarbeitet, nach dem bei jeder Begehung vorgegangen wird. Damit wird auch eine gewisse Vergleichbarkeit der Ergebnisse einer Begehung erzielt. Aber natürlich können

sich die Kliniken darauf einstellen, was die Kommission abfragt und worauf sie demnach bei der Behandlung ihrer PsychKG-Patienten/innen besonders achten müssen.

Im Wesentlichen werden formale Dinge abgefragt wie

- Wie viele Patienten/innen gibt es am Besuchstag in der Klinik,
- Wie viele sind am Besuchstag nach PsychKG untergebracht.
- Welche sind länger als vier Jahre untergebrachten (meist keine)
- Sind Patienten aus dem PsychKG beurlaubt (meist keine)
- Form und Zweckmäßigkeit der Fristenkontrolle wird geprüft (d. h wie wird sichergestellt, dass Patienten/innen nicht länger in der Klinik festgehalten werden als der/die Richter/in angeordnet hat)
- Wird bei der Aufnahme rechtskonform vorgegangen? (sofortige Eingangsuntersuchung, umgehend Behandlungsplan erstellt?)
- Hat ein/e Richter/in innerhalb von 24 Stunden den/die Patienten/in gesehen und die Unterbringung angeordnet?
- Wurde die Notwendigkeit der weiteren Unterbringung alle zwei bis drei Tage dokumentiert
- Werden Rechte der Betroffenen eingehalten? (Ausgang, Kontakt nach außen,...)
- Wurden von besonderen Sicherungsanordnungen Gebrauch gemacht? (Fixierungen, Absonderungen in besonderem Raum, kein Ausgang, Zwangsmedikation ...)
- Gibt es im Krankenhaus eine unabhängige Beschwerdestelle?
- Dürfen die Behandlungsakten von den Patienten/innen eingesehen werden?
- Gibt es ausreichend Personal?
- Gab es Suizide, Entweichungen, Übergriffe auf Personal oder Mitpatienten/innen?
- Verbesserungen, Renovierungen auf den geschlossenen Stationen?
- Sind die Sanitäreinrichtungen in Ordnung?

Außerdem werden stichpunktartig Akten von mehreren Patienten/innen eingesehen, die am Besuchstag gerade in der Klinik unter PsychKG untergebracht sind, und geprüft, ob die Vorschriften eingehalten wurden. Wenn möglich spricht die Kommission auch mit diesen Patienten/innen (ohne dass Mitarbeiter/innen der Klinik dabei sind) und fragt, ob ihre Patienten/innenrechte eingehalten wurden oder ob sie Beschwerden hätten.



Foto: Böhme © 2013 by Schattenblick

Grundsätzlich scheint es so, dass sich die Vertreter/innen der BZR (möglichst) nicht mit den Klinikchefs/innen anlegen wollen. So werden zwar viele Formalien abgefragt, aber die fundamentalen Punkte des Gesetzes werden nicht überprüft. – Nämlich:

- leidet die Person tatsächlich unter einer psychischen Erkrankung, die so schwerwiegend und chronisch ist, dass sie eine Zwangseinweisung rechtfertigt
- hat tatsächlich eine erhebliche Fremd- oder Eigen-Gefährdung bestanden bzw. besteht eine solche weiterhin.

Diese beiden Punkte bilden doch die Grundlage dafür, damit das Gesetz überhaupt angewendet werden kann.

Beide Punkte werden durch ärztliches Gutachten und richterliche Entscheidung bestimmt, da - meint die Kommission - hat sie kein Recht, keinen gesetzlichen Auftrag, diese Punkte nachzuprüfen, auch nicht nachzuprüfen, ob mit der notwendigen Sorgfaltspflicht vorgegangen wurde, ob Verhältnismäßigkeit gegeben ist. Dabei zeigt der Fall Mollath, wie unglücklich man in die Mühlen der Psychiatrie geraten kann und dass Kliniken ungern einmal gefällte Entscheidungen bzw. Gutachten revidieren.

Bei den Begehungen mit der Besuchskommission hat man immer wieder den Eindruck, dass es den Psy-

chiatern/innen bisweilen schwer fällt, damit umzugehen, dass Menschen in ihre Klinik gebracht werden, die sich gar nicht von ihnen behandeln lassen wollen, die sie aber infolge richterlicher Anordnung nicht einfach wieder nach Hause schicken können. Die Psychiater/innen glauben, dass ihre Behandlung grundsätzlich eine Hilfe für den/die Patienten/in darstellt: Dass die Situation vonseiten der Patienten/innen durchaus anders aussehen kann, liegt ihnen fern, ihnen fehlt das Bewusstsein, dass eine Unterbringung nach PsychKG einer Freiheitsberaubung gleichkommt und für Patienten/innen oft zu Gewalterfahrung führt, unter deren Folgen sie möglicherweise ihr ganzes weiteres Leben leiden. Hinzu kommt, dass der/die untergebrachte Patient/in unter einer ernsthaften psychischen Erkrankung leiden muss. In § 1 (2) heißt es: Psychische Krankheiten im Sinne des Gesetzes sind

- behandlungsbedürftige Psychosen
- sowie andere behandlungsbedürftige psychische Störungen und Abhängigkeitserkrankungen von gleicher Schwere.

Also muss jede/r Patient/in, der/die untergebracht wurde, mit einer solchen Diagnose nach Hause gehen. Und die ist wahrlich kein wunderbares Geschenk, über das man sich freut, im Gegenteil, eine solche psychiatrische Diagnose wird man vermutlich nicht wieder los und sie kann einem das ganze soziale Umfeld verbrennen und damit jedes „normale“ weitere bürgerliche Leben ruinieren. Wenn eine

Unterbringung also mit so schwerwiegenden negativen Folgen für die Betroffenen verbunden sein kann, so muss mindestens die Begründung für die bzw. ihre weitere Erforderlichkeit immer hieb- und stichfest sein und so, dass sie auch von den Patienten/innen akzeptiert werden kann.

Formale Argumenten wie

- „PsychKG weiter erforderlich wegen Eigen- und Fremdgefährdung“, oder
- „PsychKG weiter erforderlich wegen bekannter Psychose/ paranoid-halluzinatorischer Symptome“ oder
- „PsychKG weiter erforderlich, Patient/in angespannt, desorganisiert, aggressiv“ reichen nicht aus.

Es muss die Art von Fremd- oder Eigengefährdung explizit deutlich gemacht werden, genauso wie die Befunde, mit denen die Diagnose begründet wird.

Auch ist es z. B. nicht einzusehen, dass eine Patientin in der geschlossenen Station im zweiten Stock einer Klinik festgehalten wird wegen Eigengefährdung, der Kommission aber mehrfach demonstriert, dass sie sehr schnell die angeblich gesicherten Fenster öffnen kann und sich dort auch hinausstürzen könnte, wenn sie das denn wollte. Da kann die Klinik doch ihre Begründung von der Eigengefährdung nicht aufrecht erhalten. Ob Konsequenzen für die Klinik erfolgten, wurde auch bei der nächsten Begehung von der Kommission nicht weiter verfolgt.

Oder: eine alte Dame wurde von ihren Nachbarn vermisst, die Polizei bricht ihre Wohnung auf und bringt die verwunderte Frau in die Psychiatrie. Dort führt sie sich nach kurzer Zeit unauffällig auf, die Klinik wollte sie aber nicht wieder entlassen, weil sie ehrlich erklärte, zuhause die Tabletten sofort wieder absetzen zu wollen. Die alte Dame saß auch nach vier Wochen noch in der Klinik in der geschlossenen Station fest. Da fragt man sich schon nach der Verhältnismäßigkeit.

Man kann sich streiten, wie die Gesellschaft in Gefahrensituationen mit den involvierten Menschen umgehen soll, ob Zwangsunterbringungen nötig oder gerechtfertigt sind, wie man sicher stellt, dass Verhältnismäßigkeit gewahrt wird und usw., aber auf jeden Fall sind Unterbringung und die meist damit verbundene pharmakologische Behandlung eine Einmischung der Psychiater/innen in das Leben der Betroffenen, sie befragen Außenstehende, schreiben ihre Erkenntnisse oder ihre Gedanken in ihre Akten,

von wo sie sich dann ins Umfeld der Patienten/innen verbreiten können, geben möglicherweise Angehörigen Auskünfte und Ratschläge. Das soll zwar alles im Interesse des/der Patienten/in sein, ist aber auf jeden Fall eine „Geschäftsführung ohne Auftrag“ und über diese Geschäftsführung müssen meines Erachtens die Ärzte/innen ihren Patienten/innen Auskünfte erteilen - und zwar freiwillig und nicht erst, wenn die Patienten/innen von ihrem Auskunftsrecht Gebrauch machen. Als unerfahrene/r Patient/in kann man doch gar nicht erahnen, was Psychiater/innen sich alles ausdenken oder was sie aus dem machen, was man ihnen sagt.

Verschiedene Rechtsgrundlagen

Man kann aus verschiedenen Rechtsgründen gegen den eigenen Willen in eine psychiatrische Klinik eingewiesen werden

- nach PsychKG: nur wenn psychisch krank und eigen- oder fremdgefährdend
- nach Maßregelvollzugsgesetz: nur wenn psychisch krank und straffällig
- nach Betreuungsrecht: nur wenn behandlungsbedürftig

Die Besuchskommission ist auch für die Personen zuständig, die nach Maßregelvollzug untergebracht sind. Die Kommission besucht also auch alle Maßregelvollzugskliniken in NRW und alle allgemein-psychiatrischen Kliniken, in denen Maßregelvollzugspatienten/innen untergebracht sind. Bei den Begehungen wird analog vorgegangen wie in den sonstigen psychiatrischen Kliniken, der Fragebogen, der abgearbeitet wird, ist natürlich den Verhältnissen in den Maßregelvollzugskliniken angepasst.

Die PsychKG-Kommission ist nicht für Personen zuständig, die nach Betreuungsrecht untergebracht sind, also die eine/n Betreuer/in haben, der/die für die Gesundheitsfürsorge zuständig ist und der auf Antrag des/der Betreuers/in untergebracht ist. Hier ist der/die Betreuer/in angehalten, darauf zu achten, dass die Rechte der von ihm Betreuten in der Klinik beachtet werden.

Die PsychKG-Kommission prüft nicht, ob sich auch alle Patienten/innen, die nicht nach PsychKG, MRV oder Betreuungsrecht untergebracht sind, tatsächlich in der Klinik behandeln lassen wollen. Der Gesetzgeber erwartet wohl, dass sich jeder selbst verteidigen bzw. zur Wehr setzen kann, wenn er nicht behandelt werden will. Ob man das noch kann, wenn man unter hoher Medikation steht, erscheint fraglich.

Der Zwangsmedikationsbeschluss des Bundesverfassungsgerichts

Vortrag von Dr. David Schneider-Addae-Mensah

Dieser Text fasst den Vortrag von Dr. David Schneider-Addae-Mensah zusammen und erschien erstmals in der Elektronischen Zeitung Schattenblick. Der Nachdruck erfolgt mit freundlicher Genehmigung des MA-Verlags. (Herr Schneider-Addae-Mensah war Vertreter der Kläger beim Karlsruher Prozess zur Zwangsbehandlung)

Im März 2011 wurde vor dem Bundesverfassungsgericht (BVerfG) ein Beschluss gefasst, der die Zwangsbehandlung psychiatrisierter Menschen als unvereinbar mit der Verfassung und geltenden Gesetzen auswies. Kläger in diesem Prozess war der Menschenrechtsanwalt Dr. David Schneider-Addae-Mensah, der in seinem Vortrag „Der Zwangsmedikationsbeschluss des Bundesverfassungsgerichts und seine Bedeutung“ über die weitreichenden Folgen dieses Beschlusses berichtete.

Dr. Schneider-Addae-Mensah, der als Rechtsanwalt in Strasbourg und Karlsruhe tätig ist, schilderte eingangs Vorgeschichte und Verlauf seines Gangs zum BVerfG von 2009 bis 2011. Seiner Einschätzung nach hat sich seither insofern einiges verändert, als das Thema inzwischen sowohl im Bereich der Psychiatrie als auch in der Öffentlichkeit stärker rechtlich und politisch diskutiert wird.

Grundsätzlich sei zwischen zwei Formen von Zwangsbehandlung zu unterscheiden. Entweder ist der betroffene Mensch nach dem Strafrecht in der Forensik untergebracht oder er befindet sich in der Allgemeinpsychiatrie. In der Forensik sind die Länder zuständig und bringen als rechtliche Grundlagen den Maßregelvollzug, die Psychisch-Kranken-Gesetze (PsychKG) und die Unterbringungsgesetze zur An-

wendung. In der Allgemeinpsychiatrie greifen Betreuungsrecht oder Sicherheitsrecht (PsychKG), wobei es hier auch bundesrechtliche Regelungen (§ 1906 BGB) gibt. Zwangsbehandlung werde entweder als Akuttherapie oder als Dauertherapie durchgeführt, wobei die Grenzen fließend seien. Bei letzterer sei eine Zwangsbehandlung mit Psychopharmaka

schwieriger umzusetzen, wobei eine Dauerbehandlung nach diesem Beschluss des BVerfG im forensischen Bereich grundsätzlich verboten sei, in der Allgemeinpsychiatrie jedoch nach aktueller Rechtslage als erlaubt angesehen werde. Akuttherapie werde derzeit von Psychiatern/innen als rechtlich zulässig angesehen, doch ob das legal ist, stehe auf einem anderen Blatt, so der Referent.

Dem Beschluss des BVerfG vom 23. März 2011 folgten Entscheidungen zum Unterbringungsgesetz in Baden-Württemberg im Oktober 2011 und zur Rechtsgrundlage der Zwangsbehandlung in Sachsen vom 20. Februar 2013. Die beiden Beschlüsse des Bundesgerichtshofs (BGH) im Jahr 2012 betrafen § 1906 BGB alter Fassung, also die betreuungsrechtliche Zwangsbehandlung, für die es bis dahin überhaupt keine detaillierte Rechtsgrundlage im BGB gab. Der Beschluss des Bundesverfassungsgerichts verbietet Zwangsbehandlung, die danach nur unter engen Voraussetzungen möglich ist, die jeweils einer Rechtsgrundlage bedürfen. Diese muss eingefasst Verhältnismäßigkeitsanforderungen erfüllen und alle gesetzlichen Voraussetzungen enthalten. Dabei wird Zwangsbehandlung vom BVerfG als medizinische Behandlung eines Unterbrachten gegen seinen natürlichen Willen definiert.



Nun ist „natürlicher Wille“ ein wenig präziser Begriff. Der Referent legte ihn als das aus, was ein Mensch möchte oder nicht möchte. Wenn also ein Mensch sage, er wolle eine Behandlung nicht, handelt es sich bei deren Durchführung um eine Zwangsbehandlung. Das BVerfG führte ein ungewöhnlich tiefgreifendes Verfahren zu dieser Problematik durch und holte Stellungnahmen verschiedener Träger, des Bundesgerichtshofs, des Bundesjustizministeriums, des Landesministeriums in Rheinland-Pfalz, der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN) sowie des Bundesverbands Psychiatrie-Erfahrener (BPE) ein. Die Einbeziehung dieses Betroffenenverbandes stellte ein Novum dar. Das Gericht prüfte die grundgesetzlich relevanten Schutzrechte wie körperliche und psychische Unversehrtheit wie auch die Eingriffe durch starke und mithin persönlichkeitsverändernde Medikamente. Das Verständnis der Psychiater/innen, sie leisteten Hilfe zum Vorteil der Betroffenen, wurde vom BVerfG insofern relativiert, als die Heilungsabsicht nicht in Widerspruch zu den Grundrechten stehen darf und es sich um einen intensiven Eingriff handle, da der Betroffene genötigt wird, „eine Maßnahme zu dulden, die den Straftatbestand der Körperverletzung erfüllt“, so das BVerfG. Die Ohnmacht des Betroffenen komme verstärkend hinzu.

Was zulässige Ausnahmen von dem Verbot der Zwangsbehandlung betrifft, nennt das BVerfG im Wesentlichen vier materielle Voraussetzungen. Zum ersten eine krankheitsbedingte Uneinsichtigkeit, was natürlich äußerst problematisch sei und die Fragen aufwerfe, wer diese Krankheit definiert und was uneinsichtig bedeuten soll. Zu letzterem sagt das BVerfG, es reiche nicht aus, dass der/die Patient/in von der Mehrheit der Psychiater/innen abweichende Meinungen vertritt. Weiter wird dieser Terminus jedoch nicht konkretisiert. Als zweite Voraussetzung wird das Ultima-Ratio-Prinzip angeführt, also das letzte Mittel, eine Behandlung durchzuführen. Zuvor müsse man mit dem/r Betroffenen sprechen und ihn von der Notwendigkeit der Behandlung überzeugen. Auch dies sei problematisch, weil die Psychiater/innen in solchen Gesprächen Druck ausüben und drohen können, so der Referent. Als dritte Voraussetzung verlangt das BVerfG, wie von Dr. Schneider-Addae-Mensah in der Verfassungsbeschwerde gefordert, eine Konkretisierung der Behandlung nach Art, Dauer und Dosierung. Viertens muss die Zwangsbehandlung geeignet, also im medizinischen Sinn erforderlich sein. Hinzu kommen formelle Vor-

aussetzungen der Verhältnismäßigkeit, die eher das Verfahren der Zwangsbehandlung betreffen. Sie muss so rechtzeitig angekündigt werden, dass der/die Betroffene notfalls auch Rechtsschutz wahrnehmen kann. Sie muss durch eine/n Arzt/Ärztin angeordnet und überwacht werden. Zudem unterliegt sie einer relativ weitgehenden Dokumentationspflicht, die nachvollziehbar macht, was angeordnet und durchgeführt wird. Und nicht zuletzt bedarf es einer unabhängigen und sachverständigen Vorprüfung außerhalb der Einrichtung.

Unmittelbare Konsequenzen aus dem Beschluss des BVerfG betrafen nur das Maßregelvollzugsgesetz in Rheinland-Pfalz und die dortige Rechtsgrundlage zur Zwangsbehandlung. Diese wurde für nichtig erklärt, also vom BVerfG in gesetzgeberischer Funktion selbst abgeschafft und nicht nur zur Umsetzung innerhalb einer bestimmten Frist zurückverwiesen. Das bedeutete, dass in der Forensik des Bundeslands Rheinland-Pfalz keine Zwangsbehandlung mehr durchgeführt werden durfte.

Hingegen war die Ausstrahlungswirkung des BVerfG-Beschlusses zunächst absolut strittig. Im übrigen Bundesgebiet erklärten diverse Richter/innen, der Beschluss betreffe lediglich die Forensik in Rheinland-Pfalz. Im Oktober 2011 folgte jedoch eine ähnliche Entscheidung, die das Unterbringungsrecht in Baden-Württemberg betraf, das teilweise strafrechtlich, teilweise sicherheitsrechtlich angewendet wird. 2013 kam dann noch Sachsen hinzu. Schon 2012 war der Bundesgerichtshof zu der Auffassung gelangt, dass das BGB den Anforderungen nicht genüge. So setzte sich schließlich die Erkenntnis durch, dass der Beschluss des BVerfG doch bundesweit gelte.

Im Unterschied zum BVerfG mit seinem Normverwendungsmonopol kann der BGH den § 1906 BGB nicht abschaffen. Auf Initiative Dr. Schneider-Addae-Mensahs und der Betroffenenverbände erklärte die Bundesjustizministerin Anfang 2012 zunächst, der § 1906 werde nicht mehr angewendet. Wohl unter massivem Druck von Ärzten/innen, Psychiatern/innen und Betreuern/innen änderte die Ministerin im Laufe des Jahres 2012 ihre Auffassung in Richtung einer Neuregelung. Diese wurde dann abseits der Öffentlichkeit und sehr schnell innerhalb weniger Monate durchgesetzt. Dabei wurden einige Punkte aus dem BVerfG-Grundsatzbeschluss aufgenommen, andere jedoch nicht.



Fotos: Schneider-Addae-Mensah 1-2, © 2013 by Schattenblick

Die aktuelle Fassung der betreuungsrechtlichen Zwangsbehandlung entspricht aus Sicht des Referenten jedenfalls nicht den Anforderungen des Grundsatzbeschlusses. Die Diskussion sei also angestoßen, und es gebe inzwischen detailliertere Gesetze, die aber immer noch nicht ausreichen.

Wünschenswert bleibe ein Totalverbot der Zwangsbehandlung, zu dem sich das BVerfG nicht durchringen konnte. Der Missbrauch, der mit Zwangsbehandlungen getrieben werden könne, sei derart groß, dass man es nicht verantworten könne, diese zu legalisieren.

Wie das Beispiel Rheinland-Pfalz zeige, sei der Maßregelvollzug auch ohne eine Neuregelung, die den Beschluss des BVerfG weiter einschränkt, möglich. Es hätte also auch andernorts ausgereicht, schlichtweg keine Neuregelung zu schaffen. Hinsichtlich der Akutmedikation wurde der Fall eines jungen Mannes, der unterdessen verstorben war, bis vor das Bundesverfassungsgericht gebracht. Dieses zeigte sich jedoch nicht interessiert, da der Kläger nicht mehr am Leben war. Grundsätzlich gelte es jedoch zu klären, ob der/die Arzt/Ärztin tatsächlich die Rechtsgrundlagen umgehen darf, indem er/sie ein Geschehen

zum Akutfall erklärt und dann machen kann, was er will.

Der Referent geht davon aus, dass mit Blick auf die Akutmedikation der Anstoß zu einer Veränderung der Rechtslage wohl eher von außerhalb der Bundesrepublik kommen wird. So hat der Europäische Gerichtshof für Menschenrechte unter anderem die Vorfragen an die Bundesregierung ausformuliert, ob in diesem Fall gegen das Folterverbot oder das Verbot erniedrigender Behandlung nach Art. 3 Menschenrechtskonvention verstoßen wurde. Wie dieser kurze, aber konzentrierte Überblick zeigt, ist die Rechtslage zur Zwangsbehandlung im Fluss und wird erheblich von der Diskussion in der Öffentlichkeit mitgeprägt. Der Referent verwies in diesem Zusammenhang auf den Fall des ihm persönlich bekannten Gustl Mollath, der ausgesprochen öffentlichkeitswirksam war. Nun sei es sehr wichtig, diese Debatte weiterzuführen, zumal die Entwicklung in Deutschland auch in anderen Ländern wie Frankreich oder den USA aufmerksam beobachtet werde. Dass man ausgerechnet im Mutterland der Psychiatrie beginne, deren Zwänge zurückzuschneiden, nehme man andernorts als erstaunliches und möglicherweise bahnbrechendes Phänomen wahr.

Konferenz „Psychiatrie ohne Zwang“, Essen, 22./23.11.2013
Der Zwangsmedikationsbeschluss des
Bundesverfassungsgerichts vom 23.03.2011

Dr. David Schneider-Addae-Mensah
Rechtsanwalt
Karlsruhe - Straßburg

Vortrag von Dr. David Schneider-Addae-Mensah

Grundsatzentscheidungen zur aktuellen Rechtslage

- BVerfG, 23.03.2011 zu Az. 2 BvR 882/09
- BVerfG, 12.10.2011 zu Az. 2 BvR 633/11
- BVerfG, 20.02.2013 zu Az. 2 BvR 228/12
- BGH, 20.06.2012 zu Az. XII ZB 130/12 u.
XII ZB 99/12

Rechtliche Arten der Zwangsbehandlung

1. Forensik (§ 63 StGB, 126a StPO) <->
Allgemeinpsychiatrie (BetreuungsR,
SicherheitsR)
2. Akkutherapie <-> Dauertherapie

Der Grundsatzbeschluss vom 23.03.2011

- Nach dem Grundsatzbeschluss: grundsätzliches
Verbot der Zwangsbehandlung
- Nur unter engen Voraussetzungen ist
Zwangsbehandlung weiter möglich
- Diese Voraussetzungen müssen aus
Bestimmtheitsgründen in der Rechtsgrundlage
genannt sein!

Rechtsgrundlagen der Zwangsbehandlung

- Grundlagen in der Forensik bislang:
MaßregelvollzGe, PsychKGen, UBGen
- Grundlagen in der Allgemeinpsychiatrie:
§ 1906 BGB, PsychKGen, UBGen

Zwangsbehandlung: Begriff

- BVerfG:
*„Medizinische Behandlung eines Untergebrachten
gegen seinen natürlichen Willen.“*

Derzeitige Rechtslage grob gesagt:

- Verbot der Dauer-Zwangsbehandlung in der
Forensik (Ausnahme: BaWü)
- In der Allgemeinpsychiatrie geht man derzeit von
einer Rechtmäßigkeit der Zwangsbehandlung unter
Einhaltung der neuen gesetzlichen Bestimmungen
aus
- Akuttherapie wird jdf. als erlaubt angesehen

„Heilbehandlung“ als Eingriff

- Ungeachtet der möglichen Heilungsentention der Behandlung
ist diese ein Eingriff in das Grundrecht auf körperliche
Unversehrtheit
- Besonders intensiver Eingriff, denn
*„Der Betroffene wird genötigt, eine Maßnahme zu dulden, die den
Straftatbestand der Körperverletzung erfüllt.“*
- Ohnmacht des Betroff. Wirkt eingriffsverstärkend
- Besondere Intensität durch psychopharmakolog. Behandlung,
da auf Veränderung seel. Abläufe gerichtet.

Materielle Voraussetzungen:

- Krankheitsbedingte Krankheitsuneinsichtigkeit,
- Ultima ratio der Zwangsbehandlung – getting to yes des Patienten (BVerfG, aaO., Rz. 58),
- Konkretisierung der Behandlung, ihrer Art, Dauer und Dosierung (ebd., Rz. 60),
- Geeignetheit und Erforderlichkeit (ebd., Rz. 61)

§ 1906 Abs. 3 BGB n.F.

- *Widerspricht eine ärztliche Maßnahme nach Absatz 1 Nummer 2 dem natürlichen Willen des Betreuten (ärztliche Zwangsmaßnahme), so kann der Betreuer in sie nur einwilligen, wenn*
- *1. der Betreute auf Grund einer psychischen Krankheit oder einer geistigen oder seelischen Behinderung die Notwendigkeit der ärztlichen Maßnahme nicht erkennen oder nicht nach dieser Einsicht handeln kann,*
- *2. zuvor versucht wurde, den Betreuten von der Notwendigkeit der ärztlichen Maßnahme zu überzeugen,*
- *3. die ärztliche Zwangsmaßnahme im Rahmen der Unterbringung nach Absatz 1 zum Wohl des Betreuten erforderlich ist, um einen drohenden erheblichen gesundheitlichen Schaden abzuwenden,*
- *4. der erhebliche gesundheitliche Schaden durch keine andere dem Betreuten zumutbare Maßnahme abgewendet werden kann und*
- *5. der zu erwartende Nutzen der ärztlichen Zwangsmaßnahme die zu erwartenden Beeinträchtigungen deutlich überwiegt.*
- *§ 1846 ist nur anwendbar, wenn der Betreuer an der Erfüllung seiner Pflichten verhindert ist.*

Formelle Voraussetzungen:

- Rechtzeitige Ankündigung zur Ermöglichung effektiven Rechtsschutzes (ebd., Rz. 63 f.),
- Anordnung und Überwachung durch einen Arzt (ebd., Rz. 66),
- Dokumentationspflicht hinsichtlich Zwangscharakter der Maßnahme, Durchsetzungsweise, maßgeblicher Gründe der Maßnahme und Wirkungsüberwachung (ebd., Rz. 67),
- Unabhängige Vorabprüfung außerhalb der Einrichtung (ebd., Rz. 69 ff.)

§ 1906 Abs. 3a BGB n.F.

Die Einwilligung in die ärztliche Zwangsmaßnahme bedarf der Genehmigung des Betreuungsgerichts. Der Betreuer hat die Einwilligung in die ärztliche Zwangsmaßnahme zu widerrufen, wenn ihre Voraussetzungen wegfallen. Er hat den Widerruf dem Betreuungsgericht anzuzeigen.

Konsequenz aus dem Grundsatzbeschuß:

- Nichtigkeit der Zwangsbehandlungsregelung im RP-MaßregelvollzugsG
- Ausstrahlungswirkung in andere MaßregelvollzG und artverwandte Gesetze sowie ins ZivilR (BetreuungsR)
- Psychiatriediskussion und Neuregelungen

§ 8 Abs. 3 UBG BaWü

- *Die Einwilligung der untergebrachten Person in die Behandlung, die ihrem natürlichen Willen widerspricht (Zwangsbehandlung), ist dann nicht erforderlich, wenn und solange*
- *1. sie krankheitsbedingt zur Einsicht in die Behandlungsbedürftigkeit der Krankheit, wegen derer ihre Unterbringung notwendig ist, oder zum Handeln gemäß solcher Einsicht nicht fähig ist und die Behandlung nachweislich dazu dient,*
- *a) eine Lebensgefahr oder eine gegenwärtige erhebliche Gefahr für die Gesundheit der untergebrachten Person abzuwenden oder*
- *b) die tatsächlichen Voraussetzungen freier Selbstbestimmung der untergebrachten Person so weit als möglich wiederherzustellen, um ihr ein möglichst selbstbestimmtes, in der Gemeinschaft ein gegliedertes Leben in Freiheit zu ermöglichen oder*
- *2. die Behandlung dazu dient, eine Lebensgefahr oder eine gegenwärtige erhebliche Gefahr für die Gesundheit dritter Personen abzuwenden.*
- *Die Behandlung nach Satz 1 muss im Hinblick auf das Behandlungsziel, das ihren Einsatz rechtfertigt, Erfolg versprechen. Sie darf nur als letztes Mittel eingesetzt werden, wenn mildere Mittel, insbesondere eine weniger eingreifende Behandlung, ausreicht sind. Die Belastungen dürfen nicht außer Verhältnis zu dem erwartbaren Nutzen stehen. Dieser muss mögliche Schäden der Nichtbehandlung deutlich feststellbar überwiegen.*

Neuregelungsbemühungen

- Bund: Ab Herbst 2012 hektische Neuregelung → § 1906 Abs. 3 BGB i.d.F. v. 26.02.2013
- Länder: bislang nur Neuregelung in BaWü → § 8 UBG (geplante Neuregelungen u.a. in RP, Thüringen, Hamburg, Bremen)

§ 8 Abs. 4 UBG BaWü

- *Eine Behandlung nach Absatz 3 darf nur auf ärztliche Anordnung und unter ärztlicher Überwachung durchgeführt werden. Zuvor hat ein Arzt die untergebrachte Person angemessen aufzuklären und zu versuchen, ihre auf Vertrauen gerichtete Zustimmung zu erreichen. Die Behandlungsmaßnahmen sind zu dokumentieren einschließlich ihres Zwangscharakters, ihrer Durchsetzungsweise, ihrer maßgeblichen Gründe und der Wirkungsüberwachung. Eine zu dokumentierende Nachbesprechung durch den behandelnden Arzt muss erfolgen, sobald es der Gesundheitszustand zulässt.*

§ 8 Abs. 5 UBG BaWü

- (5) Eine Behandlung nach Absatz 3 ist auf Antrag der behandelnden anerkannten Einrichtung nur mit vorheriger Zustimmung des Betreuungsgerichts, bei nach § 15 untergebrachten Personen der Strafvollstreckungskammer beziehungsweise der Jugendkammer zulässig. Dies gilt nicht in den Fällen von Absatz 3 Satz 1 Nummer 1 Buchstabe a und Nummer 2, wenn hierdurch die Behandlung verzögert würde und sich hieraus Nachteile für das Leben oder die Gesundheit der gefährdeten Person ergeben würden (Gefahr im Verzug), die Zustimmung ist unverzüglich nachträglich herbeizuführen. Für die Strafvollstreckungs- und die Jugendkammern gelten die Vorschriften des FamFG über die Zwangsbehandlung (§§ 312 ff. FamFG) entsprechend.

§ 8 Abs. 6 UBG BaWü

- (6) Eine wirksame Patientenverfügung der zu behandelnden Person (§§ 1901 a und b BGB) ist zu beachten. Schließt sie eine Behandlung nach Absatz 3 aus, geht die Patientenverfügung vor, nicht jedoch in Fällen gegenwärtiger erheblicher Fremdgefährdung (Absatz 3 Satz 1 Nummer 2).

Neue Wege psychiatrischen Handelns

Workshop mit Piet Westdijk (praktizierender Psychiater in Basel)

Psychiatrie ohne Zwang: gibt es das?

Bevor ich heute Nachmittag über alternative Behandlungsmethoden (alternativ in Bezug auf Zwangsbehandlung) reden kann, gibt es einige Fragen zu klären oder auch zu diskutieren.

Wie kommt es, dass es eine Gesellschaft gibt, in der Menschen andere Menschen zwangsbehandeln?

Was ist der Kontext dieses Phänomens?

Der Kontext ist mal eine Psychiatrie respektierende Gesellschaft und die Psychiatrie. Was ist Psychiatrie? Die ärztliche Heilkunde seelischer Störungen. Was ist Seele? Ich weiß es nicht. Ich habe aber den Eindruck, dass Seele oder - griechisch - Psyche im Kontext der Medizin auf einen menschlichen Bereich hinweist, den man ärztlich behandeln könnte oder sogar sollte (natürlich nur, wenn sie gestört ist). Dies alles gegen den Hintergrund, dass ein Arzt die Aufgabe hat, Menschen zu helfen, indem er sie behandelt. Denken Sie an einen Unfall auf der Straße und einen Arzt /eine Ärztin, der/ die vorbeikommt und aufgrund seines/ ihres hippokratischen Eides alles unternimmt, um der verunfallten Person zu helfen. Diese Behandlung sollte aber wissenschaftlich begründet sein, naturwissenschaftlich und/oder geisteswissenschaftlich.

Diese wissenschaftliche Begründung wird während der Ausbildung zum Arzt gelehrt und vorgetragen. Dabei

gibt es gewisse Gepflogenheiten, Methoden und Techniken. So wie jetzt: Ich stehe vor Ihnen, habe einen sogenannten frontalen Auftritt, weiß über das Thema Bescheid und muss Sie als Zuhörende informieren und überzeugen, am liebsten mit einer Powerpoint-Show. Was aber, wenn ich nicht Bescheid weiß? Tja, dann wird es schwierig. So ist auch meine Situation. Ich weiß sehr wenig, entdecke, dass ich immer weniger weiß, weiß aber immerhin, dass ärztliche Kolleginnen und Kollegen anderer Meinung sind und aufgrund dieser Meinung Sachen machen, gegen die ich als Mensch laut protestiere.

Zurück zur Psyche: Der genannte Bereich der Psyche betrifft das menschliche Verhalten, wobei u.a. folgende Funktionen, die alle gestört sein können, gemeint werden: das Bewusstsein, die Orientierung, die Psychomotorik, die Stimmung, das formale und inhaltliche Denken, der Wille, die Vernunft und die Persönlichkeit. Sie schmecken schon. Diese Aufzählung ist nicht rein. Es gibt dabei medizinische in diesem Fall neurologische Funktionen wie Bewusstsein, bei denen der Arzt durchaus etwas zu sagen hat. Wie weit er aber übers Denken, den Willen oder die Persönlichkeit ein Mitspracherecht hat, lässt sich durchaus diskutieren.

Dabei hat der Mensch zu leiden. Ohne Leiden gibt es keine Behandlung. Der betroffene Mensch könnte leiden und braucht – nach der Meinung der Mediziner/innen – Behandlung, Therapie! Wenn er in

der Zukunft leiden könnte, muss der Arzt/ die Ärztin präventiv tätig sein und alles daran setzen, dass dieses Leiden verhindert werden kann. Wenn der betroffene Mensch nicht leidet, könnte es sein, dass Menschen um ihn herum leiden, was wiederum ein Grund für den Arzt sein kann, intervenieren zu wollen, oder zu „müssen“, wie es dann heißt.

Die Interventionslust des Arztes/ der Ärztin begründet sich auf seiner/ ihrer Überzeugung, er/ sie könne da etwas machen, könne heilen, oder zumindest das Leiden lindern. Er/ sie nennt dies eine wissenschaftliche Überzeugung. Immerhin habe er/ sie im Verlauf der Zeit schon viel erreichen können, jedenfalls auf anderen medizinischen Gebieten, wie in der Inneren Medizin, in der Chirurgie, Pädiatrie, Neurologie und wie alle Spezialisierungen in der Medizin auch heißen mögen. Psychiatrie ist ja auch eine Spezialisierung. Nur wissen wir bei Letzterer nicht genau, um was es hier geht, ist die Seele offenbar nicht ein so abgrenzbares menschliches Organ, wie das Herz, der Magendarmtrakt, das Nervensystem, das Auge, etc.

Doch tun die Psychiater/innen so als ob dies so ist. Die anderen Spezialisten haben Diagnosen und haben aufgrund dieser Diagnosen wissenschaftlich geforscht und sind so zu Therapien gekommen, die Menschen wirklich geholfen haben. Dieses medizinische Modell von Forschung, Diagnose und Therapie sollte auch auf die Psychiatrie angewendet werden, beziehungsweise wurde und wird in der Psychiatrie angewendet, solange es die Psychiatrie gab und gibt. Der Grund ist, dass wir Psychiater/innen gleichzeitig Ärzte/ Ärztinnen sind. Wir können nicht anders.

Nicht, dass sich nicht andere Disziplinen um menschliche Probleme gekümmert haben. Es gibt ja z.B. die Psychologen und Psychologinnen, die Sozialarbeiter/innen, die Pädagogen und Pädagoginnen, Andragogen und Andragoginnen und früher noch die Theologen. Die Psychologen/ Psychologinnen sind dabei wieder eine spezielle Sorte. Sie haben auch das Wort Psyche in ihrer Fachbescheinigung. Sie sind aber „Logen“, was heißt, dass sie etwas wissen, und keine „later“, was einfach Arzt bedeutet. Bezeichnenderweise gibt es in diesen anderen Disziplinen auch keine Phänomene wie Zwangsbehandlung.

Was also den Arzt ausmacht ist, dass er sich von seinem Beruf her gezwungen fühlt, dem Menschen mit seiner Behandlung zu helfen, sogar wenn dieser Mensch das nicht will. Wie ist dies zu verstehen? Der Psychiater hat Diagnosen erfunden, Krankheiten, zu



Foto: Westdijk 3, © 2013 by Schattenblick

deren Symptomen sich z.B. fehlende Krankheitseinsicht zählt, was heißt, der Patient/ die Patientin weiß nicht, dass er/ sie krank ist, welches Phänomen ihn/ sie krank macht. Diesem Menschen muss geholfen werden, weil er uns im Nachhinein dafür dankbar sein wird, wenn die Störung wieder vorbei ist. Wir Ärzte/ Ärztinnen müssen eine Weile die Verantwortung übernehmen, geht nicht anders. Auch wenn es schmerzliche Eingriffe betrifft, wie eine Spritze in den Hintern mit Neuroleptika bis hin zu einer Elektrokrampfbehandlung.

Oder er ist selbst- oder fremdgefährdet. Ob diese Begriffe psychiatrische Symptome sind, ist auch keine einfache Frage. Man könnte aber sagen, dass diese Begriffe von der Psychiatrie annektiert worden sind. Mit anderen Worten kann man sich nicht umbringen wollen, ohne psychisch krank zu sein, man ist beispielsweise depressiv oder leidet an einer Depression. Ist das so? Eine Organisation wie Dignitas behauptet etwas anderes. Das Problem ist die deskriptive Diagnostik, die den Arzt/ die Ärztin befähigt, allein durch das Beschreiben auffälligen Verhaltens Diagnosen zu stellen, die dann eine Behandlung erfordern. Ist jemand z.B. traurig und nicht arbeitsfähig, weil ein geliebter Mensch gestorben ist und die Trauer um diesen Menschen nicht vorübergeht, kann Depression diagnostiziert werden. Es wird der Patientin /dem Patienten vorgeschlagen, ein Antidepressivum einzunehmen. Dass jedoch ein solches Antidepressivum die Patientin /den Patienten unfähig macht sich selbst noch zu spüren und für sich die richtigen Entscheidungen zu treffen, wird dem /der Betroffenen vorenthalten. Es wird nicht über Nebenwirkungen gesprochen, die die Situation weiter verkomplizieren.

Ich wage es nach mehr als 30 Jahren Psychiatrieerfahrung zu behaupten, dass ich nicht weiß, ob es überhaupt so etwas wie Depression gibt.

Chancen alternativer Behandlungsmethoden

Vortrag von Piet Westdijk (praktizierender Psychiater in Basel)

Einleitung: Guten Tag, ich heiße Piet Westdijk, bin praktizierender Kinder-, Jugend- und Erwachsenenpsychiater in Basel, Schweiz. Das heißt, ich bin in einer unabhängigen Praxis tätig und mein eigener Chef. Weil ich als Niederländer seit 1981 in der Schweiz wohne, spreche ich Hochdeutsch wie ein Schweizer und habe im Hintergrund einen holländischen Akzent. Mein Verhältnis mit Deutschland war getrübt. Ich heiße Pieter Hendrik, weil Onkel Piet und Onkel Henk im Krieg gestorben sind. Die systemische Weiterbildung in Heidelberg hat aber ermöglicht, dass ich Euch, die Deutschen von heute, habe kennenlernen dürfen und ich jetzt einige gute deutsche Freunde habe. Das war die persönliche Klärung.

Meine Einstellung zum Konferenzthema: Ich habe die Zwangspsychiatrie an eigenem Leibe erlebt und bin entsprechend traumatisiert. Man hat mich mal, als ich total überarbeitet war, das Gefühl hatte, das Leben nicht mehr bewältigen zu können, zu viele Antiepileptikummittel genommen hatte und dadurch bewusstlos wurde, zwangsweise in die Psychiatrie eingewiesen, was nicht lustig war.

Doch als Arzt kann ich Zwang nicht ganz ausschließen, möchte ihn aber, koste was es wolle, ausschließen. Das praktiziere ich als Psychiater. Dieser Beruf ist irgendwie ein Schicksal. Mir gefällt er immer weniger doch ich versuche, das Beste daraus zu machen. Ich bin Mitglied und Vorstandsmitglied des Vereins Psychex, ein schweizerischer Verein, der Menschen hilft, die gegen ihren Willen psychiatrisch „behandelt“ werden, diesen einen Anwalt zur Verfügung stellt, der ihnen hilft, aus der Psychiatrie rauszukommen. Es versteht sich von selbst, dass einige dieser Betroffenen bei mir in der Praxis landen. Meine Aufgabe ist es dann, es besser zu machen als die Psychiatrien, was nicht immer einfach ist.

Alternative Behandlungsmethoden: Ich kann hier nur einen Überblick über meine Tätigkeiten als Psychiater und Psychotherapeut geben, wobei ich gerade hinzufügen möchte, dass m. E. echte Psychotherapie nur ohne Zwang passieren kann. Im weiten Bereich der Psychotherapie gibt es viele Methoden, aus denen PatientInnen auswählen können. Da mache ich keine

Propaganda für die eine oder andere Schule, auch wenn mir die systemische Methode am ehesten zusagt.

Ich möchte mich jetzt vor allem auf solche Fälle konzentrieren, die vielleicht Kolleginnen/ Kollegen zwangseinweisen und –behandeln lassen würden. Ich fange mal mit den Schwierigsten an:

Demente Patienten mit aggressivem Verhalten:

Frau Müller, 80jahrig, dement, hat Schwierigkeiten mit der zeitlichen und räumlichen Orientierung. Sie hat massive Störungen des Kurzzeitgedächtnisses, ist inkontinent und wenn man irgendetwas von ihr fordert, schlägt sie um sich, sodass ihr Mann sich keinen Rat mehr weit. Die Kinder sind ebenfalls überfordert. In dieser Situation wird der Notfallarzt gerufen. Dieser weist sie in ein geriatrisches Krankenhaus ein, wo sie zuerst auf einer normalen Station aufgenommen wurde. Hier blieb sie nicht in ihrem Zimmer, sie wollte weglaufen. Wenn man sie zurückhielt, schlug sie auf die Pfleger/innen ein. Medikamente wollte sie nicht einnehmen. Der zuständige leitende Arzt – ein Freund von mir – wurde hinzugezogen. Dieser beschloss, sie auf die geschlossene psychogeriatrische Abteilung zu verlegen, wo sie sich frei herum bewegen konnte, unabhängig vom Aussehen, ob mit oder ohne Kleidung. Es waren keine zwangsmedizinischen Maßnahmen erforderlich, abgesehen natürlich davon, dass sie die Abteilung nicht verlassen konnte. Mit der Zeit ließen ihre Aggressionen nach und es wurde deutlich, dass die Aggressivität mit dem früheren einengenden Verhalten ihres Umfeldes zusammen hing. Das konnte sie logischer Weise nicht verstehen und es ist wahrscheinlich, dass sie immer ein geschultes Umfeld brauchen wird, um nicht in alte Verhaltensmuster zurück zu fallen.

Abhängige Patienten: Frau Meier, 40jahrig, seit der Trennung von ihrem Ehemann schwer alkoholabhängig (sie trank täglich 2 – 3 Flaschen Wodka) und hatte schon 10 Zwangsaufenthalte in der Klinik hinter sich. Alkoholbedingt hatte sie ebenfalls eine Entzugsepilepsie entwickelt. Die Klinik wollte sie jetzt in ein geschlossenes Wohnheim verlegen, in dem ein einjähriger therapeutischer Aufenthalt geplant war, wogegen sie sich aber mit Hilfe des Psychexanwaltes erfolgreich



Fotos: Westdijk 1-2, © 2013 by Schattenblick

wehrte. In der Folge kam sie zu wöchentlich für eine Stunde zu mir (mehr Zeit hatte ich nicht zur Verfügung) in die ambulante Begleitung. Die Idee war, dass sie für sich mal aufschreiben würde, was sie alles erlebt hatte, verbunden mit dem Auftrag zu erforschen, warum sie immer wieder rückfällig wurde. Medikamente bekam sie von mir nicht und es wurden alle von der Klinik verordneten Medikamente schrittweise abgesetzt. Leider kam es aber immer wieder zu Rückfällen, die so heftig waren, dass sie sich freiwillig wieder in der Klinik meldete. Dort wurde sie aber nicht mehr mit Zwangsmaßnahmen behandelt und konnte im Einvernehmen mit den Ärztinnen und Ärzten die Klinik wieder verlassen. Vorgestern sahen wir uns wieder. Wir geben nicht auf, vor allem sie nicht. Vorgesehen ist eine Gruppentherapie des Blauen Kreuzes, Fortsetzung meiner Bemühungen und eine Beschäftigung im Sinne einer Tagesstruktur.

Psychotische Patienten: Eine junge 18jährige Patientin landete in der Klinik. Dort erhielt sie die Diagnose Schizophrenie, nachdem sie sich als Studienanfängerin sehr auffällig benommen hatte. Sie hatte ein Komplott zwischen der Universitätsleitung und ihren Eltern vermutet und entsprechende aufrührerische Emails versendet. Auch sie wehrte sich erfolgreich gegen die Zwangseinweisung und kam zu mir. Ich setzte die Medikamente schrittweise ab, nach der 10%-Schritte-Regel. Wir konnten gut miteinander reden. Die Familie wurde einbezogen. Es war eine komplizierte Familie. Die Eltern waren geschieden und der Stiefvater war nicht nett, etc. Die Therapie dauerte ein Semester, bis sie wieder an die Universität zurückkehren konnte. Weil diese in Brüssel war, habe ich sie an einen ähnlich denkenden Kollegen überwiesen.

Suizidale Patienten: Eine Patientin hatte ich in der Klinik, in der ich eine Weile tätig war, kennengelernt. Siehe Text RAHEL.

Fr. A - WUT: Eine Klientin, die noch lebt, weiß von meiner Anwesenheit hier. Sie bat mich, wütend zu sein, oder meine Wut zu zeigen, darüber wie sie, ihr Sohn und viele andere Patienten gegen ihren Willen behandelt werden. Sie war vom Vater missbraucht worden. Ihr Sohn leider auch von dessen Vater, von ihrem von ihr geschiedenen Mann. Der Sohn hatte eine schwere belastete Ehe, in der er psychotisch wurde. Er wurde eingewiesen und auf Medikamente – Neuroleptika – eingestellt, die er nicht ertrug. Es hieß aber, dass er die Nebenwirkungen zu ertragen hatte. Wieder – wie schon vom Vater – wurde er gezwungen, etwas zu machen, das ihm total zuwider war. Mit Hilfe der Spitex kam er raus, kam zu seiner Mutter, die aber mit ihm total überfordert war und mit ihm zu mir kam. Es folgte eine Gerichtsverhandlung, für die ich einen Bericht schrieb, in dem ich für eine freiwillige Behandlung plädierte. Er fand einen Job in Zürich, wo er auch eine ambulant tätige Psychiaterin fand. Die Mutter blieb bei mir. Es wird noch eine sehr lange Begleitung werden, die nicht einfach ist. Zum Beispiel verbietet sie mir, irgendwelche Notizen zu machen, was ich sonst immer tue.

Warum?

Ich kann es nicht sein lassen, mir noch ein paar Gedanken zum Warum der Zwangstherapie zu machen: Mir fällt auch, dass wir Ärzte oft die Aufgabe bekommen, etwas aus dem Weg zu räumen. Die somatischen Kolleginnen / Kollegen sollen sich um Krankheiten kümmern. Die Chirurgeninnen/ Chirurgen sind da die größten Helden. Sobald es um chronische, nicht heil-

bare Krankheiten geht, wird es aber schwierig. Nicht nur für die Patientinnen/ Patienten, sondern auch für uns Ärztinnen/ Ärzte. Wir erleben es als Versagen. Daher die Haltung, viel in Kauf zu nehmen, um die Heilung zu erreichen.

Wir Psychiater haben auch vieles aufzuräumen: Angst, die schlechte Stimmung, Zwänge, Stimmen, Suizidalität, usw. Mit der Angst habe ich aber schon bald ein Prinzip gelernt, das ich für alle psychiatrischen Probleme anwenden möchte. Das ist, es einfach mal stehen zu lassen, anzunehmen ohne etwas ändern zu wollen (es geht ja auch nicht) und in einem zweiten Schritt die Angst verstehen zu wollen, wobei es meine Aufgabe dann ist, den Patienten/ die Patientin dazu zu motivieren, die Angst auch verstehen zu wollen. Die andere Methode wäre ja Medikamente einzusetzen, Benzodiazepine, etc.

Dasselbe gilt für schlechte Stimmung, das depressive Syndrom.....
Für Zwänge.

Und für Verhalten, das die Gesellschaft nicht akzeptiert, die Selbst- und Fremdgefährdung. Hier kommt dann ein politischer Auftrag. M.E. geht es darum, dass wir als Gesellschaft besser mit auffälligem Verhalten umgehen lernen. Kinder die unruhig sind, sich nicht konzentrieren können (statt Diagnose ADHS und Ritalin als Therapie), Essgestörte junge Leute, abhängige Jugendliche, verrückte Jugendliche, die sich nicht ablösen können, verwirrte alte Leute.

Die Gesellschaft sollte diese Phänomene annehmen lernen und verstehen wollen und sie nicht zuerst mal bekämpfen.

Auszug eines Berichts über den Workshop und Vortrag von Piet Westdijk in der Elektronischen Zeitung Schattenblick (erstmalig online erschienen am 23. Februar 2014)

Wissen verbreiten, Isolation überwinden

In einer lebhaften Diskussion im Workshop wie auch nach dem Vortrag brachten die psychiatrienerfahrenen Teilnehmerinnen und Teilnehmer kompetent und engagiert eine ganze Reihe drängender Fragen zur Sprache. So beklagten sie unter anderen fehlende Informationen über die rechtliche Handhabe, sich gegen Zwangsmaßnahmen zu wehren, und eine geringe Kenntnis vorhandener therapeutischer Alternativen. Es sei dringend erforderlich, diese zu vernetzen und Wissen weiterzugeben, zumal vielerorts entsprechende Angebote fehlten. Während Psychex leider nur in der Schweiz tätig und der Aufbau einer solchen Organisation in Deutschland bislang nicht gelungen ist, sind die Hinweise des BPE zu empfehlen, der beispielsweise eine Liste zumindest halbwegs alternativer Therapeuten/innen veröffentlicht hat.

Wie Piet Westdijk bestätigte, seien ihm selbst in der Schweiz nur sehr wenige Kolleginnen und Kollegen bekannt, die ähnlich dächten und arbeiteten wie er. Für Deutschland könne er mangels Informationen so gut wie keine diesbezüglichen Empfehlungen geben. Was die Risiken einer alternativen Herangehensweise betreffe, habe ihm persönlich noch nie jemand einen Strick daraus gedreht. Er schließe jedoch keineswegs aus, dass das jederzeit geschehe könne.

An dieser Stelle sei die entschiedene Aussage einer Teilnehmerin zitiert, die die Frage aufwarf, ob es im Zwangssystem Psychiatrie trotz Machtausübung, Profitstreben und Bestechung durch die Pharmaindustrie nach wie vor Freiräume gebe, sich diesem Druck nicht zu fügen. Man könne sich auch in einem Zwangssystem entscheiden, wie man sich verhält, gab sie zur Antwort, wofür sie spontanen Beifall erhielt.

Wie entkommt man der pharmazeutischen Fessel? Unter den Teilnehmerinnen und Teilnehmern des Kongresses waren die Meinungen geteilt, auf welche Weise man Psychopharmaka absetzen könne und solle. Einige waren der Auffassung, dass ein kalter, allenfalls von milden Heilmitteln unterstützter sofortiger Entzug möglich sei, sofern lückenlos eine sachkundige Begleitung sichergestellt werde könne. Andere teilten Piet Westdijks Überzeugung, dass man die psychiatrisch verabreichten Medikamente nicht einfach komplett absetzen dürfe, da man andernfalls gravierende Rückschläge riskiere. Psychiatrieeinsassen/innen erhielten mitunter zehn oder gar fünfzehn verschiedene Medikamente mit unbekannter Wechselwirkung und oftmals in hoher Dosierung. Auch wenn die Anzahl geringer und die Dosierung niedriger sei, müsse man im Einzelfall sorgfältig prüfen, was in welcher Abfolge unternommen werden kön-

ne. Westdijk plädierte aufgrund seiner Erfahrungen für einen schrittweisen und sehr vorsichtigen Ausstieg, der in Abstimmung mit der Patientin oder dem Patienten zu steuern sei. Trete eine Verschlechterung ein, müsse man das Absetzen unterbrechen, stabilisiere sich die Situation, könne man weiter fortfahren. Unterdessen sei es erforderlich, andere Medikamente zu verschreiben, da man besonders problematische Präparate durch etwas weniger gefährliche ersetzen und Reaktionen auf das sukzessive Absetzen abfedern müsse. Viele Medikamente erzeugten Angst und schwere Abhängigkeit, so dass bereits bei einer Reduzierung der Dosis sehr gefährliche Reaktionen bis hin zu Epilepsieanfällen auftreten könnten. Das „Ausschleichen“ müsse daher mit Umsicht und stets eng am jeweiligen Menschen und dessen aktueller Situation durchgeführt werden, wobei An-

gehörige oder Freunde/innen eine große Hilfe seien, sofern sie das aushalten können. Zudem müsse man wissen und das auch allen Beteiligten offenlegen, dass eine schrittweise Absetzung unter Umständen Jahre dauern kann. Entsprechend gelte es auch in einer akuten Notlage zu prüfen, ob man von vornherein ohne Medikamente auskommt. Viel hänge davon ab, ob die Familie zur Mithilfe bereit sei. Andernfalls sei eine stationäre Unterbringung kaum zu umgehen, wobei man leider selten Kliniken finde, die auf Medikamente verzichteten. Notfalls greife man auf Medikamente zurück, wähle aber weniger starke und dosiere vorsichtig. Das gehe nicht immer, aber häufiger, als man meint, sprach sich Piet Westdijk gegen absolut gesetzte Prinzipien auf diesem Sektor des Widerstreits mit psychiatrischen Zwangsmaßnahmen aus.

16 Mai 1991: Literaturarena über Rahel Beglinger mit Claude Spengler

Einleitung

Werk und Autor sind nicht von einander zu trennen. Das sicher nicht bei Rahel Beglinger und ihrem Buch „Depression“. Darum muss ich zuerst über ihre Person reden. Ja, sie hat es endlich geschafft, sie brachte sich am 14. März 1991 ums Leben, das ihr ja- so unendlich Weh gemacht hatte. Ich war ihr Therapeut, ihr Psychiater, Zeuge eines unvorstellbaren psychischen Leidens, dessen Mass nur an äusserlichen Zeichen abzulesen war, wie ihre im Buch sehr lebens – (oder todesecht?) dargestellten Suizidversuche, ihre Magersuchtsperioden und ihr selbstverletzenden Verhalten wie das Essen von Giftpflanzen und anderes zum Teil nur von mir Erahtes. Ja, ich war Zeuge. Ob es noch mehr war? Wer kann das sagen? Gerade Rahel hat in ihrem Leben gezeigt, dass es in einer Therapie nicht um „Reparatur kaputter oder kranker Psycheteile“ geht, sondern um einzigartige Begegnungen, innerhalb derer gegenseitig Neues gesäht wird und an beiden Seiten neugierig geschaut wird, was an Neuem hat wachsen können. Was für eine Hybris ist das, wenn gemeint wird, wir könnten bei einander etwas ändern! Entscheidende Änderung passiert nur, wenn persönlich auf die Einladung oder Verführung, für anderes offen zu werden und es zuzulassen, eingegangen wird.

Das ist schon meine Mühe mit dem Titel des vorliegenden Buches. Ich bezweifle übrigens, ob dies ein von Rahel gewählter Titel ist. Wenn man Depression sagt, an was denkt man dann? Ich weiss es eigent-

lich gar nicht. Das ist die Deformation professionelle. Wenn man aber das meint, was heutzutage die Psychiater unter Depression verstehen, stimmt es einfach nicht. Der Tunnel, der auf dem Titelblatt abgebildet ist, ist eben kein „depressiver“ Tunnel, der wieder aufhört, hinter dem wieder Licht kommt. Nein, hier wird ganz bewusst abgewogen, mit wieviel Chance ein definitiver Tod erreicht werden kann. Rahel wollte immer sterben. Auch wenn man es ihr nicht ansah. Sie hatte überhaupt grosse Mühe, dazu zu stehen, weil ihr grösste Angst war, Menschen damit zu verletzen und, wie sie meinte, zu verlieren. Ich will hier nicht weiter ausführen, wie man es sonst psychiatrisch nennen könnte. Es ist mir so egal, was „man“ machen müsste. Viel wichtiger ist, was ich mache, wie ich reagiere. Was bedeutete ihre überwältigende Todessehnsucht? Abschliessende Antworten können selbstverständlich nicht gegeben werden. Sie und ich haben aber immer wieder neue Teilantworten gefunden, die ihr einen Moment wieder „Luft“ gaben, den grossen Schmerz aber nicht zu lindern vermochten. Der Schmerz, der sie so einsam machte, der mich so hilflos machte, gegenüber dem ich kapitulieren musste.

Eine wichtige Teilantwort war immer wieder die überall in unserer Gesellschaft gepflegte Lüge, dass das Leben quasi ewig ist. Der Tod wird überall, wo es nur möglich ist, tabuisiert. In den Familien: die Grosseltern sterben in Pflegeheimen, Spitälern; wenn möglich nicht zu Hause; die Kinder hören, dass die

Grosseltern trotz der Supertechnologie nicht geheilt werden konnten, und nicht, dass die Grosseltern eigentlich froh war, das Leben endlich loslassen zu können. In den Schulen: über Sexualität wissen sie schon alles und über den Tod? In den Medien: das Leben kotzt mich an, wenn ich mir die Fernseherreklame anschau; der Tod kommt höchstens über die Lebensversicherung um die Ecke, wobei es dort ja auch wieder nur um die Überlebenden geht.

Rahel hatte eine ganz dünne dünne Haut. Sie spürte das alles. Darum ging sie nur ein Mal in der Woche einkaufen: sie hielt es in den Lebensmittelgeschäften kaum aus. Wir spüren das nicht mehr. Wir sind abgestumpft. Was sie auch spürte, war, wie wir es irgendwie immer wieder fertig bringen, die Tierwelt auszublenden. Ganz egozentrisch denkt der Mensch wirklich nur noch an sich selber. Der Alltag mit all seiner Hektik lässt es einfach nicht zu, weiter zu denken. Sicher unterstützen wir Aktionen wie die des WWF, aber leiden wir daran? Auch die Lüge der Religion machte ihr sehr stark zu schaffen. Vor allem die Religion, die im Namen ihres Gottes Hass und Gewalt, Heuchelei, Scheinheiligkeit und Moralismus vertritt.

Dafür zog es Rahel zu den Verrückten, zu den einfach unkompliziert Lebenden, die zum Leben den Kopf nicht brauchen, sondern sich quasi mit ihrem Bauch dem Leben stellen, in all seinen natürlichen Paradoxien, dem Leben im Tod, und dem Tod im Leben. Vielleicht darum ihre Identifikation mit den Griechen, die es seit Jahrhunderten schaffen, es zwi-

schen Apollo und Dionysos und zwischen der Mutter Erde und dem Vater Zeus auszuhalten. Auffallend ist aber auch ihre Zuneigung zu Israel, das vor allem im jahrhundertlangen Leiden der Juden und deren doch auch prägenden Einfluss auf der Weltgeschichte diesen nicht zu lösenden Widerspruch unter aller Aufmerksamkeit bringt.

Ich wäre ihr sicher nicht gerecht, wenn ich auch nicht über ihr Staunen berichte, das immer wieder neu erregt wurde, wenn sich Menschen ihres Umfeldes interessiert zeigten, sie im Spital besuchten oder ihr sonst eine Kleinigkeit zu Liebe taten. Ihr war wirklich nichts selbstverständlich! Jedes gute liebevolle Wort, jedes Zulächeln und jedes Zuhören sog sie gleichsam auf, wahrscheinlich, weil sie mehr als alle andere, die ich kenne, von solchem abhängig war, weil ihr der Boden eines Reserve-Liebes - oder -Zuwendungsfasses, das wir alle mehr oder weniger kennen, fast total fehlte. Aber auch hier müssen wir aufpassen, dass wir unsere mangelndes Spüren nicht zur Norm erheben! Sind wir auch diesbezüglich nicht abgestumpft?

Zusammenfassend will ich Ihnen sagen, dass wir vom Leben und Werk von Rahel Begtinger viel zu lernen haben. Stellen wir uns unserer dicken abgestumpften Haut. Hören wir auf, Ausreden zu finden. Es sind nämlich Ausreden, die uns schwerhörig machen, schwerhörig für den Sinn des Lebens, für das Leiden, den Tod, für alle ungelöste Fragen, die doch immer wieder gestellt werden müssen.



Foto: Uni Essen illuminiert, © 2013 by Schattenblick

Widerstand gegen die Medikalisierung der Gesellschaft

von Kathrin Vogler (MdB, Mitglied im Gesundheitsausschuss)

Als „Mother's Little Helper“ besangen die Rolling Stones 1965 jene „kleine gelbe Pille“, deren Wirkstoff Benzodiazepin wenige Jahre zuvor entwickelt worden war und als sogenannter Tranquilizer unter verschiedenen Handelsnamen eine universale medikamentöse Antwort auf die vermeintlichen Kollateralschäden der modernen Leistungsgesellschaft gab. Mit diesem Titel war auch der Vortrag überschrieben, in dem Kathrin Vogler, Abgeordnete der Linksfraktion im Bundestag und Mitglied im Gesundheitsausschuss, über „die Medikalisierung der Gesellschaft und Möglichkeiten des Widerstands“ sprach.

Sie eröffnete ihre Überlegungen mit einer Fallgeschichte, die sie persönlich erlebt hatte. Es war die Geschichte ihrer eigenen Mutter, deren Ängste, Depressionen und Schlafstörungen weniger Ursache der ihr verordneten Einnahme von Benzodiazepin als deren Ergebnis waren. Der Hausarzt, der ihr das Mittel verschrieb, hatte dessen langfristige Verabreichung verschwiegen, so dass Kathrin Voglers Mutter noch im hohen Alter einen lebensgefährlichen kalten Entzug im Krankenhaus durchleiden musste. Der hochgradig suchtbildende Charakter des weitverbreiteten Psychopharmakons war dem Arzt wohlbekannt gewesen, gab er doch an, er wollte der alten Dame bei all ihren sonstigen körperlichen Erkrankungen und ihrer schwierigen Lebenssituation nicht auch noch einen Entzug zumuten. Sogenannte Nebenwirkungen des Benzodiazepins wie die Dämpfung des Atemzentrums und des Hunger- wie Durstgefühls oder die Beeinträchtigung des Erinnerungsvermögens und der Orientierung können bei alten Menschen fatale Folgen haben. So lag im geschilderten Fall bereits eine asthmatische Erkrankung vor, die durch das Medikament verschlimmert werden kann. Auch wurde die Patientin mehrmals dehydriert ins Krankenhaus eingeliefert, und gerade im Alter kann jede Einschränkung der Aufmerksamkeit zu Stürzen führen, die die Handlungsfähigkeit der Betroffenen erheblich einschränken. Dass der dauerhafte Gebrauch dieses Tranquilizers Symptome wie Unruhe, Verwirrtheit und Angstzustände, die er eigentlich be-

seitigen soll, auch noch verstärken kann, schmälert seinen Nutzen noch weiter.

Die Referentin nahm dieses Beispiel aus ihrem eigenen Leben zum Anlass, die negativen Auswirkungen des Einsatzes von Psychopharmaka darzustellen. Mehr als vier von zehn gesetzlich Versicherten über 65 Jahre erhalten regelmäßig mehr als fünf Medikamente, obwohl die Risiken des Medikamentengebrauchs bei älteren Menschen, die deren Wirkstoffe nicht mehr so schnell verstoffwechseln können, zunehmen. Etwa fünf Prozent aller Krankenhauseinweisungen haben ihre Ursache in unerwünschten Nebenwirkungen, bei Patientinnen und Patienten in stationären Pflegeeinrichtungen sollen es sogar bis zu zehn Prozent sein. Zwischen 1,5 und 1,9 Millionen Menschen sollen in der Bundesrepublik unter Medikamentenabhängigkeit leiden, davon sind allein 1,2 Millionen Benzodiazepin abhängig. Auch soll ein Zusammenhang zwischen dieser Medikation und Demenz bestehen, so Vogler unter Verweis auf einen Arzneimittelreport der Barmer Ersatzkasse.

Die Verabreichung von Tranquilizern in der Altenpflege stellt ein besonderes Problem dar, da sie negative Auswirkungen gerade bei dieser Personengruppe haben, ihr Einsatz jedoch die aus Gründen unzureichender Bemittelung ungenügende Betreuung pflegebedürftiger Menschen kompensiert. Der Pflegenotstand erkläre dies zwar, könne diese Praxis aber nicht legitimieren. Wenn für freiheitsbeschränkende Maßnahmen wie Anbinden - was die Referentin ausdrücklich nicht „Fixieren“ nennt - am Bettgitter oder einschließen eine richterliche Erlaubnis erforderlich ist, dann müsse das eigentlich auch für die Verordnung dieser Psychopharmaka gelten, erzeugten sie den Effekt der Fesselung doch auf unsichtbare Weise. So finde eine bedenkliche Verlagerung von der physischen Gewalt hin zur chemischen Gewalt statt, durch die aus menschenrechtlicher Sicht nicht nur nichts gewonnen ist, sondern auch noch die gesundheitlichen Gefahren der Medikamentierung in Kauf genommen werden müssen. Bei Kindern und Jugendlichen habe



Fotos: Vogler 1-2, © 2013 by Schattenblick

die Verordnung von Psychopharmaka in den letzten Jahren deutlich zugenommen, erklärte Vogler anhand einer Angabe der AOK Hessen. Dort stellte man von 2000 bis 2006 einen Anstieg um 50 Prozent bei der Verordnung von Neuroleptika an Kinder und Jugendliche fest. Diese Mittel würden in der Regel nicht durch die Fachärzte/innen, sondern normale Kinder- und Jugendärzte/innen verordnet. Mit 1,7 Tonnen Methylphenidat pro Jahr wird in der Bundesrepublik gegen die sogenannte Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) zu Felde gezogen, wobei die Praxis, eine gesicherte Diagnose auch dadurch herbeizuführen, dass die Wirksamkeit des Medikaments bei der untersuchten Person geprüft wird, eine besonders zweckdienliche Affinität zwischen dem Symptomenkomplex ADHS und seinem angeblichen Therapeutikum nahelegt. Fast 50 Prozent der Kindern und Jugendlichen verschriebenen Neuroleptika werden aufgrund einer ADHS-Diagnose verordnet, 30 Prozent wegen Störung des Sozialverhaltens, als nächstgrößere Indikation werden Depression und Angststörung genannt. Dies erfolgt bei Feststellung von „Störungsbildern, für die Antipsychotika keine Indikation haben beziehungsweise für die Leitlinien den Einsatz von Antipsychotika nicht empfehlen.“ Dabei sei in den Jahren, in denen die Verordnung von Psychopharmaka an Kinder und Jugendliche massiv zugenommen hat, keine Zunah-

me psychiatrischer Erkrankungen festzustellen. Da es nicht mehr Diagnosen gegeben habe als zuvor und es auch zu keiner Änderung der Behandlungsleitlinien gekommen sei, stelle sich die Frage nach der Ursache des immens gestiegenen Bedarfs an Psychopharmaka.

Kathrin Vogler ist nach Lektüre einschlägiger Untersuchungen der Krankenkassen zum Arzneimittelverbrauch zu dem Schluss gelangt, dass die Marktstrategien der Pharmaindustrie eine der wesentlichen Ursachen dieser Entwicklung seien. Dabei würden mit dem Argument des zeitsparenden und effizienten Einsatzes dieser auch Antipsychotika genannten Medikamentengruppe auch Off-Label-Verordnungen beworben. Der Einsatz von Neuroleptika führe teilweise zu starker Zunahme des Körpergewichts, kann aber auch die kognitiven Fähigkeiten von Kindern und Jugendlichen beeinträchtigen. Methylphenidat wiederum hemmt das Wachstum und dämpft den Appetit, was ebenfalls nachteilig für die Entwicklung jener 2,2 Prozent aller Kinder und Jugendlichen sein könne, die diese Mittel zum Teil über Jahre einnehmen. Das Problem einer der Patientin oder dem Patienten nicht zum Vorteil reichenden Medikamentierung zu individualisieren, greife zu kurz, meint Vogler in Anbetracht eines gesellschaftlichen Problems, zu dessen Bewältigung dementsprechend politische

Strategien zu ergreifen seien. In erster Linie gehe es darum, die krankmachenden Lebens- und Arbeitsbedingungen der kapitalistischen Gesellschaft zu untersuchen und zu verändern.

Die Verdichtung der Arbeitsintensität, unregelmäßige Arbeitszeiten, prekäre Arbeitsverhältnisse und sozialer Stress führen bei Lohnarbeiterinnen und Lohnarbeitern ebenso zu psychischem Elend, wie es die Perspektivlosigkeit bei Erwerbslosen tut. Schon im Kindesalter sorge das selektive Schulsystem für einen Leistungsdruck, an dessen Entstehung auch die Eltern teilhaben, die ihre Kinder unter allen Umständen auf das Gymnasium schicken wollen. Anstatt Leistung und Effizienz in den Mittelpunkt zu stellen, sei ein inklusives Schulsystem zu schaffen, das den Druck von den Kindern und den Eltern nimmt. Es gehe darum, individuelle Stärken zu fördern, anstatt Kinder immer an ihren Schwächen zu messen und sie weitestmöglich auszusortieren, um quasi sortenreine Schulklassen zu schaffen.

Gegen die zerstörerischen Arbeitsbedingungen seien Formen der Arbeit zu schaffen, die den Menschen weder unter- noch überfordern. Sie sollten ihm nicht nur ein sicheres Einkommen bescheren, sondern auch eine stabile soziale Erziehung, Zeit für Familie und Freundschaften, Teilhabe an Bildung und Kultur, körperliche Bewegung und sinnvolle Freizeitgestaltung ermöglichen. Dringend erforderlich sei ein gesetzlicher Mindestlohn in angemessener Höhe, die gesetzliche Festlegung der Höchstarbeitszeit und ein Verbot der Befristung von Arbeitsplätzen zumindest dort, wo es offenkundig darum gehe, die Beschäftigten in Angst und Schrecken zu halten. Für die Pflegearbeit kämpfe gerade DIE LINKE für eine Mindestbemessung des Personals. Das entlastet zum einen die Pflegerinnen und Pfleger, die aufgrund der starken Arbeitsbelastung mit einem sehr hohen Krankenstand zu kämpfen haben, wodurch das übrige Personal noch stärker eingespannt wird. Immer mehr Menschen würden arbeitsunfähig, nicht nur durch psychische Erkrankungen, sondern auch durch belastungsbedingte körperliche Schäden insbesondere des Bewegungsapparates. Ohne mehr und besser bezahltes Personal in den Heimen und zur Entlastung der Angehörigen zu bekommen, sei gegen die chemische Gewalt der Pharmafixierung wenig auszurichten. Zudem müsse mehr hinterfragt werden, was überhaupt eine behandlungsbedürftige Krankheit und was eine gesellschaftlich verkraftbare Verrücktheit im Sinne einer tolerablen Abweichung von der Norm sei.

Da bei psychischen Fragen stets das individuelle und gesellschaftliche Empfinden im Vordergrund stehe, eigneten sich psychologische Phänomene besonders gut dazu, sie zu behandlungsbedürftigen Krankheitszuständen zu erklären. Stattdessen gelte es, Räume zu schaffen, in denen Menschen die Möglichkeit haben, derartige Zustände und Episoden so auszuleben, dass andere dadurch nicht zu sehr belastet werden und die Probleme der Betroffenen selbst nicht überhandnehmen.

Schließlich müsse der Einfluss der Pharmaindustrie zurückgedrängt werden, so Vogler unter Verweis auf die „Initiative unbestechlicher Ärztinnen und Ärzte“ MEZIS - Mein Essen Zahl Ich Selbst, deren Fördermitglied sie ist. Die etwa 700 dort organisierten Ärztinnen und Ärzte nehmen keine Geschenke, keine kostenlose Fortbildung und auch kein Mittagessen von der Pharmaindustrie an. Sie antworten damit auf ihre Weise auf den Sachverhalt, dass jeden Tag ungefähr 16.000 Pharmareferentinnen und -referenten in Deutschland durch die Arztpraxen und Kliniken ziehen, um die Produkte ihres Unternehmens zu verkaufen.

Abschließend kritisierte Kathrin Vogler die geplante Einführung des Pauschalisierten Entgelt-Systems für Psychiatrie und Psychosomatik (PEPP). Es handelt sich um ein Konzept der sogenannten Gesundheitswirtschaft, das die Kosten der Behandlung und Unterbringung von Patientinnen und Patienten durch Fallpauschalen senken soll. Indem die Kliniken nicht mehr den individuellen Aufwand erstattet bekommen, der bei Therapie und Nachsorge anfällt, sondern in Fallgruppen pauschalisiert abgerechnet wird, wirkt sich eine schnelle Entlassung positiv auf die Bilanz der Krankenhauskonzerne aus. Eine zu früh abgebrochene stationäre Behandlung kann jedoch zu einer schnellen Wiedereinweisung in die Klinik führen, was für die betroffene Person gesundheitsschädliche Folgen haben kann, dem Krankenhaus jedoch die Möglichkeit eröffnet, bei einer erneuten Aufnahme einen weiteren Fall abzurechnen.

Ware Mensch - Krankheit als Produktivfaktor

Die drastische Zunahme psychischer Erkrankungen legt nahe, dass die Krise des Kapitals auch als Krise seiner atomisierten Subjekte manifest wird. Richtete sich der Widerstand gegen entfremdete Arbeit einst auch dagegen, dass die Institution der Psychiatrie Krankheit als Produktivfaktor bewirtschaftet, so wird heute bestenfalls die Forderung nach weniger zerstörerischen Bedingungen mehrwertproduzierender

Lohnarbeit erhoben. Während die Verallgemeinerung marktwirtschaftlicher Konkurrenz auf alle Lebensbereiche die sozialen Beziehungen zwischen Menschen zunehmender Isolation und wahnhafter Projektion aussetzt, hinkt die Erkenntnis der Gründe psychischen Elends nicht nur aufgrund der Biologisierung der damit befassten Wissenschaften immer weiter seiner zerstörerischen Wirkung hinterher.

Dabei liegt gerade im Bereich der pharmazeutischen Behandlung sogenannter Geisteskrankheiten nahe, dass das Missverhältnis zwischen kaum objektivierbarem Befund und bisweilen massiver medikamentöser Intervention den Zwang reproduziert, dem der beschädigte Mensch durch die Flucht in die Psychose ausweichen will. Den die persönlichen Kontakte kontaminierenden Warencharakter kapitalistischer Vergesellschaftung nicht auszuhalten und die sozialen Zwangsverhältnisse entfremdeter Arbeit erst recht unerträglich zu finden, als unerwünschte Abweichung zu therapieren, heißt allerdings auch, eine im Kern ganz und gar menschliche Reaktion zu unterdrücken. Werden Psychopharmaka zur bloßen Unterdrückung unerwünschten Verhaltens eingesetzt, dann offenkundig in einem Interesse, dem der Mensch als autonomes, seine Subjektivität verteidigendes und entwickelndes Wesen lediglich ein Störfaktor im Getriebe der Produktivitätserfordernisse ist. Geschieht dies im Verbund mit einer Psychotherapie, die die medikamentöse Wirkung lediglich behavioristisch ergänzt, anstatt von pharmazeutischen Prothesen zu emanzipieren, dann ändert das am Charakter einer Anpassung an widersprüchliche Verhältnisse produzierenden Maßnahme nichts.

Eine die Befreiung des Menschen von Zwang und Gewalt bezweckende Kritik der Psychiatrie und der von ihren Diagnosen gespeisten Kapitalverwertung wäre demnach nicht von einer Kritik der gesellschaftlichen Kultur und politischen Ökonomie zu trennen. Auch wenn dies unter den herrschenden Bedingungen einer Mangelverwaltung, die das kleinere Übel als gerade noch erreichbares Ziel linker Politik erscheinen lässt, fast utopisch wirkt, gilt es nicht zu vergessen, wie sehr das propagierte Menschenbild des Homo oeconomicus und seiner marktrationalen Identität Immunreaktion auf die Geschichte der Klassenkämpfe ist. Dies nicht aus den Augen zu verlieren, aktiviert das reichhaltige Potential menschlicher Subjektivität und macht Mut, gegen die Anpassung und Unterwerfung einfordernde Androhung und Anwendung psychiatrischer Zwangsmaßnahmen Widerstand zu leisten.



Pausenverpflegung Fotos: Tobias Jacob

Die Lage der Psychiatrie - Entwicklung seit dem Foucault-Tribunal von 1998

von Prof. Dr. Wolf-Dieter Narr (Politikwissenschaftler)

Die lange Geschichte psychiatrischen Zwangs und der zähe Widerstand, ihn menschengemäß zu beenden

Vorbemerkung:

„Psychiatrie ohne Zwang – Entwicklung des Zwangs seit dem Foucault-Tribunal Mai 1998“ lautete am 23. November 2013 der Titel meines Seminars im Rahmen einer mit dem ersten Teil des Seminarthemas übereinstimmenden Tagung am 22./23.11.2013 in den Räumen der Universität Essen. Organisiert wurde die Konferenz neben anderen von der Fraktion der Partei die Linke im Landschaftsverband Rheinland und Westfalen-Lippe.

Aus einem Gerinnsel von Gründen, direkt und indirekt mit meiner schweren Gehbehinderung verknüpft, kam ich zwar pünktlich nach Essen, habe es aber nicht zum vorgesehenen Seminarraum geschafft. Am Samstagabend traf ich munter, indes mehrfach sprachlos, wieder in Berlin ein. Da ich Zusage zu halten pflege, mich bei der einladenden Linkspartei und ihren Mitarbeiterinnen wie bei den potentiellen Seminar-Teilnehmenden mit verspäteter Entschuldigungsschleife bedanken wollte, habe ich mir selbst und den Kolleginnen der Linkspartei versprochen, am Thema anhaltend engagiert, bis es keines mehr sein wird, manche Brocken und Brosamen zum Thema, die sich in meinen Taschen angesammelt haben, gleichsam sprechrocken nachzuliefern. Hier sind sie oder werden im Folgenden aus meiner löchrigen Gedakentasche unsystematisch ausgestreut. Sie können das Seminar nicht ersetzen, wie ich es mir in meiner Vorstellungskraft eingebildet habe, auf dem Weg zu den 80 nicht ganz unerfahren. Das können sie insbesondere dort und dann nicht, wo es mir, seminargemäß, vor allem auf eine Mixtur von Frage und Antwort, von Kritik und Gegenkritik ohne Rechthaber angekommen wäre. Als unzureichenden Rest behalte ich nur eine eher rhetorische Frage und Antwortform in schriftlicher Fassung. Dem neuen, dem Internet zu verdankenden Kommunika-

tionsstil, bin ich nicht allzu sehr zugetan. Dort nicht besonders, wo er nicht selten in anderen Sphären dem Verhalten hundechauvinistischer, mir ansonsten naher Lebewesen gleicht. Auch leide ich trotz Pension nicht an Langeweile – im eitlen Uni-Zusammenhang drückt man das anders aus. Um indes mein ausgefallenes Seminar grenznahe wieder gutzumachen – eine im Deutschen anderwärts systematisch verkannte Unmöglichkeit –, nenne ich meine e-Mail – Adresse. Ich verspreche, soweit irgend sinnvoll und mir möglich, Kritik und Ähnlichem zu entgegnen. narrwd@zedat.fu-berlin.de

1. Wie kommt es im kontinuierlich zusammengehaltenen Wandel der Jahrhunderte, dass psychiatrischer Zwang als schwarzes Immergrün mitten im expandierenden Bürgertum gedieh – soweit wir wissen darüber und darunter?

Das, was Psychiatriekritik im Zeichen von Michel Foucault und danach herausgefunden hat, vor und nach Bentham´s Panoptikum, vor und nach dem von Foucault behandelten Katarakt während des europäischen 18. und frühen 19. Jahrhunderts, der zunächst primär anatomisch gegründeten „Geburt der Klinik“, will sagen moderner, präventiv angestrebter naturwissenschaftlich analoger Medizin, kann und will ich nicht dicht beschreiben. Die Psychiatrie, genauer die Praxis ihrer hegemonialen Anhänger (und – innen) folgten jedenfalls früh der Hauptstraße zu vermeiden, sie vermöchten mit äußerlichen Mitteln, unter denen der Elektroschock am prominentesten wurde und nach wie vor nachschockt oder psycheinnen wirksamen Medikamentösen und Injektionen die ihres Erachtens krumme Seele wieder gerade zu richten. Sonst müsse sie, psychiatrisch überwacht, isoliert werden.

Meinem, mir ursprünglich gegebenen Thema entsprechend will ich nur so viel berichten, dass die Psychiatriekritik es schaffte – ich erfuhr sie in Berlin vor allem durch das „Weglaufhaus“ und die „Irren-Of-

fensive“, in ihren Publikationen und Aktionen, z. T. tagungsgeschürt wie dem Foucault-Tribunal, darauf ausgingen, den Stein psychiatrischen Zwangs, nicht nur sisyphoshaft vergeblich ins Rollen zu bringen. Die Tagung in Essen ist selbst ein Ausdruck davon, dass die Steilhänge des Zwangsbergs fast bis zum Gipfel und seinem Umschlag in das Paradox des Zwangs, nämlich der Zwangsfreiheit, erklommen worden sind. Die Mühen waren und bleiben beträchtlich. Dass es den antipsychiatrischen Initiativen passieren kann, wie seinerzeit Sisyphos in der Homerübersetzung von Johann Heinrich Voss, ist weder heute, noch in Zukunft ausgeschlossen. „Und holla mit Holterdiepolter entfleucht ihm der tückische Marmor.“ Das jedoch, was die Berliner und in weit übers eingebilddete Berlin hinausgehenden Initiativen Einzelner und von Gruppen belegen, heißt bis zu Vertretern/innen der Psychiatrie, Leuten, die ihren Beruf wahrhaft „berufen“ verstehen, wenngleich sie nur wie vergriffene Bücher rarissima repräsentieren, heute, im klassischen Latein frei übersetzt: dem anhaltenden, in der Sache kompetenten Druck weicht der Zwang (*virtuti constanti fulget salus*). Was an erheblichen, ihren Glanz nicht verlierenden Stolpersteinen, ja hohen Hürden, wurde jedenfalls in der Bundesrepublik gelegt und aufgestellt:

- die Patientenverfügung (seit 2009). Sie gilt für jede und jeden psychisch Behinderten (siehe Bürgerliches Gesetzbuch, BGB, §1901a). Strittig bleibt nach m. E. wie oft irriger, rechtshoch behaupteter Herrschender Meinung jedoch, ob und wieweit das Recht darüber im Vorgriff zu bestimmen gelte, was mit ihr oder ihm medizinisch psychiatrisch geschehen könne, wenn ihr Wille nicht klar und deutlich, in einer Verfügung zu erkennen sei. Ob nicht bei als dement behaupteten Personen, wenn sie beispielsweise gewalttätig aufträten, stellvertretend psychiatrische Behandlung legitim, wenn nicht geboten sei. Bis zum festhalten und zum injektios oder medikamentös behandelnden Zwang;
- die Behindertenrechtskonvention der Vereinten Nationen, als bundesdeutsches Gesetz ab dem 1.1.2009 gültig. Die Behindertenrechtskonvention verlangt strikt, alle behinderten Menschen nicht behinderten, selbstbestimmten gleich zu behandeln. Eine, dem Anschein nach etwas weich formulierte, also auch in Richtung Zwang auslegbare Bestimmung, hat der UN-Sonderbotschafter, Juan E. Méndez am 1.2.2013 eindeutig geklärt. Sein Bericht wurde vom Deutschen Institut für Men-

schenrechte am 25. Juni 2013 veröffentlicht. Der Nachricht des Deutschen Instituts gemäß spricht sich der UN-Sonderbotschafter „für ein absolutes Verbot von jeglichen Zwangsmaßnahmen aus und empfiehlt den Staaten entsprechende Änderungen.“ Die bundesdeutsche steht aus;

- drei Entscheidungen des Bundesverfassungsgerichts (BVerfG) von 2011 und 2013. In den Entscheidungen wird die Zwangsbehandlung von psychisch Behinderten im Massnahmenvollzug negativ beschieden. Alle reichen über den Massnahmenvollzug mit seiner psychiatrischen Verdoppelung und unbestimmten Verlängerung des ´normalen´ Strafvollzugs hinaus. Sie gelten für den letztgenannten gleichermaßen. In beiden Entscheidungen werden die Hürden vor jeder Zwangsbehandlung so hoch getürmt, dass die Sprungkraft psychiatrischer Begründung, es müsse zwanghaft behandelt werden, in außerrechtlichem Nebel verschwinden müsste. Einzuräumen ist jedoch: das BVerfG hat nicht klar und deutlich formuliert: Zwangsbehandlungen mit psychiatrischer Begründung und in psychiatrischer Absicht sind und bleiben widerrechtlich;
- 2012 hat das oberste Instanzengericht, der BGH (Bundesgerichtshof) in einem eigenen Urteil die Entscheidungen des BVerfG von 2011 bestätigt;
- darüber hinaus haben die ob der publizistischen Aufmerksamkeit spektakulären Fälle von Gustl Mollath und Waltraud Storck Zweierlei überzeugend belegt: Zum einen zu welcher grund- und menschenrechtswidriger Freiheitsberaubung verbunden mit zwangsweisen Fehlbehandlungen es kommen kann, irregulär erwartbar, kommen muss, wenn im vom Anderen ahnungslose Instanzen, also Gerichte und Vertreter/innen der Psychiatrie, ihre mangelnden Kompetenzen durch Vertrauen auf die andere Profession ersetzen. Zum Anderen: dass es analog zum Schreiber-Urteil des Leipziger Gerichts von 1905 nicht angeht, rechtliche Genauigkeit in eins mit den Freiheitsrechten eines Menschen auf dem Altar einer hochinteressierten Profession präventiv unerweislichen Heilungsanspruchs zu opfern. In keinem Fall ist es aber zulässig, à la Psychiatrie, eine behauptete medizinische Behandlung mit Belangen der inneren Sicherheit zu koppeln. Dergestalt, werden Legitimität und Legalität öffentlicher Sicherheitswahrung auf dem leidenden Rücken eines angeblich psychisch Irren pervertiert;

■ die Zentrale Kommission zur Wahrung ethischer Grundsätze in der Medizin hat den Rubikon, Zwangsbehandlung strictement zu untersagen, noch nicht überschritten, sie ist jedoch mit ihrem von Argumenten und Erfahrungen gut bepackten Nacken schon halbwegs bis ans Ufer, wo kein Zwang mehr zulässig ist, hinübergekommen. Richtig wird u. a. festgestellt, das deutsche Betreuungsrecht bleibe unter den Standards der Behindertenrechtskonvention der Vereinten Nationen (und, wohlgermerkt des bundesdeutsch übernommenen Gesetzes). Er wird außerdem darauf aufmerksam gemacht, dass Zwangsbehandlung oft, medizinische Mangelverwaltung kaschiere. Zwangsmaßnahmen zeigten, wie sehr andere Interessen die Geltung der Menschenrechte unterwanderten. Es sei nicht zulässig, dem Heilen verpflichtete Berufe zu polizeilichen Hilfseinrichtungen umzukehren. So sehr die Kommission darauf drängt, die Pflicht zur Aufklärung gerade bei nicht einwilligungsfähigen Patienten/innen ernst zu nehmen, so rudert sie doch nicht vollends zum Nein-Ufer, sondern bleibt halbwegs bei den dann unlöslichen Aporien stehen: den Menschenrechten entsprechen zu wollen und das heißt zuerst den Rechten und Nöten in den Rechten psychisch Behinderter, Zwangsbehandlungen nicht mit einem schlichten Nein zu begegnen. Und alle Jeins, Nein, aber okkasionell doch, bergen die Gefahr des nicht kalkulierbaren Dammsbruchs in sich;

■ weil alles Löcherzustopfen nicht zureicht, ist es möglich, von der seinerzeitigen Bundesministerin, Frau Leutheusser-Schnarrenberger informell in lizenziert, dass die föderalistisch zuständigen Bundesländer zwischenzeitlich, mit Baden-Württemberg an der Spitze, daran gehen, neue PsychKG's zu entwerfen und zu verabschieden. Baden-Württemberg wie inzwischen auch Hamburg haben verklausulierte, indes unmissverständliche Zwangsregelungen verabschiedet.

2. Warum sitzen die Interessen, den triftigen Gegenargumenten zum Trotz, so fest und dem Anschein nach so tief?

Eine ähnlich bohrende Frage wie beim Versuch, den Zwang psychiatrischen Umgangs mit „Irren“ zu beheben und das heißt zuerst die Beweggründe zu verstehen, die den Zwang zum Zwang bedingen, stellt sich in einer Reihe Leben bestimmender anderer Bereiche. Nur wenn man dem Wurzelgrund näher gräbt, Zwangs- und Vorurteils- Motive verstehend, analy-

tisch auseinander nehmend, nur dann kann man hoffen, in einem Prozess nicht endender doppelter Aufklärung und, wie sich versteht, entsprechenden Verhaltens, anders habitualisierte Menschen zu überzeugen. Insbesondere seit Anfang letzten Jahres versuche ich beispielsweise herauszufinden, warum die Europäer, die Deutschen zumeist unter ihnen, mit dem insgesamt gut gelungenen Buch Klaus Bogdals gesprochen, in den letzten 500 Jahren die „Zigeuner“ erfunden haben. Indem sie die Erfundenen in ihrem kontinuierlichen Vorurteilsgespinnst einfingen oder, umgekehrt, zu wahren Europäern disziplinieren wollten.

Das Gründe heraus wühlen, länger- und kürzerfristig geltende zu unterscheiden, rasche kausale Behauptungen zu vermeiden, ist ein vertracktes Geschäft. Das ist es auch deswegen, weil man die Gründe genetisch und funktional auf die zur je gegebenen Zeit bestimmenden Umstände beziehen muss. Die meisten kausalen Behauptungen sind kurzgeschlossen. Ähnlich kurzschlüssig sind die Versuche, habituelle Verfestigungen, das, was man mit wichtigen und zugleich schwer zu bestimmenden Begriff „kollektives Gedächtnis“ genannt hat und in die Normalität und ihre Sprache gerutschte Vorurteile mit jeweils aktuell geltenden Kontextfaktoren zu vermitteln. Man denke an das aktuell flügge, historisch lange zurückreichende Vorurteils- und Angstgemisch: „Armutsfüchtlinge“!

Dieses weite, steinige und von Gräben durchzogene Feld will ich an dieser Stelle nicht betreten. Ich könnte nur halbblinde Scheineinsichten bieten, die ich, versteht sich, smart aufzumachen suchte. Wenn man den „Psychiatrischen Zwangskomplex“ zu entflechten suchte, sind in jedem Fall folgende Gründe ihrerseits aufzudröseln:

■ die, mutmaßlich in uns allen, jedenfalls in STAATSBürgerinnen und -bürgern sitzende Gewohnhaft von und in gewissem Umfang die Sucht nach Zwangsformen. Wie anders wäre der bei weitem überwiegende Gehorsam Gesetzen gegenüber zu erklären, die durchaus nicht immer zu den eigenen Interessen passen;

■ zusätzlich zur Fügung ins staatsgewaltig eingebettete System der Normen und ihrer von den Bürger/innen abverlangten Hinnahme gibt es staatsgesellschaftlich mehr Zwangseinrichtungen, als wir, kurzfristig dazu aufgefordert aufzählen könnten, vom Steuer-, übers Verkehrs- bis zum Gefängnisssystem, verschönend genannt Justizvollzugsan-

stalten. In diesen Kontext gehört die Zwangspsychiatrie. Zwang gilt es zuweilen, wichtige staatlich normierte gesellschaftliche Bereiche zu entzwingen. Dazu gehören das Schulsystem, Schwarze Pädagogik, Prügelstrafe, die praktische Einsicht der „neuhumanistischen Einsicht“, vergegenwärtigtes klassisches oder klassisch verzerrtes Griechenland: der Mensch, der nicht geschunden wird, wird nicht erzogen (o me dareis anthropos ou paidouetai). Dass das weitgehend gelungen scheint, Kinder und Jugendliche nicht, wie herkömmlich „einzubrechen“ sind, damit man herrschaftlich bequem, weil folgsam auf ihnen reiten könne, lässt auch in Sachen „Psychiatrischer Zwang“ hoffen, Zwang geheilt zu werden oder auszuscheiden;

- dieses Zwangskarzinom macht seine Kur allerdings noch schwieriger. Einesteils nimmt die Psychiatrie willig, weil dienlich und profitlich, dem System der Strafe Leute ab, die der immer noch Kantianischen Legitimation des Strafens, seine Legitimation entzögen. Offenkundig kann bei psychisch Behinderten nicht der justizielle Lieblingsspruch auch nur halbwegs überzeugend wiederholt werden. Ich habe ihn vor langen Jahrzehnten als Beobachter von Verfahren gegen die RAF bis zur Betäubung gehört. Die oder der Angeklagte/Verurteilte habe „wissentlich und willentlich“, „bewusst und gewollt“ ihre mörderische Tat begangen. Darum sei ausgleichende Gerechtigkeit im Sinne der Schuldstrafe gerechtfertigt. Anderenteils werden Familien, Gruppen, Institutionen psychiatrisch entlastet, wenn sie mit einem Mitglied, abweichend sperrig, wie es sich benehmen mag, nicht zurechtkommt. Zu dieser Entlastung, die Jedefrau und Jedermann versteht, weil wir insgeheim fast alle wissen, das humane Spektrum reicht von irrationaler A-Nomie, das meint zugleich A-Normalität bis zur profillos hinnehmenden Normalität. Und wir alle befinden uns andauernd auf einer Gleitfläche zwischen beiden Enden. Nix g´wiss, weiß man nicht. Darum auch eine untergründige Angst bei Vielen, die bis in die auch medikamentöse Kümmernis oder nicht der privaten Pflege oder der Pflegeheime reicht;
- zu den mehrfach entlastenden Effekten der Zwangspsychiatrie gehört ein höchst mehrwertiges Erbe der Aufklärung, das in durch regulierten, auf Leistung getrimmten Gesellschaften wie die heutigen noch profiliertes zum Ausdruck kommt, als vor der geradezu perfekten Durchökonomisierung unter dem bekannten Motto Benjamin Fran-

klins: time is money. Aufklärung, auch darum nannten sie Max Horkheimer und Theodor W. Adorno dialektisch, bedeutet eine weitgehende Verhaltensdisziplinierung. Sie wächst gegenwärtig, siehe das Lernende enteignende Prüfungswesen, sie nimmt nicht ab. Psychiatrischer Zwang soll helfen – man vergleiche die Versuche des österreichischen Josefinismus Ende des 18. Jahrhunderts die Roma zu „ordentlichen Mitgliedern“ der KuK-Monarchie zu machen – „verwirrte“ Menschen mit mehr oder minder sublimen Mitteln zu „normalisieren“. Zu diesen gehören selbstredend bei „gestörter“ Integrität Injektionen und allerlei Pharmaka, auch angeordnete Ruhepausen. Sie können, so meint man, nichts schaden. Was spräche denn gegen die eigene Normalität?!

- so müsste, wenn ich ´ordentlich´ und Zeit voll tief-schürfte schließlich der europäisch angelsächsische „Prozess der Zivilisation“ zum thematisierten Problem werden. Immer erneut in Frage gestellt, auch und vor allem seiner genozidalen humanen Kosten bis heute halber – siehe die Versuche Afghanistan zur modernen, westgemäßen „Nation“ umzubilden – , wird kollektiv und herrschaftlich selbstgerecht so getan, als sei derselbe ideal für Bewusstsein und Habitus der Menschen. Wer an diesen ´durchrationalisierten´ Gesellschaften als anderer Form der Irrationalität leide, wer nicht mit psychiatrischen Mitteln abgestuften Zwangs eines Besseren belehrt werde, der könne nur nach dem Motto eines psychiatrisch gewandten Robespierre dazu gezwungen werden, frei zu sein (die besten Belege für diesen Zusammenhang nach wie vor Georg Büchners mehr als Theaterstücke oder solche im Sinne Bert Brechts: Dantons Tod und Wozzek;
- fast vergessen hätte ich im Zuge meiner nur Symptome aufreihenden Forschung nach den Ursachen für die Impertinenz psychiatrischen Zwangs einen nahezu unmittelbar evidenten Faktor lebhaften Interesses an psychiatrischer Zwangskompetenz und der sie ausübenden Zusatzrolle der Psychiater/innen als Hilfspolizisten/innen, ihrerseits außer der Kontrolle von Polizei und Justiz: Nämlich die Psychiatrie als Berufsstand, dem die Mehrheit der Psychiater/innen nicht erkennbar kritisch und unabhängig angehören. Nur einige Aspekte seien angeritzt, die die Psychiater/innen zu einer Zwangsgemeinschaft werden lassen:
Zum ersten die lange Tradition auch als solche des Zwangs. Dazu haben Michel Foucault und andere das Nötige beigetragen. Viele wichtige Einsichten

wären aus der Diskussion der Anti-Psychiatrie in den sechziger Jahren des letzten Jahrhunderts kritisch und konstruktiv zuzuspitzen.

Zum zweiten: Gewalt begleitet Psychiatrie von Anfang bis heute. Die Psychiatrie steht in ihrem eigenen Gewaltschatten, ohne dass sie zur Profession geworden, ihre Gewaltschattenessenz, wenn so formuliert werden kann, je wahrhaft radikal reflektiert hätte.

Zum dritten: Im Gegenteil. Die Psychiatrie hat ihr Gewaltelement und ihre Gewaltinstrumente im Umgang der ihr oft hilflos Ausgesetzten als ein staatlich lizenziertes und sanktioniertes Stück Ersatz ihrer sonst fehlenden Kompetenz und Legitimation nicht nur als Notbehelf angenommen. Sie hat danach gestrebt und tut es noch. Die dadurch zwangsweise ergatterten Mittel werden wenigstens billigend und wörtlich in Kauf genommen. Der bestimmte Artikel gilt immer nur für die professionelle Mehrheit, eine gewaltgeläuterten, m. E. erst überhaupt als Wissenschaft des Heilens diskutablen Psychiatrie.

Zum vierten: Der genetisch und funktional überwiegend gesellschaftlich beschaffte Bedarf nach so etwas wie Psychiatrie wurde von eben dieser Psychiatrie nie einer zureichenden analytisch durchdrungenen Anamnese unterzogen. Eine professionell kompetente und reflektierte Psychiatrie hätte sonst ihrer Umfunktionierung als seltsam immunisierte polizeiliche Hilfswissenschaft und der dadurch errungenen staatlichen Aura ebenso entsagt, wie ihrem pseudonaturwissenschaftlichen medizinischen Paradigma (das, nebenbei gesagt, auch der übrigen, fast nicht übersehbaren Medizin selbst, den Medizinen korrekter gesagt und ihrer Praxis gerade als Wissenschaften und Praktiken an der Spitze der Modernität schadet). Dieses pseudonaturwissenschaftliche Paradigma – als lebe ein psychiatrisch rekonstruiertes Newton noch – legitimiert sie, zusätzlich illusionär, zum Zwang aufgrund vorgeblich gewissen Wissens. Es enteignet sie zugleich als humane, wissenschaftlich allenfalls informierte Praxis, fehlorientiert sie und ihre Zwangssicherheiten erhoffenden Anhänger/innen vielmehr am dauernd als falsch erwiesenen fixen Muster eines homo normans et normatum als einer menschenrechtlich unbekanntem Anzugsgröße und ihrem Anzugsbild.

Zum fünften: Überblickt man die jüngste, letztjährige Ausgabe des Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition – sein Zustandekom-

men und seine ähnlich invaliden und nicht verlässlichen Vorgänger lasse ich hier außer Acht –, dann ist festzustellen, dass mehr und mehr Verhaltensweisen als potentiell psychisch krank geführt werden. Sie öffnen zugleich riesige Felder, Pharmaka einzusetzen und Profit einzuheimsen. Das DSM ist nicht allein eng mit den Interessen der American Psychiatric Association verkoppelt. Es ist als eine Art psychiatrischer Klassifikation nominalistischer Methode vornehmlich dafür geeignet, Abrechnungen einzuteilen, Behandlungen und Kosten mit (wenig oder nichts) bedeutenden Etiketten zu begründen. Summarisch stellt Ian Hacking, u.a. Autor eines Buches über „mental illness“ mit dem Titel: Rewriting the Soul and Mad Travellers fest (und ich folge ihm): Das DSM gibt die Wirklichkeit einer Reihe von psychischen Behinderungen (mental illness) nicht wider. Es basiert auf einer irrtümlichen Konzeption mental bedingter Verhaltensweisen.

Zum sechsten: Ich will und bin um der psychiatrisch Ausgesetzten gehalten noch klarer und deutlicher zu formulieren. Hierbei beschränke ich mich auf den Zwangsaspekt. Es ist von einem demokratisch legitimierten Gesetzgeber nicht zu verantworten, einer Psychiatrie bestenfalls prekärer Fundamente und Instrumente, und sei das Verlangen nach Scharlatanerien noch so groß, auch nur ein Minimum an Zwangskompetenzen zugestehen. Ein solches Minimum, nicht zu begrenzen, implizierte immer ein mögliches und sei es nur punktuell genutztes Maximum. Gleichermassen trifft zu: Gerichte verhielten sich unverantwortlich – contra Recht und Rechtsanwendung –, sie lösten ihnen vorgesetzte Fälle in Richtung psychiatrisch gestützten Zwangs. Die Zuständigkeit und Verantwortung für potentiell kriminologisch einschlägige Fälle müssen sie in toto übernehmen. Ein Ausruhen der Justiz zugunsten eines polizeilich justiziellen Stellvertreters Psychiatrie schaden dem Recht und seinen Bürgerinnen und Bürgern.

3. Was heißt und was folgt aus einem kategorischen Nein zu allen Arten psychiatrischen Zwangs?

- a) Klar und eindeutig ist, wozu immer Psychiatrie in Wissenschaft und Praxis gut sein mag, sie hat auf dem Feld auch sonst fragwürdigen und katzentäpperchenweise zu begründenden, Grund- und menschenrechtlich auszuweisenden Zwangs nichts zu suchen.
- b) Grund- und menschenrechtlich klar und deutlich ist gleichermaßen, dass auch sonstige Handlungen und Unterbringungen, die psychisch/geistig behin-

derte Menschen zu bestimmten Verhaltensweisen zwingen, ausgeschlossen ist.

c) Diesem eindeutigem Postulat entspricht nur ein nicht erzwungenes Verhalten kognitiv und/oder habituell eingeschränkter Menschen. Der erste Satz des Grundgesetzes im ersten Artikel ist kein Fiaker, den auch die höchste, jedoch immer menschlich dem Irrtum ausgesetzte Instanz und Repräsentant besteigen oder zu besteigen unterlassen darf. „Die Würde des Menschen ist unantastbar.“ Zur Würde gehört als ihre notwendige Bedingung die Selbstbestimmung. Selbstbestimmung gilt aus Untersatz und Ausdruck der Würde gleichermaßen, gerade weil sie in Menschen vielförmig gegenwärtig wird. Anders klänge der erste Satz des Grundgesetzes hohl. Er höhle durchgängig alle anderen konkomitanten und institutionell andersartigen Normen.

d) So nach dem Ermessen anderer Menschen die Selbstbestimmung einer Person anhand der üblichen Indikatoren fraglich ist, spricht die Menschen normierende Vermutung des Würde- und Selbstbestimmungspathos dennoch für das, was selbst als stumme Selbststimmung und nur gestisch ahnbare Würde kenntlich wird. Dann normiert nicht der stumme Zwang der Verhältnisse. Dann definiert die stumme faktische Präsenz von Würde und Selbstbestimmung.

e) Gerade wenn Würde und Selbstbestimmung fast metaphysisch hoch gehalten werden, weil die Physis des Menschen auratisch über sich hinausreicht - im Sinne des „Vorletzten“, wie Dietrich Bonhoeffer es verstanden hat -, muss in humaner Gesellung ohne Hybris zugestanden werden, dass es fast nie humane, also menschenrechtskarätige Phänomene ohne Ausnahme gibt. Es könnte also vorkommen, dass eine psychisch behinderte Person so ausrastet, so verrückt sich gebärdet, dass sie nicht nur sich – das ist notfalls hinzunehmen –, sondern aktuell und wiederkehrend andere, vor allem ihr hilfreich zugehörige Personen in Gefahr bringt.

Wenn alle denkbaren und notfalls beschaffbaren Mittel ohne Aufwand von Gewalt wie weite, zusätzliche Räume u. ä. m. erschöpft wären, dann könnte der Fall eintreten, dass eine präsente zuständige Person, möchte sie psychiatrisch ausgebildet sein, sich entschließt, den am geringsten nötigen Zwang anzuwenden, auf keinen Fall eine Injektion o. ä. um die betreffende Person zu beruhigen (nicht ruhig zu stellen im medikamentösen Sinne. Es sei denn mit

Zustimmung der betreffenden Person).

Das ist dann die Stunde der heilberuflich tätigen Person. Sie entscheidet aus ihrer Berufung, in der eigenen Verantwortung auch sonst sich von selbst versteht, dass sie ausnahmsweise, vorweg oder notfalls hinterher protokollierend zu begründen, minimal nötigen Zwang einsetzt oder, von ihr beaufsichtigt, einsetzen lässt. Dafür muss sie hinterher, nichts anders besagt Verantwortung, wie man so sagt, gerade stehen.

f) Nur diese Ausnahme von der Regel ist zulässig. Sie bleibt punktuell. Für sie muss von einer zuständigen Person Verantwortung getragen werden. Auf keinen Fall darf ein allgemeines Gesetz an die Stelle dieser vorgesehenen, aber nicht im Einzelnen beschreibbaren doppelten Ausnahme treten. Anlässlich rarer Fälle füllt eine Person die gesetzliche Lücke. Um der Würde, der Selbstbestimmung und der Integrität des Menschen willen (manche Analogie ist in diesem Fall zum Flugsicherheitsurteil des BVerfG zu erkennen. Dieses ist vor den hier gezogenen Konsequenzen einer nicht zu verrechtlichenden höheren Verantwortung stehen geblieben.)

Postskriptum

Hätte ich ein Seminar abhalten können, ich hätte gewiss nicht so lange, in der Sache immer noch zu kurz geantwortet. Wir hätten, hoffe ich, munter, mit der Chance zusätzlicher Einfälle diskutiert.

Aktuell bin ich etwas erschöpft, da ich auch auf meine alten Tage bis jetzt nur wie in einem Zug schreiben kann.

Ich bitte noch einmal um Nachsicht meines Essener Versäumnisses und wünsche allen, die diesen Schrieb lesen, das unverrückt verrückt denkbar Beste. Für das kann man sich nur einsetzen, wenn man ohne Scheuklappen politisch irgend aktiv wird oder ist. Der Anfang meines Schreibens gilt.

Herzlich, auch wenn ich die Wenigsten Herzen kann
Wolf-Dieter Narr



GEISTESKRANK?

IHRE EIGENE
ENTSCHEIDUNG!

© Nina Hagen

PatVerfü®

Nina Hagen Schirmfrau der PatVerfü®

MACHEN SIE VON IHREM MENSCHENRECHT AUF SELBSTBESTIMMUNG GEBRAUCH

Freiheitsberaubung, Körperverletzung, Folter:

Tagtäglich kommt es in Deutschland zu schweren Verletzungen von Menschenrecht und -würde durch die Zwangspsychiatrie. Zum Schutz vor ärztlicher Willkür ist in Deutschland am 1.9.2009 das Patientenverfügungsgesetz in Kraft getreten. Auf Grundlage dieses Gesetzes wurde die **PatVerfü** entwickelt.

Was ist die PatVerfü?

Die **PatVerfü** ist eine schlaue Patientenverfügung, die ausdrücklich psychiatrische Untersuchungen untersagt und so die Entstehung psychiatrischer Diagnosen verhindert. Denn ohne Diagnose sind psychiatrischen Zwangsmaßnahmen die rechtlichen Grundlagen entzogen.

Wer braucht die PatVerfü?

Jeder, der sich vor ungewollten psychiatrischen „Diagnosen“, Zwangseinweisungen in eine geschlossene Psychiatrie, Zwangsbehandlungen mit psychiatrischen Drogen sowie vor gerichtlich angeordneter „Betreuung“ (Entmündigung) schützen möchte.

Was kostet die PatVerfü und wo bekommt man sie?

Die **PatVerfü** steht jedem zum privaten Gebrauch kostenlos zur Verfügung. Das Formular sowie weitere Infos finden Sie unter:

WWW.PATVERFUE.DE

PatVerfü®

BRD-Kinderpsychiatrie in der NS-Kontinuität

Ein Workshop mit Rolf Decker und Dr. Burkhard Wiebel (Fraktion DIE LINKE. im LWL)

In der Praxis der Belegung der nach der NS-Kinderethanasie leerstehenden großen Behinderteneinrichtungen zeigte sich eine sowohl inhaltliche als auch personelle Kontinuität psychiatrischen Zwangs in den ersten Jahrzehnten der jungen Bundesrepublik. Rolf Decker konnte aus umfangreichem Material eigener Recherchen und der vorliegenden Literatur den folgenden Sachverhalt rekonstruieren: Tausende geistig und körperlich gesunde Kindern aus nach dem Empfinden der damaligen Zeit gestörten Familienverhältnissen wurden in Behinderteneinrichtungen eingewiesen. Um die Voraussetzungen hierfür zu schaffen, wurden die Ergebnisse der bei ihnen durchgeführten Intelligenz-Testungen gefälscht. Als schwachsinig deklariert erfüllten sie dann die Voraussetzungen für den Aufenthalt in diesen Einrichtungen.

Verantwortlich waren Psychiater, die in der NS-Zeit an der Selektion von Kindern für die Euthanasie beteiligt waren, nach dem Krieg unter Besatzungsmacht zu z.T. lebenslangen Strafen verurteilt wurden, dann aber nach der Gründung der Bundesrepublik sofort rehabilitiert wurden. Sie kamen in ihre ursprünglichen Entscheidungspositionen zurück und bekleideten wieder ihre Lehrstühle. Der Gedanke der „Erbgesundheit“ und der Aussonderung „minderwertiger“ und damit nicht förderungswürdiger Kinder und Jugendlichen wurde von ihnen in Forschung und Praxis weiterverfolgt, allerdings mit entschärfter Terminologie. So kam das Wort „Ausmerze“ nach 1945 bei ihnen nicht mehr vor. Von den akademischen Lehrern unter ihnen wurde dieses Denken mehr oder weniger unterschwellig an mehrere Studierendengenerationen und Generationen von Ärztinnen und Ärzten, Psychologinnen und Psychologen, Pädagoginnen und Pädagogen sowie Juristinnen und Juristen weitergegeben. Der dahinter stehende Geist ist jetzt noch spürbar, etwa in psychiatrischen Kliniken, Jugendämtern und vor Familiengerichten.

Eines der schwersten Verbrechen der Nachkriegszeit in der Bundesrepublik Deutschland war die Fälschung von Intelligenztestergebnissen, um leerste-

hende Behindertenheime „aufzufüllen“. Aktiv beteiligt oder stillschweigend zustimmend verhielten sich alle, die gutachtenden Psychiater, die Mitarbeiter/innen, die Träger der Einrichtungen, d.h. die Kirchen und die Vorgänger des jetzigen LWL und LVR, die Wohlfahrtsverbände, das aufsichtsführende Landesjugendamt sowie die Verantwortlichen in den Regierungen. Alle haben es gewusst und waren damit einverstanden, ganz so wie vor 1945.

Eine tatsächliche Entschädigung an den Opfern würde Bund, Länder, Kirchen und Verbände Milliarden kosten. Dies ist der Hintergrund für die konsequente Verweigerung der Gerichte, angemessene finanzielle Forderungen von Betroffenen anzuerkennen. Bei den Entschädigungsforderungen der ehemaligen Zwangsarbeiter hatte es ein Umdenken gegeben, erst, als amerikanische Konzerne Druck auf die Bundesrepublik Deutschland ausübten. Diese Lobby fehlt den ehemaligen Heimkindern in nichtpsychiatrischen und psychiatrischen Einrichtungen.

Zur Einschätzung der Schädigungsfolgen von Heimerziehung in den 50er bis 70er Jahre sind Ergebnisse aus neurobiologischen Untersuchungen an ehemaligen rumänischen Heimkindern von Bedeutung. Sie lassen das ganze Ausmaß an Beeinträchtigungen erkennen, verursacht durch den Aufenthalt in Säuglingsheimen der 50er bis 70er Jahre. Deprivationsbedingungen in Säuglingsheimen verursachen eine lebenslange Reduktion der neuronalen Struktur des Gehirns. Je früher dieser Zustand beendet ist, etwa durch Aufnahme in eine Pflegefamilie, desto besser kann sich das Gehirn im weiteren Verlauf entwickeln, erkennbar an der zunehmend differenzierteren Verschaltung der Neurone. Die Ausgangsbasis der reduzierten neuronalen Struktur aber bleibt ein Leben lang.

Weiterhin kann jetzt aufgrund der aktuellen Forschungslage zu Spätfolgen im Herz- /Kreislaufsystem und Stoffwechselbereich, bedingt durch neuroleptische Medikation in der Kindheit, Beweiskräftiges gesagt werden. Wer über Monate als Kind in Heimen



Neuroleptika erhalten hatte, gehört zu dieser Gruppe der lebenslang Geschädigten. Strukturelle Gewalt (Galtung 1972), als willentliche Verhinderung von Entwicklung, betrifft auch die geschlossenen Heime für Alte und psychisch Kranke. Wir wissen heute, wie wirksam Therapieformen und Umgebungsbedingungen für die neuronale Plastizität des Gehirns sind. Bis ins hohe Alter und bei jeder psychischen Erkrankung können diese Ressourcen in den neuronalen Netzwerken des Gehirns aktiviert werden. Unter geschlossenen Unterbringungsbedingungen können sie nicht zum Tragen kommen, da die für neuroplastische Veränderungen erforderlichen Anregungsbedingungen fehlen.

Geschlossene Heime sind weltweit und auch bei uns ein Geschäftszweig. Hier werden Milliardenwerte er-

wirtschaftet, ob in privater Trägerschaft oder in öffentlicher oder kirchlicher Trägerschaft spielt da keine Rolle. Zu struktureller Gewalt trägt das Vorherrschen des kaufmännischen Kalküls in allen Institutionen, die geschlossene Heime betreiben, bei. Der Autor des Buches „Romania`s Abandoned Children“, Charles A. Nelson, spricht von einer weltweiten „Heimindustrie“.

Literatur

- Galtung, J. (1972). Modelle zum Frieden - Methoden und Ziele der Friedensforschung. Wuppertal.
- Nelson, C.A., Fox, N., Zeanah, C.H. (2014). Romania`s abandoned children - deprivation, brain development, and the struggle for recovery. Harvard University Press.

Kommentar von

Matthias Seibt, Vorstandsmitglied des Bundesverbands Psychiatrie-Erfahrener e.V.



Foto: Seibt, Matthias Seibt beim Workshop zur Arbeit des Landesverbands Psychiatrie-Erfahrener e.V., © 2013 by Schattenblick

Ich danke der Linkspartei in den Landschaftsverbänden LWL und LVR für die Organisation einer wirklich schönen Tagung. Wohl wissend, dass auch viele Andere Zeit und Kraft gaben, erwähne ich namentlich Daniela Glagla, Doris Petras, und Burkhard Wiebel. Inhalten, die anderswo am Rande oder gar nicht zur Sprache kommen, wurde hier mit Unterstützung der Rosa-Luxemburg-Stiftung breiter Raum gegeben. Eine Videodokumentation dieser Tagung befindet sich bei Youtube unter „Matthias Seibt“.

Gehofft hatten wir Psychiatrie-Erfahrenen, dass diese Tagung auch Einfluss auf die Entwicklung der Psychiatrie im Bundesland Brandenburg haben wird. Dort regiert Die Linke zusammen mit der SPD. Außerdem besetzt sie die für das Thema Psychiatrie wesentlichen Ressorts Gesundheit (Ministerin Anita Tack) und Justiz (Minister Helmuth Markov). Aber wie immer, wenn die Linke an der Macht ist, verrät sie alles, was sie jahrelang vertreten hat. Ältere Beispiele sind die Ansiedlung vieler Versuchsfelder der Agro-Gentechnik unter Rot-Rot in Mecklenburg-Vorpommern sowie die Streichkonzerte im Sozialbereich unter Rot-Rot in Berlin.

Aktuell in Brandenburg legte der linke Minister Helmuth Markov einen Gesetzentwurf(1) vor, der Folter(2) nicht nur für Psychiatrie-Erfahrene sondern nun auch für junge Strafgefangene laut Gesetz möglich macht. Schon ein Gesetz für das Einsperren auf

Grund einer psychiatrischen Diagnose wäre ein „ungesetzliches Gesetz“ (UN-Folterbeauftragter).

Selbstverständlich hat die im Vorfeld zuständige Frau Tack es abgelehnt mit uns zu reden. Und zu den Interessenvertreter/inne/n, die demnächst ihre Meinung kundtun dürfen, gehören, wenn es nach Herrn Markov und Frau Tack geht, keine Psychiatrie-Erfahrenen. Wie sehr Oppositionsarbeit Auge und Ohr der Politiker/innen schärft, sieht man daran, dass Henryk Wichmann (CDU) uns völlig problemlos einen Gesprächstermin anbot. Das hatte keine/r der Brandenburger MdL der Linken nötig. Wir hatten sie alle angeschrieben.

Und die Moral von der Geschichte:
Der Ruf der Ehrlichkeit ist für eine kleine Partei mit einem Programm wie die Linke wichtig. Ist dieser Ruf weg, dann bleibt für viele Menschen nur noch die Wahlenthaltung.
Also liebe Linke: Kontrolliert Eure Leute an der Spitze. Werft sie falls nötig aus dem Amt. Bleibt in der Opposition.

- (1) Drucksache 5/8733 http://www.parldok.brandenburg.de/parladoku/w5/drs/ab_8700/8733.pdf
- (2) Auch nach Ansicht des Folterbeauftragten beim UN-Hochkommissariat für Menschenrechte ist Zwangsbehandlung (zu unterscheiden von Zwangsunterbringung) Folter.

Nützliche Links und Adressen:

Der **Landesverband Psychiatrie-Erfahrene NRW** unterhält eine Anlaufstelle in Köln und eine in Bochum, mehr Infos unter: www.psychiatrie-erfahrenenrwr.de

MEZIS steht für „Mein Essen zahl ich selbst“ und ist eine Initiative unbestechlicher Ärztinnen und Ärzte: www.mezis.de

Der Landschaftsverband Rheinland fördert 67 **Sozialpsychiatrische Zentren (SPZ)**, unter deren Dach unterschiedliche Hilfeangebote für psychisch Kranke bzw. Menschen mit (ungelösten) Problemen im Rheinland koordiniert werden, wie die Kontakt- und Beratungsstelle, Ambulant Betreutes Wohnen, Tagesstätten, Zuverdienstmöglichkeiten, etc.: www.lvr.de

- Verbundzentrale
- Förderprogramme
- Sozialpsychiatrische Zentren

Die elektronische Zeitung **Schattenblick** berichtet regelmäßig über die Themen Psychopharmaka und Psychiatrie und dokumentiert Tagungen dazu unter: www.schattenblick.de

Unabhängige Informationen zu den Folgen und Langzeitwirkungen von Medikamenten finden sich in der Zeitschrift „**arznei-telegramm**“: www.arznei-telegramm.de

Infos zur **Initiative PatVerfü** zum Schutz vor psychiatrischen Zwangsmaßnahmen finden sich unter dem Link: <http://www.patverfue.de/>. Dort wird auch beantwortet, wer die PatVerfü braucht, wie sie funktioniert und wie sie selbst erstellt werden kann.

Die **Deutsche Gesellschaft für Soziale Psychiatrie e. V. (DGSP)** ist ein unabhängiger Fachverband für psychiatrisch Tätige aller Berufsgruppen. Sie ist mit weiteren Verbänden unter dem Begriff »Psychiatrienetz« zusammengeschlossen und bietet Informationen zu vielen (sozial-)psychiatrisch relevanten Themen, wie z.B. die Broschüren „Das Memorandum der DGSP zur Anwendung von Neuroleptika“ und „Eine Generation wird krankgeschrieben – ADHS, Ritalin und Psychopharmaka“, zu finden unter: www.psychiatrie.de/dgsp/

Abkürzungsverzeichnis

AStA	Allgemeiner Studierendenausschuss
BGB	Bürgerliches Gesetzbuch
BGH	Bundesgerichtshof
BPE	Bundesverband Psychiatrie-Erfahrener e.V.
BVerfG	Bundesverfassungsgericht
BZR	Bezirksregierung
DGPPN	Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde
LPE	Landesverband Psychiatrie-Erfahrener e.V.
LVR	Landschaftsverband Rheinland
LWL	Landschaftsverband Westfalen-Lippe
PEPP	Pauschalierendes Entgeltsystem für die Psychiatrie und Psychosomatik
PsychKG	Gesetz über Hilfen und Schutzmaßnahmen bei psychischen Krankheiten, auch Psychisch-Kranken-Gesetz genannt
SPD	Sozialpsychiatrischer Dienst
StGB	Strafgesetzbuch



Fotolia
Foto:

Der normale Wahnsinn?