Förderung der Sebstbestimmung und Vermeidung von Zwang

Tagungsdokumentation
06./07. und 08. September 2021
in Berlin

Herausgegeben von
Aktion Psychisch Kranke
Peter Brieger
Matthias Rosemann

Gefördert durch:

Bundesministerium
für Gesundheit

aufgrund eines Beschlusses
des Deutschen Bundestages

Aktion Psychisch Kranke, Peter Brieger, Matthias Rosemann (Hg.).
Förderung der Selbstbestimmung und Vermeidung von Zwang
1. Auflage
ISBN: 978-3-96605-215-3

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek
Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über http://dnb.d-nb.de abrufbar.

Aktion Psychisch Kranke im Internet: www.apk-ev.de
Psychiatrie Verlag im Internet: www.psychiatrie-verlag.de

© Aktion Psychisch Kranke, Bonn 2022
Alle Rechte vorbehalten. Kein Teil des Werkes darf ohne Zustimmung des Verlags vervielfältigt, digitalisiert oder verbreitet werden.
Redaktion: Ruth Forster, Natascha Fries, Jörg Holke
Satz: Psychiatrie Verlag, Köln
Druck: medienHaus Plump GmbH, Rheinbreitbach

Wohltätiger Zwang?
Das Verhältnis von Menschenwürde, Autonomie und Fürsorge

Elke Prestin

Ich freue mich sehr, heute hier sein zu dürfen. Als Vertreterin des Bundesnetzwerkes Selbsthilfe seelische Gesundheit e. V., NetzG, möchte ich einen Impuls einbringen, in den die Betroffenenperspektive einfließt. Es ist gut, dass Betroffene und Angehörige inzwischen selbstverständlich auf Augenhöhe mitreden und mitdiskutieren können.

»Wohltätiger Zwang?«, so heißt es im Titel meines Vortrags, ausdrücklich mit einem Fragezeichen versehen. Sie erinnern sich wahrscheinlich an diese umstrittene Formulierung aus der Stellungnahme des Deutschen Ethikrates (2018). Ich möchte die notwendige Diskussion über diese Begriffswahl einbetten in einige Überlegungen zum Verhältnis von Menschenwürde, Autonomie und Fürsorge. Diese Thematik ist komplex und lässt sich sicher nicht in einem Vortrag abschließend behandeln. Aber vielleicht ist es doch möglich, einige Anregungen für eine folgende, vertiefende Diskussion zu geben.

Annäherungen an den Begriff der Autonomie

Zunächst möchte ich einige Grundlagen benennen. Der erste Teil meines Vortrags hat den Titel: »Selbstbestimmtheit als zentrales Grundrecht? Annäherungen an den Begriff der Autonomie«. Das Thema Autonomie hat aus guten Gründen in den letzten Jahren sehr an Bedeutung gewonnen. Gerade wir als Psychiatrieerfahrene setzen uns dafür ein, dass unsere Freiheitsrechte stärker als in früheren Zeiten im Blick sind. Aber dabei ist immer auch zu bedenken, dass hier vielschichtige Fragen angesprochen werden. Eindimensionale Aussagen greifen zu kurz, unabhängig davon, aus welcher Perspektive oder von welcher Interessengruppe sie jeweils stammen.

Lassen Sie uns also genauer hinsehen. Dafür ist erst einmal zu fragen, woher denn eigentlich der Begriff der Autonomie kommt und was genau darunter zu verstehen ist. Die Antwort ist gar nicht so eindeutig, wie man vielleicht denken mag. Eine wesentliche Konzeption von Autonomie stammt von John Stuart Mill (1806-1873), einem englischen Philosophen und Ökonomen, der sich als Vordenker des Liberalismus einen Namen gemacht hat. Mill geht davon aus, dass die Selbstbestimmung des Menschen höchste Priorität hat und dass Freiheiten einer bzw. eines Einzelnen nur dann eingeschränkt werden dürfen, wenn die Rechte anderer bedroht sind – dann allerdings durchaus, darauf werden wir später noch zu spre-

chen kommen. Wichtig ist an dieser Stelle aber erst einmal: Eine Bevormundung zum vermeintlichen Wohl der oder des Betroffenen selbst ist in Mills Perspektive unzulässig.

Ich habe Ihnen dazu ein Zitat aus der sehr bekannten Schrift dieses Philosophen über die Freiheit (»On Liberty«) mitgebracht:

> »Dass der einzige Zweck, um dessentwillen man Zwang gegen den Willen eines Mitglieds einer zivilisierten Gesellschaft rechtmäßig ausüben darf, der ist: die Schädigung anderer zu verhüten. (…) Man kann einen Menschen nicht rechtmäßig zwingen, etwas zu tun oder zu lassen, weil dies besser für ihn wäre, weil es ihn glücklicher machen, weil er nach Meinung anderer klug oder sogar richtig handeln würde. […] Über sich selbst, über seinen eigenen Körper und Geist ist der Einzelne souveräner Herrscher.« (Mill 1859, zitiert nach Maio 2012, S. 122)

Im Kern wird Autonomie hier als ein Abwehrrecht definiert: Die Freiheit der bzw. des Einzelnen ist vor Eingriffen von außen zu schützen.

Nun gibt es aber noch eine andere Sicht auf Autonomie, die ebenfalls die heutige Diskussion mitgeprägt hat, wenn auch auf eine subtilere Weise. Diese Sicht geht zurück auf Immanuel Kant (1724-1804), vermutlich Ihnen allen bekannt als deutscher Philosoph, großer Aufklärer und wesentlicher Impulsgeber für die Ethik bis heute. Kant sagt: Autonomie ist begründet durch das Potenzial zur Vernunft, das den Menschen ausmacht. Die Vernunft ermöglicht es, die eigenen Wünsche und Begierden zu überprüfen und auch zu beherrschen. Dieses Potenzial unterscheidet den Menschen von allen anderen Lebewesen.

Autonomie im Sinne von Kant ist eng verknüpft mit dem Würdebegriff, und zwar mit einem inhärenten Würdebegriff. Inhärent bedeutet hier, dass die Würde dem Menschen ohne Vorbedingungen von Geburt an zukommt und auch nicht willentlich aufgegeben werden kann – sie ist also unveräußerlich. Für Menschen mit psychischen oder anderen Einschränkungen ist dieser Punkt von großer Bedeutung. Denn ein inhärenter Würdebegriff besagt: Egal, wie krank ich bin, egal, wie wenig funktionsfähig ich in einer bestimmten Situation bin, egal, welche Belastungen ich vielleicht zeitweise auch meiner Umgebung zumute: Meine Würde bleibt mir erhalten. Immer.

Aus dieser Menschenwürde folgt nun auch ein moralischer Anspruch, nämlich der Anspruch, auf eine bestimmte Weise behandelt zu werden. Entsprechend fließt diese allgemeine, unveräußerliche Würde auch essenziell in die Menschenrechte ein. Wir sehen das schon in der Allgemeinen Erklärung der Menschenrechte von 1948: »Alle Menschen sind frei und gleich an Würde und Rechten geboren.« Im deutschen Grundgesetz heißt es: »Die Würde des Menschen ist unantastbar«, direkt im nächsten Satz gefolgt vom Bezug auf die unverletzlichen und unveräußerlichen

Menschenrechte. Und in der UN-Behindertenrechtskonvention von 2006 wird dankenswerterweise explizit ausgeführt, dass diese Rechte auch für Menschen mit Behinderungen jeder Art uneingeschränkt gelten müssen.

So weit, so gut. Nun könnte man sagen: Alles ist wunderbar, wir haben die Autonomie, wir haben die angeborene Würde, wir haben daraus folgend die Menschenrechte, die für alle gelten. Nur wissen wir vermutlich alle aus der Alltagserfahrung: So einfach ist es dann doch nicht. Und damit komme ich zum nächsten Themenschwerpunkt: dem Spannungsfeld von Autonomie und Fürsorge.

Zum Spannungsfeld von Autonomie und Fürsorge

Vielleicht erinnern Sie sich noch an meine kurze Skizze von Kants Autonomiebegriff. Dort war von einem »Potenzial« die Rede. Dieses Potenzial zur Selbstbeherrschung, zum rational begründeten Verhalten ist laut Kant jedem Menschen gegeben. Aber, und auch das wissen wir alle: Das tatsächliche Wollen, das tatsächliche Verhalten in einer konkreten Situation ist eben nicht immer in diesem Sinne autonom, also vernunftgeleitet. Bei allem schönen Potenzial – in der Praxis handeln wir dann doch nicht immer danach.

Das klingt erst einmal noch ganz undramatisch, aber die entstehende Spannung wird schon deutlicher, wenn wir uns jetzt im engeren Sinne auf die Medizin beziehen. In der modernen Medizinethik gibt es vier Grundprinzipien (Beauchamp & Childress 2009):

1. Respektierung der Autonomie des Patienten
2. Prinzip des Nichtschadens
3. Prinzip der Fürsorge / Förderung des Wohlergehens
4. Prinzip der (Verteilungs-)Gerechtigkeit

Die ethische Grundlegung der Medizin geht auf den hippokratischen Eid aus der Antike zurück. Diese ärztliche Selbstverpflichtung hat im Kern bis heute Bestand, wurde und wird aber immer wieder überarbeitet und im Kontext aktueller Herausforderungen neu ausgelegt. Das erste genannte Prinzip, der Respekt vor der Autonomie der Patientin bzw. des Patienten, ist geschichtlich das deutlich jüngste. Hier geht es darum, die grundsätzliche Freiheit, auch Entscheidungsfreiheit jedes Menschen anzuerkennen. Daraus resultiert insbesondere der Grundsatz des »informed consent«: Vor der Behandlung steht die umfassende Aufklärung der Patientin oder des Patienten und ihre bzw. seine ausdrückliche Einwilligung.

Gleichzeitig und gleichberechtigt gelten allerdings auch die drei weiteren (und älteren) Prinzipien. Prinzip des Nichtschadens: Die medizinische Behandlung darf

der Patientin oder dem Patienten keinen Schaden zufügen. Prinzip der Fürsorge / Förderung des Wohlergehens: Die Medizinerin oder der Mediziner ist verpflichtet, mit ihrem bzw. seinem ärztlichen Handeln aktiv Schaden abzuwenden und das gesundheitliche Wohlergehen der Patientin bzw. des Patienten zu fördern. Prinzip der (Verteilungs-)Gerechtigkeit: Es muss klare Kriterien für eine gerechte Verteilung der Ressourcen geben. Dieser letzte Punkt ist ebenso komplex wie kontrovers und wäre ein spannendes Thema für einen eigenen Vortrag. Leider kann ich das aus Zeitgründen heute nicht vertiefen.

Ich möchte stattdessen noch einmal die Gesamtheit der vier Prinzipien in den Blick nehmen. Wie gesagt: Alle sind gleichermaßen relevant. Nur: Sind sie überhaupt miteinander vereinbar? Diese Frage ist nicht leicht zu beantworten. Insbesondere in der Psychiatrie können sich hier große Herausforderungen ergeben. Denn es kann sein, dass Menschen in akuten Krisensituationen oder in Phasen schwerer psychischer Erkrankung vorübergehend nicht in der Lage sind, eigenständig und verantwortungsvoll (also autonom und vernunftgesteuert im Sinne von Kant) zu denken und zu handeln. Wer von immer drängenderen Suizidgedanken gequält wird, gerät möglicherweise irgendwann in einen »Tunnel«, der die Wahrnehmung von Alternativen schlicht nicht mehr zulässt. Wer sich in einer Psychose vielleicht von der Welt ganz und gar überwältigt fühlt, das Innen und Außen nicht mehr trennen kann, ist in diesem Moment nicht unbedingt offen für die rationale Abwägung medizinischer Behandlungsalternativen.

Sie haben hoffentlich gemerkt, wie vorsichtig ich das formuliert habe: »Kann«, »möglicherweise«, »vielleicht«. Es ist mir wichtig zu betonen, dass es keine feste, pauschale Verknüpfung von psychischer Erkrankung und eingeschränkter Entscheidungsfähigkeit gibt. Anderslautende Unterstellungen führen leider immer noch allzu oft zu Ausgrenzung, Stigmatisierung und Entrechtung. Aber es gibt eben auch Situationen, in denen eine informierte Einwilligung im Sinne des Autonomieprinzips der Medizinethik nicht möglich ist, weil die krankheitsbedingten Hemmnisse zu groß sind.

Auch in solchen Situationen gilt das, was ich vorhin gesagt habe und was man gar nicht oft genug betonen kann: Die angeborene personale Würde der bzw. des Einzelnen bleibt immer bestehen, auch in extremen Krisen- oder Krankheitsphasen. Die Würde des Menschen, auch des psychisch erkrankten Menschen, ist und bleibt unantastbar! Leider können die konkreten Folgerungen aus dieser Erkenntnis aber durchaus widersprüchlich sein. Denn einerseits verlangt die Menschenwürde, dass Menschen in Not Fürsorge erfahren. Genau dieser Anspruch findet sich im dritten Prinzip der Medizinethik. Es wäre moralisch äußerst fragwürdig, Menschen im Stich zu lassen – flapsig formuliert: Sie einfach verrecken zu lassen –, weil sie nicht

in der Lage sind, einer notwendigen Hilfeleistung zuzustimmen. Andererseits sind Fremdbestimmung und Bevormundung mit erheblichen Belastungen verbunden; die betroffenen Menschen erleben sie oft als würdeverletzend. Die Anwendung von Zwang widerspricht dem zweiten Prinzip der Medizinethik, also dem Prinzip des Nicht-Schadens.

Damit stecken wir nun in einem echten Dilemma. Es gibt offenbar Situationen, in denen *beides* gegen die medizinische Ethik verstößt: der Verzicht auf Zwang ebenso wie die Anwendung von Zwang. Man könnte also etwas deprimiert sagen: »Wie man's macht, macht man's verkehrt.«

Um Auswege aus diesem Dilemma zu finden, ist es sinnvoll, die Problematik von Zwang in der Psychiatrie zunächst noch etwas genauer zu betrachten.

Zwangsmaßnahmen im Kontext Psychiatrie

Schauen wir zunächst auf die Schädlichkeit von Zwangsmaßnahmen. Zum besseren Verständnis kann ein neuerer philosophischer Würdebegriff beitragen, der die Menschenwürde mit Selbstachtung verknüpft (vgl. Schaber 2010). Die Grundannahmen lauten wie folgt: Jedem Menschen ist die Fähigkeit zur Selbstachtung gegeben. Diese Selbstachtung kann jedoch durch Demütigung und Erniedrigung beschädigt werden oder gar verloren gehen. Die Menschenwürde begründet den Anspruch, nicht erniedrigt zu werden, also die Selbstachtung bewahren zu können.

Im Gegensatz dazu stehen Erfahrungen von Menschen, die Zwang im Kontext Psychiatrie erlebt haben. Sie schildern das Empfinden von Angst und Verzweiflung, Scham und Erniedrigung, Ohnmacht und Hilflosigkeit. Ich glaube, dass gerade die Bedeutung der Scham oft unterschätzt wird. Nicht wenige Betroffene können noch Jahre später nicht oder nur unter Tränen über das Erlebte sprechen, weil ihre Selbstachtung nachhaltig beschädigt ist und sie sich immer noch entwürdigt fühlen. Erschwerend kommt hinzu, dass Menschen mit psychischen Erkrankungen oft bereits in ihrer früheren Lebensgeschichte Traumatisierungen erlitten haben – was allzu lange in der Psychiatrie nur am Rande Beachtung fand. Die Gefahr von Retraumatisierungen ist hier also besonders hoch. Und schließlich fehlt nicht wenigen Betroffenen ein stützendes persönliches Umfeld, das ein Gegengewicht zum Gefühl des Ausgeliefertseins bieten könnte. Kurzum: Die schädlichen Folgen von Zwangsmaßnahmen treffen Menschen, die ohnehin schon besonders verletzlich sind.

Diese kurzen Ausführungen haben hoffentlich deutlich gemacht, dass es einen »wohltätigen Zwang« in der Psychiatrie nicht gibt und auch nicht geben kann. Zwang ist keine »Wohltat«, auch wenn er aus Gründen der Fürsorge erfolgt. Hier

sind die vielfältigen Bedeutungsebenen und Konnotationen des Wortes sensibel zu berücksichtigen.

Allerdings: Eine Fürsorge, die nicht »wohltätig« ist oder so erlebt wird, kann im Ausnahmefall trotzdem notwendig sein, und zwar im Sinne des Abwendens akuter Not. Und damit bin ich nun bei der anderen Perspektive auf Zwang in der Psychiatrie: Es gibt Grenzsituationen, in denen Zwangsmaßnahmen im Interesse der bzw. des Betroffenen gerechtfertigt, ja sogar geboten sein können. In dieser Hinsicht stimme ich persönlich mit dem Deutschen Ethikrat und mit der aktuellen Rechtsprechung überein.

Solche Grenzsituationen sind dann gegeben, wenn Menschen eindeutig krankheitsbedingt in vorübergehende Ausnahmesituationen geraten, in denen sie sich selbst erheblichen Schaden zufügen. Das kann z. B. das Verkennen lebensbedrohlicher Situationen in einer akuten Psychose sein. Oder auch das maßlose Handeln in einer Manie, durch das jemand seine sozialen Beziehungen und seine wirtschaftliche Existenzgrundlage zerstört. Wer hier nicht helfend eingreift, gerät m. E. leicht in den moralischen Grenzbereich zur unterlassenen Hilfeleistung.

Ich möchte allerdings betonen, dass ich an dieser Stelle nur meine persönliche Haltung wiedergebe. Die Frage, ob notfalls auch Zwang zum Schutz akut psychisch erkrankter Menschen zulässig ist, wird auch unter uns Betroffenen kontrovers diskutiert. Ich habe großen Respekt vor allen, die – oft vor dem Hintergrund erschütternder persönlicher Erfahrungen – jede Art von Zwang in der Psychiatrie kategorisch ablehnen. Das Thema ist schwierig und lässt keine einfachen, allgemein gültigen Antworten zu. Gerade deshalb sollten wir uns der Diskussion stellen, miteinander reden und konstruktiv ringen.

Nun habe ich bisher ausschließlich von Zwang zum »Wohl« oder Schutz des betroffenen Menschen selbst gesprochen. Tatsächlich bezieht sich die zitierte Stellungnahme des Deutschen Ethikrates allein auf diesen Kontext. Mit Zwang im Interesse Dritter befasst sich dagegen die S3-Leitlinie »Verhinderung von Zwang: Prävention und Therapie aggressiven Verhaltens bei Erwachsenen« der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e. V. (DGPPN 2018). Der Titel lässt schon eine Schwerpunktsetzung erkennen, auf die ich gleich noch eingehen werde. Zunächst möchte ich aber noch einmal auf den ersten Teil meines Vortrags verweisen. Sie erinnern sich vielleicht noch an den Autonomiebegriff von John Stuart Mill: Autonomie als Abwehrrecht gegen Bevormundung. Dort heißt es, dass niemand zu seinem Glück gezwungen werden darf. Aber es heißt ausdrücklich auch, dass die Allgemeinheit Zwang ausüben darf, um »die Schädigung anderer zu verhüten«. Daraus folgt, dass bei so genannter »Fremdgefährdung« Freiheitseinschränkungen erlaubt sind und nicht gegen den Anspruch

auf Autonomie verstoßen. Selbstverständlich haben psychisch erkrankte Menschen genauso wenig wie alle anderen das Recht, ihren Mitmenschen Schaden zuzufügen – seien es nun Angehörige, Mitarbeiterinnen oder Mitarbeiter der Psychiatrie, Bekannte oder Fremde. Auch deren Würde ist und bleibt unantastbar.

Autonomie und Fürsorge: Ein Orientierungsrahmen für die Praxis

So, ich hoffe, dass ich das Problem nun einigermaßen nachvollziehbar geschildert habe: Es ist kaum möglich, im Spannungsfeld von Autonomie und Fürsorge allen ethischen Anforderungen gleichzeitig in vollem Umfang gerecht zu werden. Trotzdem müssen natürlich in der Praxis Entscheidungen getroffen und Lösungen gefunden werden. Nur ist eben klar: Oft gibt es nicht den idealen Weg, sondern nur Kompromisse. Und dafür bedarf es eines Orientierungsrahmens.

Eine erste, zentrale Forderung ist heute auch weitestgehend Konsens. Egal ob bei »Selbstgefährdung« oder »Fremdgefährdung«: Zwang darf immer nur »Ultima Ratio« sein, also allerletztes Mittel nach Ausschöpfung aller anderen Mittel. Dazu gehört ganz wesentlich die Stärkung von Prävention; das zeigt sich auch im Titel der vorhin genannten DGPPN-Leitlinie »Verhinderung von Zwang«.

Eigentlich müsste das Wort »Prävention« auf meiner Folie nicht nur gefettet, sondern auch noch gelb unterlegt sein, weil es so wichtig ist und auch so viele Facetten hat. Auch das wäre nun wieder Thema eines eigenen Vortrags, aber dankenswerterweise wird ja im Rahmen dieser Tagung auch in Workshops noch ausführlicher in den Blick genommen, was Prävention konkret bedeutet und welche Faktoren zu beachten sind. Denn es ist ja längst erwiesen, dass die Zahl von Zwangsmaßnahmen wesentlich weniger davon abhängt, welche Krankheitsbilder die Patientin oder der Patient haben, und wesentlich mehr davon, welche Kontextbedingungen gegeben sind. Wir brauchen zum Beispiel frühzeitige, niedrigschwellige, aufsuchende Hilfen in Krisensituationen. Wir brauchen im stationären Bereich Konzepte zur Gewaltprävention, z. B. das Safewards-Modell. Da müssen wir viel aktiver werden.

Zweitens hat das Bundesverfassungsgericht klargestellt: Wenn Fremdbestimmung denn tatsächlich unumgänglich sein sollte, dann muss sie bestimmten Anforderungen genügen, zum Beispiel geringstmögliche Einschränkung und Dauer, regelmäßige Prüfung mit Richtervorbehalt etc. Und das Handeln soll am Willen, an der Persönlichkeit und den Werten der Patientin oder des Patienten orientiert sein. Besonders wichtig und hilfreich sind hier Vorsorgemaßnahmen, also Patientenverfügungen oder Behandlungsvereinbarungen. Damit können Menschen auch im Vorfeld schon festlegen, wie sie behandelt werden möchten und was ihnen

wichtig ist, wenn sie in einer speziellen Situation vorübergehend nicht entscheidungsfähig sein sollten.

Ein weiterer wichtiger Punkt betrifft die »Nachsorge«: Es müsste regelhaft möglich sein, Zwangsmaßnahmen offen und ehrlich nachzubesprechen. Das wird in Kliniken zwar inzwischen zunehmend etabliert, ist aber leider immer noch kein Standard. Ich glaube, neues Vertrauen zwischen den Beteiligten kann nur dann wachsen, wenn die schrecklichen Erlebnisse gemeinsam aufgearbeitet werden. Das kann auch heißen, dass jede Seite ihre Verletztheiten, ihre Unsicherheiten, ihre Scham offenlegt. Bei Zwangsmaßnahmen gibt es keine Gewinnerinnen bzw. Gewinner, sondern nur Verliererinnen bzw. Verlierer. Und wenn das deutlich wird, kann es vielleicht gelingen, das Gefühl von Erniedrigung und Ohnmacht zu überwinden.

Und ein letzter, grundsätzlicher Gedanke: Ich glaube, dass Fremdbestimmung, wenn sie denn vorübergehend notwendig ist, nicht in eine Haltung des »Sorgens für« eingebettet sein sollte, sondern in ein »Sich-Sorgen um«. Damit bin ich beim Begriff der Fürsorge, der ja heute hochgradig umstritten ist. Meines Erachtens wird dabei aber leider manchmal sozusagen das Kind mit dem Bade ausgeschüttet, wenn man sagt: »Das ist veraltet, das haben wir zum Glück überwunden.« Ich bezweifle, dass solche pauschalen Urteile hilfreich sind. Lassen Sie uns also auch hier genauer hinschauen.

Zum einen gibt es eine (auch rechtliche) Ebene des »Sorgens für«. Hier geht es um stellvertretendes Handeln im sogenannten »wohlverstandenen Interesse« der bzw. des Betroffenen. Die damit allzu oft verbundene Grundhaltung von Bevormundung und Paternalismus sollte heute hoffentlich wirklich überwunden sein. In der Praxis der Psychiatrie ist sie das leider noch nicht immer, aber wir in der Selbsthilfe arbeiten daran, zum Glück auch mit Unterstützung vieler Professioneller aus den verschiedensten Kontexten. Daneben gibt es aber auch eine andere Art von Fürsorge, die aus einem »Sich-Sorgen um« gespeist wird. Hier besteht ein echtes menschliches Interesse am Wohlergehen der oder des Betroffenen. Eine solche Sorge ist im menschlichen Miteinander eigentlich unverzichtbar. Und ich glaube, dass fürsorgliches – und im Notfall sogar auch: fremdbestimmendes – Handeln auf diesem Fundament nicht (oder nicht so leicht) würdeverletzend, erniedrigend, kleinmachend ist. Sondern dass es hilfreich, manchmal sogar lebensrettend sein kann.

Ein erstes Fazit

Damit komme ich zu meinem ersten Fazit: Die Menschenwürde, wie ich sie vorhin dargelegt habe, begründet das Recht auf Selbstbestimmtheit und gleichzeitig das Recht auf Fürsorge, auf Mitmenschlichkeit, auf zugewandte, begleitende, hilfreiche

Unterstützung. Im Rahmen einer solchen Fürsorge kann es, das hatte ich vorhin gesagt, keinen »wohltätigen« Zwang geben, weil Zwang nicht wohltätig ist. Und es gilt alles auszuschöpfen, um Zwangsmaßnahmen zu verhindern. Aber ich persönlich glaube, es gibt Einzelfälle, in denen der Schaden durch Zwang insgesamt doch geringer sein kann als der Schaden, der ohne Zwang entsteht. Dann allerdings muss dieser »notwendige« Schaden soweit irgend möglich begrenzt werden. Dazu ist eine Haltung des »Sich-Sorgens«, der Empathie und der echten Anteilnahme erforderlich.

Ich kenne Betroffene, die sagen: »Ja, mir ist auch mit Zwang letztlich geholfen worden, durch Menschen, denen ich vertrauen konnte, durch Menschen, bei denen ich gemerkt habe, dass ich ihnen wirklich am Herzen lag. Die haben mich nicht nur als Fall gesehen, sondern ich habe gespürt, die wollten, dass es mir besser geht, die haben mitgelitten.« Und wenn man das spürt, dann glaube ich, ist vieles möglich und vieles auch zu verarbeiten.

Ich plädiere, wie in den meisten meiner Vorträge, auch an dieser Stelle leidenschaftlich gegen eine Oldschool-Psychiatrie mit maximaler Distanz und Kälte. Wir brauchen eine menschliche, eine mitmenschliche, eine begleitende, eine Begegnung ermöglichende Psychiatrie!

Ein erweiterter Blick: Die »stillen« Formen von Zwang

Zum Abschluss möchte ich wenigstens kurz den Blick noch etwas erweitern. Wie so oft, wenn es um das Thema Zwang geht, sprechen wir auch bei dieser Tagung nur über die klassischen »Zwangsmaßnahmen«. Aber es gibt in der Psychiatrie auch psychischen Zwang, und der ist aus Betroffenensicht ebenso problematisch. Ein Beispiel für diese subtilere Form von Machtausübung ist die Forderung nach so genannter »Krankheitseinsicht« der Patientin bzw. des Patienten. Gemeint ist damit allzu oft die Übernahme eines vorgegebenen Modells, in dem das Erleben und die Sichtweise des erkrankten Menschen gar keine Rolle spielt. Das schadet dem Genesungsprozess im Sinne des Recovery-Gedankens, der ja darauf abzielt, die Krankheitserfahrung in das eigene Leben und das eigene Lebenskonzept zu integrieren.

Ebenso fragwürdig ist das Verlangen von »Compliance«, das die Praxis nach meinem Eindruck vielerorts immer noch prägt. Auch wenn es unterschiedliche Methoden gibt, die mehr oder weniger direktiv vorgehen: Letztlich geht es häufig darum, die Patientin bzw. den Patienten in eine vorgegebene Richtung zu drängen und dazu zu bewegen, die professionellen Vorgaben doch bitte auch umzusetzen. Je mehr Druck dabei ausgeübt wird, umso mehr wird die Selbstbestimmtheit des

psychisch erkrankten Menschen eingeschränkt – und zwar auch dann, wenn dessen Entscheidungsfähigkeit im rechtlichen Sinne gar nicht infrage steht.

Patientinnen und Patienten geraten in ein System Psychiatrie, das sie immer noch und immer wieder zum Objekt einer Be-Handlung macht. Ich vergleiche das gerne mit einer Waschstraße, vielleicht kennen Sie das: Mister Wash oder ähnliche Anbieter. Dort fährt man rein und wird so eingewiesen, dass man auf einer Schiene steht, einer Art Transportband. Und dann sagt der freundliche Mensch am Eingang: »So, jetzt bitte den Gang rausnehmen, nicht steuern, nicht bremsen.« So funktioniert Psychiatrie manchmal leider auch. Ich werde auf eine Schiene gesetzt und dann heißt es: Gang rausnehmen, nicht steuern, nicht bremsen. Das schadet oft mehr als es hilft. Wir brauchen eine Psychiatrie, die anders tickt, die von vornherein die Mitgestaltung und Mitbestimmung ermöglicht.

Und damit bin ich bei meinem zweiten Fazit:

Wir müssen, wie auch bei dieser Tagung, ethische Debatten um physische Zwangsmaßnahmen führen, das ist unverzichtbar. Aber das Spannungsfeld von Autonomie und Fürsorge ist eigentlich ein viel Größeres. Und das zeigt sich auch im Gesamtsystem der Psychiatrie. Ich denke, in der Psychiatrie insgesamt muss gelten, dass Patientinnen und Patienten keine Autos in einer Waschstraße sind, sondern Individuen mit ihrem eigenen Krankheitsmodell, ihrer eigenen Lebensvorstellung, ihrer eigenen Sinngebung. Genesungswege sind individuell unterschiedlich. Die zentrale Aufgabe der professionell Tätigen in der Psychiatrie besteht meines Erachtens darin, diese Genesungswege mit der bzw. dem Betroffenen gemeinsam zu entwickeln und sie zu begleiten – als Unterstützende, nicht als Herrschende.

Ich danke Ihnen für Ihre Aufmerksamkeit.

Literatur:

Beauchamp, Thomas; Childress, James (2009): Principles of biomedical ethics. 6. Aufl. New York: Oxford University Press.

Deutscher Ethikrat (Hrsg.) (2018): Hilfe durch Zwang? Professionelle Sorgebeziehungen im Spannungsfeld von Wohl und Selbstbestimmung. Stellungnahme. Berlin.

DGPPN – Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (Hrsg.) (2018): S3-Leitlinie Verhinderung von Zwang: Prävention und Therapie aggressiven Verhaltens bei Erwachsenen. Berlin: Springer.

Maio, Giovanni (2012): Mittelpunkt Mensch: Ethik in der Medizin. Stuttgart: Schattauer.

Schaber, Peter (2010): Instrumentalisierung und Würde. Paderborn: Mentis.