

Grenzen der Selbstbestimmung aus psychiatrischer Sicht

Martin Heinze

Zusammenfassung

Im Rahmen der Fragestellung nach den Grenzen der Selbstbestimmung wird diskutiert, ob die heute vorherrschende Auffassung von Freiheit ausschließlich als Autonomie für die psychiatrische Praxis adäquat ist. Diese Auffassung wird, nach einer kurzen Skizze ihrer historischen Entwicklung, als hinsichtlich der lebenspraktischen Bezüge der Patienten verkürzt kritisiert, und damit als nicht ausreichender Verstehenshintergrund für die psychiatrische Praxis. Zwei Fallbeispiele verdeutlichen die Problematik des nicht ausreichend konkreten Freiheitsverständnisses und weisen auf negative Konsequenzen für psychiatrische Handlungsmöglichkeiten hin. Abschließend wird vorgeschlagen, einen komplexeren Begriff der Freiheit für praktische Fragen der Psychiatrie anzuwenden, der einerseits auf der Ebene der Person die Dimension der Selbstbestimmung um die der Selbstverwirklichung ergänzt, andererseits die Vermittlung mit der sozialen und historischen Wirklichkeit konkreter individueller Gestaltungsmöglichkeiten des eigenen Lebens leisten kann.

Schlüsselwörter: Selbstbestimmung, Selbstverwirklichung, Freiheit, Fürsorge

Limits of self determination from a psychiatric point of view

Abstract

Within the discussions about the limits of self-determination, the present contribution aims to examine whether the prevailing concept of freedom as being exclusively autonomy can be considered as adequate for psychiatric practice. After a short outline of its historical development this concept will be criticized as falling short in terms of the patients' everyday life, and thus as being a barely sufficient background for understanding in psychiatric practice. The two case studies illustrate the problematic nature of the lack of concrete understanding of freedom and they point to negative consequences for psychiatric treatment options. In conclusion, a more complex concept of freedom is proposed for being applied to practical questions of psychiatry which, on the one hand, supplements the dimension of self-determination by the dimension of

self-fulfilment at the level of the individual person and, on the other hand, provides for connection with the social and historical reality of concrete individual possibilities of shaping one's own life.

Key Words: Self-determination, self-fulfilment, freedom, care

Der Diskussionsrahmen, in dem sich dieser Beitrag um mögliche Grenzen des Konzeptes der Selbstbestimmung bewegt, ist aus der Sicht eines klinisch tätigen Psychiaters gespannt. Das praktische Handeln des Klinikers wird dann, wenn es um die Behandlung gegen den geäußerten Willen eines Patienten geht, durch die gesetzlich verankerten Normen bestimmt, die wiederum konzeptionell Ausdruck der gesellschaftspolitisch und historisch bestimmten Auffassungen von Konzepten wie „Selbstbestimmung“ sind. Deren Herkunft und aktuelle Bedeutung gilt es für einen psychiatrisch Tätigen zu reflektieren und mit den erlebten Notwendigkeiten des eigenen Handelns abzugleichen. Der Beitrag setzt sich mit der doppelten Fragestellung der Tagung auseinander, ob man Freiheit ohne Wenn und Aber denken solle bzw. nicht auch die Balance zwischen Selbstbestimmung und Fürsorge wahren müsse. Schon dieser Zusammenklang in den beiden Formulierungen des Tagungsthemas zeigt an, dass es trotz aller uns heute selbstverständlicher Betonung des Wertes der Selbstbestimmung ein „Gefühl“ gibt, dass auch diese begrenzt sein müsse.

Zunächst eine kurze Antwort, die dann im Folgenden plausibel gemacht werden soll: Fragt man nach der Freiheit, so kann man das „ohne Wenn und Aber“ unterstreichen, nicht aber dann, wenn Freiheit ausschließlich auf den Begriff der Selbstbestimmung oder Autonomie verkürzt wird. Zumindest, so soll hier argumentiert werden, muss dieser Begriff auf der Ebene der individuellen Lebensgestaltung mit dem der Selbstverwirklichung verbunden werden, um die Freiheitsthematik adäquat diskutieren zu können. Eine positive Aufnahme des Begriffs der Fürsorge als Hilfe für den Einzelnen durch die Allgemeinheit mag dann Freiheit nicht nur negativ begrenzen (also als Freiheit-Von), sondern möglicherweise Freiheit positiv im Sinne der Freiheit-Zu fördern (zum Verhältnis von positiver und negativer Freiheit siehe Eckle et al. 2016). Dies soll im vorliegenden Text dargelegt werden, zunächst durch einen kurzen philosophiegeschichtlichen Abriss unter dem Thema der Einengung des Freiheitsbegriffs in der Moderne. Danach werden zwei Fallbeispiele diskutiert, um schließlich in einem vierten Teil des Beitrags die im Tagungsthema aufgeworfenen Fragen in einer sicher vorläufigen Weise beantworten zu können.

Selbstbestimmung und Selbstverwirklichung

Betrachtet man seine historische Entwicklung seit der frühen Neuzeit, ist das moderne Konzept der Selbstbestimmung, welches heute geradezu selbstverständlich unsere Vorstellungen bezüglich der Freiheit einer Person dominiert, in sich nicht unproble-

matisch. Wird Selbstbestimmung als einziges Element der Definition von Freiheit absolut gesetzt, ergibt sich ein nur negativer Bezug zu den sozialen und politischen Institutionen des Gesellschaftssystems: Man könnte denken, die freien Entwicklungsmöglichkeiten eines Einzelnen seien durch gesellschaftliche Normen oder fürsorgende Institutionen ausschließlich eingeschränkt und nicht etwa befördert. Dabei wird der eigene Wille (*autonomía*) losgelöst vom Aspekt, dass er sich zu seiner Verwirklichung auch als bindende bzw. sich selbst bindende Freiheit realisieren muss, nicht nur abstrakte Willensleistung sein kann, die Willkür wäre. Diese Engführung der Freiheitsproblematik wurde von philosophischen Autoren durchaus bemerkt: „Die neuzeitliche Philosophie betrachtet Freiheit in einer auf charakteristischer Weise verkürzenden Perspektive. Zunächst einmal schattet sie die reale gesellschaftliche Freiheit weithin ab. ... Sie begreift Freiheit fast ausschließlich als Freiheit des Menschen zu sich selbst, als Vermögen individueller Selbstverwirklichung. In der Moderne hat sich als Titel für diese Freiheit der Begriff des *Selbstseins* durchgesetzt.“ (Theunissen 1991: 323f.)

Mit der modernen Bestimmung der Freiheit, also als Freiheit des Menschen ausschließlich von etwas und zu sich selbst (und nicht etwa zur Gemeinschaft mit anderen und anderem), zeigt sich eine Denkfigur, in der sich Menschen, losgelöst von gesellschaftlichen Bezügen und damit ohne Triangulierung mit dem Allgemeinen und ohne Besonderung, in Gefahr geraten, sich selbst wie einen Gegenstand zu betrachten. Dies wurde auch hinsichtlich möglicherweise daraus entstehender Pathologien der Persönlichkeitsentwicklung kritisch hinterfragt: So sieht Axel Honneth die größte Gefahr der modernen Selbstkonstitution in der Selbst-Verdinglichung – im reinen Selbstbezug wird man sich selbst zu so etwas wie einem Objekt. Honneth argumentiert, dass die durchaus gesellschaftlich induzierte Missachtung der Notwendigkeit von Anerkennung (die den Anderen voraussetzt) zu Entwertung, Entwürdigung und letztlich Vergewaltigung des Menschseins führe (Honneth 1992).

Freiheit wesentlich als (willkürliche) Autonomie aufzufassen, ist dabei Ergebnis einer längeren historischen Entwicklung der Neuzeit. Nach den Reglementierungen des Einzelnen durch Kirche und Adel setzte sich der einzelne Mensch als Person zunehmend von diesen Autoritäten frei bzw. wurde im Rahmen der gesellschaftlichen Entwicklung freigesetzt. Menschen bestimmten ihre Existenz und ihre freiheitlichen Handlungsräume nicht mehr wie zuvor als von Gott gegeben, Freiheit nicht mehr als durch Gott gewährt. Damit wurden die Eigenständigkeit und der Wert des individuellen Menschen betont, ihm Bürgerrechte und Ansprüche auf die Verwirklichung individueller Bedürfnisse im Kontext des Allgemeinen zuerkannt. Erkenntnistheoretisch wurde das Individuum dann im Rahmen der sich entwickelnden Wissenschaft als abstraktes und unvermitteltes Subjekt aufgefasst gemäß des berühmten Diktums Descartes „*cogito ergo sum*“. In der Folge beantwortet Immanuel Kant die Frage, was Aufklärung sei, 1784 wie folgt: „Aufklärung ist der Ausgang des Menschen aus seiner selbstverschuldeten Unmündigkeit. Unmündigkeit ist das Unvermögen, sich seines Verstandes ohne Leitung eines Anderen zu bedienen. Selbst verschuldet ist diese Unmündigkeit, wenn die Ursache derselben nicht am Mangel des Verstandes, sondern

der Entschließung und des Mutes liegt, sich seiner ohne Leitung eines Anderen zu bedienen.“ (Kant 1784: 481) Dabei führt Kant die bei Descartes angelegte Isolierung des Ichs unverändert fort. „Das: Ich denke, muss alle meine Vorstellungen begleiten können“ (Kant 1998 (1781): B 132). Zugleich wird der für das Wissen konstitutionelle Aspekt dieses losgelösten und unkonkreten Ichs betont, indem dieses transzendental, also jenseits der Empirie gedacht wird und sich damit jeglicher Konkretisierung durch Eigenschaften, die einem einzelnen Menschen in der Realität zukommen müssen, entzieht.

In der historisch notwendigen und emanzipatorischen Betonung der Mündigkeit wurde somit ein „Ich“ idealisiert und der Mensch als konkretes einzelnes Individuum von seiner sozialen Lebenswirklichkeit, die ihm doch – so würden wir es heute wieder sehen – Bedingung für sein Leben ist, sei es materieller oder geistiger Art, abgegrenzt. Die Frage nach den konkreten Realisierungsbedingungen seiner Freiheit wurde abgeschattet. Der Ausgang der Menschen aus ihrer selbstverschuldeten Unmündigkeit auf dem Weg zu sich rational selbst reflektierenden und verstehenden, autonomen Individuen barg also auch Gefahren eines Selbstmissverständnisses des Menschen über sich. Auf diese Gefahr wies zuerst der deutsche Idealismus hin und stellte hinsichtlich des Verhältnisses von Einzelem und Sozialem durch die Einführung der Denkfigur des konkreten Allgemeinen einiges richtig. Die Philosophie entwickelte Denkschemata, das getrennt erscheinende Paar individueller Mensch und Gesellschaft wieder zusammen zu denken, ohne die Fortschritte in der Emanzipation des Menschen zurücknehmen zu müssen. Gottfried FW Hegel formuliert, man könne von menschlichen Individuen nur als gesellschaftlich sprechen, wobei die gesellschaftliche Allgemeinheit nicht gegen die individuelle Einzelheit stehe. Dirk Quadflieg kommentiert dies wie folgt: „Ein bewusstes Verhältnis zu sich selbst kann der Einzelne nur in der Sozialisation, in der Übernahme von bereits bestehenden Denk- und Verhaltensmustern entwickeln.“ (Quadflieg 2008, 12). Bei Hegel besteht kein Widerspruch von Individuellem und Allgemeinem. Das Selbstbewusstsein ist nie nur „an sich“, es bedarf konstitutiv der Reflexion, einer Spiegelung im Anderen, um auch „für sich“, das heißt überhaupt seiner Selbst bewusst werden zu können. Deswegen muss es seine Bestimmung als bloße Einzelheit aufheben und sich mit einem allgemeinen Inhalt erfüllen. Je mehr ein Einzelner dies tut, desto mehr kann sich seine Individualität entwickeln (vgl. Erdmann 1864). Voraussetzung für eine gelingende Entwicklung eines Individuums, welches dann seine freiheitlichen Rechte einfordern kann, ist also die stetige Vermittlung mit der Allgemeinheit, das heißt mit den anderen der eigenen Lebenswirklichkeit. Der Anspruch nach Autonomie ist um der eigenen Freiheit willen begrenzt: „Der Prozess der Selbstwerdung verlangt deshalb eine gewisse Verzichtleistung, ein Aufgeben des eigenen Absolutheitsanspruchs, ohne den keine Anerkennung durch den Anderen und damit auch kein Selbstbewusstsein möglich wäre.“ (Quadflieg ebd.). Hinsichtlich der mit der Abtrennung verbundenen sozialen Problematik hat vor allem der Hegelschüler Franz von Baader, ein katholischer Sozialdenker, das Ziel formuliert, die Gemeinschaft als grundlegende Lebensbedingungen der menschlichen Entwicklung wieder in den Blick zu nehmen: „so widerspricht es,

wie Hegel bemerkt, der vernünftigen Natur des Menschen, nur ein einzelner (im Denken, Wollen und Schaffen) zu sein, ... weil diese Natur den gemeinschaftlichen Bestand des einzelnen mit allen anderen seiner Gattung verlangt „in der Verwirklichung eines gemeinsamen zentralen Selbstbewußtseins, welches alle einzelnen selbstbewußte Wesen in sich gründend voneinander frei macht“⁴⁴. (Baader 1991 (1826): 162)

Diese philosophiegeschichtlichen Vorbemerkungen sollen darauf aufmerksam machen, dass Selbstbestimmung nicht als abstrakter Wert verstanden und damit als solcher nicht handlungsleitend für die psychiatrische Reflexion der Frage der Freiheit genommen werden kann. Vielmehr verwirklicht sich Selbstbestimmung in der konkreten Existenz eines Individuums, welches selber in sozialen Abhängigkeiten steht, um sich verwirklichen zu können, dazu soziale Sicherheit braucht und Anerkennung seiner selbst durch andere. So gedeiht Selbstbewusstsein in sozialer Eingebundenheit, und ohne Begrenzung der Autonomie im Sinne der Willkür ist keine Selbstwerdung möglich. Zur Diskussion unserer Fragestellung müssen wir Möglichkeiten und Grenzen der Selbstbestimmung daher im konkreten Einzelfall betrachten. Dazu wenden wir uns nun zwei Fallbeispielen zu:

Erstes Fallbeispiel: Autonomie und freie Willensbildung

Frau X, eine 72-jährige Frau wähnt, dass in der Wohnung über ihr ein Bordell betrieben werde. Sie deutet Geräusche und normale Vorkommnisse im Mietshaus entsprechend ihres Wahnes um. Sie lebt in starker sozialer Isolation, da sie sofort vorwürfig wird und Menschen mit ihren Wahngedanken überfordert. Sie hat selten Kontakt zu ihrer Tochter. Zu ihrem gesetzlichen Betreuer lehnt sie den Kontakt gänzlich ab. Zuweilen reagiert sie gegenüber anderen stark gereizt und bedroht diese, so dass sie schon viele Male wegen fremdgefährdender Tendenzen gegen ihren Willen stationär behandelt wurde. Sie erhielt jeweils eine neuroleptische Medikation, wobei sie unter dieser ruhiger wurde, sich jedoch keine Veränderungen des Wahnerlebens zeigten. Bereits zweimal verlor sie ihre Wohnung, da ihr Verhalten anderen gegenüber nicht tolerabel war; der Wahn zog jedes Mal mit um, das heißt, sie übertrug ihre wahnhaften Vorstellungen bezüglich des Bordells jeweils auf die neue Wohnumgebung. Zum Zeitpunkt des Kennenlernens war sie zur Behandlung untergebracht und ihre Wohnung war erneut gekündigt, wobei die Vermieterin gegen sie eine Räumungsklage anstrebte. Frau X wollte hier im Zivilprozess selbst ihre Rechte vertreten. Zu diagnostizieren war eine wahnhafte Störung ohne schizophrentypische Symptome.

Es kam zu zwei gutachterlichen Fragestellungen in Bezug auf Frau X: Betreuungsrechtlich wurde gefragt, ob die in der stationären Unterbringung genehmigte und gegebene Medikation gegen den Willen der Patientin fortgeführt werden könne. Die Fragestellung war u.a. so formuliert: „Welches Behandlungsziel soll und kann realistisch betrachtet erreicht werden? Lässt sich feststellen, ob eine medikamentöse Behandlung der Betroffenen in ihrem Wirkungsprofil einen ausreichenden Erfolg

bewirken kann? Ist die Patientin gegenwärtig bereit, verordnete Medikamente einzunehmen?“ Zivilrechtlich wurde gefragt, ob sie in der Lage sei, ihre Interessen im Prozess gegen sie zur Räumung der Wohnung vertreten zu können. Genauer wurde gefragt, ob sich die Beklagte seit Erhebung der Klage in einem die freie Willensbildung ausschließenden Zustand krankhafter Störung der Geistestätigkeit befinde. Sofern ein derartiger Zustand bestanden habe beziehungsweise bestehe, durch welchen die freie Willensbildung nur für einen beschränkten Kreis von Angelegenheiten ausgeschlossen werde, solle der Sachverständige angeben, ob Angelegenheiten im Zusammenhang mit Wohn- und Mietverhältnissen zu diesem Kreis zählten.

Bei der Untersuchung im Rahmen des Betreuungsverfahrens bestätigte sich, dass Frau X nicht erkennen konnte, dass die ihr Sorgen machenden Gedanken, durch ein Bordell beeinträchtigt zu sein, Ausdruck einer psychiatrischen Störung sind. Gutachterlicherseits war festzustellen, dass die Ablehnung der Behandlung der psychischen Erkrankung nicht dem Ausdruck einer als frei zu betrachtenden Willensbildung entsprach, die Patientin jedoch in anderen Bereichen der Willensbildung nicht beeinträchtigt war. Es wurde argumentiert, eine konkrete Gefahr, die für Frau X eintreten könnte, wenn die Behandlung jetzt abgebrochen werde, sei das Wiederauftreten fremdaggressiver Regungen. Zudem könne die Teilhabefähigkeit am sozialen Leben noch weiter gestört werden, denn Frau X sei so sehr von ihrem Wahnerleben geprägt, dass die letzten familiären Beziehungen abubrechen drohten und die Beziehungen zur sonstigen sozialen Umwelt weiter eskalierten. Auch werde ihre Wohnsituation krankheitsbedingt immer wieder in Gefahr geraten. Das chronifizierte Krankheitsbild müsse über lange Jahre psychiatrisch begleitet werden. Da Frau X vermutlich selbst bei gutem Verlauf nicht eine so starke Krankheitseinsicht ausprägen werde, dass sie später freiwillig einen Psychiater oder ambulante Dienste aufsuchen würde, sei zu empfehlen, bereits jetzt ein Hilfesystem mit überwiegender aufsuchender Arbeit in der Häuslichkeit der Patientin zu etablieren. Die Behandlung, die auch die neuroleptische Therapie beinhalten könne, müsse mehrjährig angelegt und konstant sein. Das Ziel der betreuungsrechtlich geforderten Wiederherstellung des freien Willensbildung bezüglich ihrer Erkrankung könne allerdings nur verfolgt und damit die Therapiemittel legitimiert werden, wenn die konstante Behandlung durch die betreuende Institution auch gesichert werden könne. Da das behandelnde Krankenhaus weder eine Möglichkeit zu langfristiger aufsuchender Tätigkeit hatte, noch die Frage nach der wiederholten medikamentösen Behandlung gegen den Willen der Betroffenen, z.B. durch ein Depotneuroleptikum, rein praktisch geklärt werden konnte – Voraussetzung wäre ja die wiederholte stationäre Unterbringung der Betroffenen gewesen, da das deutsche Betreuungsrecht eine ambulante Zwangsmedikation nicht kennt –, waren diese Voraussetzungen nicht herstellbar, so dass letztlich im Ergebnis eine Zwangsmedikation zum Beurteilungszeitpunkt abzulehnen war, da die Behandlung über den für notwendig erachteten Zeitraum von zwei Jahren mit dem Ziel der Wiederherstellung der freien Willensbildung bezüglich der Erkrankung nicht realistisch war.

Im Zivilverfahren um die Prozessfähigkeit angesichts der Räumungsklage wurde argumentiert, Frau X könne durchaus verstehen, dass sie Mieterin sei. Sie könne auch verstehen, dass ihre Vermieterin das Wohnverhältnis kündigen wolle. Sie könne aber nicht verstehen, warum das Wohnverhältnis gekündigt werden soll, so dies Ausdruck ihrer Krankheitssymptome und der Beeinträchtigung anderer dadurch sei. Diese Überschneidung hebe jedoch nicht die Geschäftsfähigkeit bzgl. der Wohn- und Mietverhältnisse auf. Denn bezüglich der wesentlichen Dinge des Mietverhältnisses (dass sie Mieterin sei, dass sie Miete zahlen müsse, dass sie in der Wohnung bleiben wolle) könne Frau X eine freie Willensentscheidung treffen. Da ansonsten keine weiteren kognitiven Beeinträchtigungen oder Symptome bei Frau X vorlägen, sei festzustellen, dass sie hinsichtlich ihrer Wohn- und Mietangelegenheiten durchaus prozessfähig sei. Es sei jedoch zu befürchten, sie werde in einer mündlichen Hauptverhandlung Argumente, die im Widerspruch zur evidenten Überzeugung, dass ein Bordell betrieben werde, stehen, zurückweisen müssen. Es sei sicherlich zu erwarten, dass sie einen Vortrag mit dem Inhalt, es werde kein Bordell betrieben, als unwahr bewerte und möglicherweise ungehalten oder mit einer psychischen Erregung auf solche Vorträge reagiere. Und sie werde selbst nicht vortragen können, dass sie für den Fall einer Räumung ihrer Wohnung möglicherweise hinsichtlich ihrer Gesundheit beeinträchtigt werden könnte, da sie nicht davon ausgehe, dass sie psychisch krank sei. Die Überzeugung, nicht psychisch krank zu sein, sei aber wahnhafter Art.

Das Fallbeispiel zeigt eindringlich, dass die ausschließliche Konzentration der Behandlung gegen den Willen eines Betroffenen auf die Wiederherstellung der freien Willensbildung etwas Wesentliches übersieht: Es übersieht die Notwendigkeit eines Menschen, sozial teilhabefähig zu sein. Oder umgekehrt formuliert: Der komplette Verlust der sozialen Teilhabe rechtfertigt nach den gesetzlichen Bestimmungen nicht, dass jemand gegen seinen erklärten Willen (der durch nichts relativiert werden soll) behandelt werden kann. Diese künstliche Trennung von Lebenswirklichkeit und abstrakter Willensbetrachtung führt dann zum psychiatrisch-praktischen Dilemma, dass die behandelnden Psychiater zwar zurecht behaupten könnten, eine Lebensführung isoliert von der Gemeinschaft könne die psychische Gesundheit der Betroffenen nicht befördern, ja ihr schaden. Sie können aber in der betreuungsrechtlichen Argumentation diesen Begriff der seelischen Gesundheit als Lebensfähigkeit in einer sozialen Gemeinschaft argumentativ nicht anbringen. Im zivilrechtlichen Verfahren um die Wohnung zeigte sich überdies auch rein verfahrenstechnisch, dass die freie Willensbildung als alleiniges Maß prozessualer Fähigkeiten ebenso unrealistisch verkürzt ist, denn auf dem Hintergrund der freien Willensbildung allein war die Prozessfähigkeit bezüglich der Wohnungsfrage zu bejahen, faktisch waren aber die prozessualen Fähigkeiten von Frau X durch die nicht gegebene freie Willensbildung bezüglich ihrer Erkrankung stark behindert.

Zweites Fallbeispiel: Freie Willensbildung und Teilhabefähigkeit

Aus dem ersten Beispiel wurde deutlich, dass eine Betrachtung eines konkreten Lebensentwurfs losgelöst von den sozialen Kontexten zwar theoretisch möglich, juristisch sogar gefordert wird, die damit verbundene Einschränkung seelischer Gesundheit auf die Möglichkeit der freien Willensbildung jedoch psychiatrisch-praktisch an der Sache vorbei gehen kann. Daher soll mit einem zweiten Fallbeispiel die Frage des Zusammenhangs der freien Willensbildung und der Teilhabefähigkeit vertieft diskutiert werden.

Herr Y, ein 43-jähriger Mann, leidet an einer hebephrenen Schizophrenie mit der Differentialdiagnose einer schizoaffektiven Störung. Er zeigt seit vielen Jahren eine stark schwankende Symptomatik, teilweise mit bizarr anmutendem Verhalten, zeitweise mit aggressiven Regungen, zeitweise mit einem sehr starken sozialen Rückzug. Er wurde mehrfach gegen seinen Willen zur Behandlung untergebracht, zeigte unter neuroleptischer Medikation Verbesserungen vor allem im Bereich des sozialen Kontaktes, setzte seine Medikation jedoch stets nach Entlassung rasch ab. Schließlich wurde er auf dem Hintergrund einer Schuldunfähigkeit bei der Begehung einer Körperverletzung in eine Maßregelanstalt aufgenommen. Zum Begutachtungszeitraum hatte er über mehrere Monate keine Medikamente eingenommen, nur zeitweise bekam er in extrem zugespitzten Situationen eine Notfallmedikation. Seither hatte sich die Symptomatik verschlechtert, aggressive Auseinandersetzungen wurden häufiger berichtet. Er verließ sein Einzelzimmer kaum, lag stundenlang zusammengekauert in einer Ecke des Zimmers und schlief auf dem Boden. Die Zimmereinrichtung war in einem desolaten Zustand, wobei er keine Hilfe annahm, das Zimmer wieder angenehmer einzurichten. Die Stimmung schwankte stark. In aggressiv geprägten Zuständen zerstörte er Dinge, insbesondere Kleidungsstücke, bis er keine mehr besaß oder sie ihm in Fetzen vom Leib hingen und er nahezu unbekleidet war. Sein formales Denken war zerfahren, er war nur kurz für einige Minuten affektiv erreichbar, die Kontaktfähigkeit war ansonsten deutlich vermindert. Ein durchgängig bestehendes Wahnerleben fand sich nicht, jedoch kam es immer wieder zu Verkennungen der realen Situation mit zunehmenden verbalen und körperlichen Auseinandersetzungen mit Mitpatienten. Herr Y wirkte ziellos und beschäftigte sich mit Aktivitäten, die ihm oder anderen hätten Schaden zufügen können, so das Rauchen von Zeitungen oder die Manipulation elektrischer Geräte und Möbel.

Von der behandelnden Klinik wurde die Genehmigung einer Medikation gegen den erklärten Willen von Herrn Y beantragt. In einigen auch längeren Phasen seiner Krankheitsgeschichte (vor der Novellierung der entsprechenden betreuungsrechtlichen Bestimmungen) hatte der Patient eine betreuungsrechtlich genehmigte Zwangsmedikation mit mäßigem, aber sichtbarem Erfolg erhalten: unter einigen der gegebenen Substanzen besserte sich vor allem das eigen- und fremdaggressive Verhalten und die soziale Kontaktfähigkeit. Zu begutachten war das Vorliegen der Voraussetzungen für eine medikamentöse Behandlung gegen seinen Willen analog den Bestimmungen des BGB: die Notwendigkeit der Zwangsmaßnahme, die Erfolgsaussicht, das Nicht-

vorhandensein alternativer Maßnahmen und eine Nutzen-Risikoabwägung. Die Einsichtsunfähigkeit in die Notwendigkeit der Behandlung sollte dargestellt werden, der Versuch der Ärzte, eine Zustimmung zu erreichen und schließlich die Geeignetheit der medikamentösen Maßnahme, die freie Willensbildung wiederherzustellen. Klinisch ergaben sich bei der Begutachtung einige Beurteilungsschwierigkeiten wegen der nicht ganz eindeutigen diagnostischen Zuordnung und dem fluktuierenden Zustand mit wechselnden Symptomen: Zeitweise schien es, Herr Y könne seine Erkrankung ansatzweise verstehen und auch mit dem Gutachter besprechen, zeitweise verweigert er komplett den Kontakt und handelte bizarr. Er berichtete überdies von früher aufgetretenen Nebenwirkungen von Neuroleptika, wobei der Wahrheitsgehalt dieser Aussagen schwer zu beurteilen war, da sich tatsächlich Erlebtes und die generelle Anlehnung von Medikamenten wohl mischten.

Im Gutachten wurde dargestellt, Herr Y sei aktuell durch sein Zustandsbild erheblich hinsichtlich seines Denkens und damit hinsichtlich seiner Willensbildung in Bezug auf seine Erkrankung gestört. Auch hätten sich Probleme auf der Handlungsebene gezeigt, wobei nicht alle bizarren Handlungsmuster als einem Handeln aus freier Willensbildung entsprechend angesehen werden könnten, einige sicher durch psychotisches Erleben geprägt seien. Die jetzige Ablehnung der Medikation stelle keinen Ausdruck einer freien Willensbildung dar. Durch die Schwere der Symptomatik sei Herr Y in seiner Persönlichkeitsentfaltung erheblich beeinträchtigt: So vernachlässige er Trinken, Essen, aber auch die körperliche Hygiene und seine Kleidung. Die entspreche keiner freien Entscheidung, da Herr Y in Zeiten unter Medikation gezeigt habe, dass ihm das körperliche Wohlbefinden und ein sozial adäquates Auftreten möglich und wichtig seien. Herr Y habe seine Teilhabefähigkeit bezüglich sozialer Aktivitäten komplett verloren. Er ziehe sich massiv zurück, nehme keinen Kontakt mehr auf. Auch dadurch sei seine Persönlichkeitsentfaltung massiv eingeschränkt. Unbehandelt wäre seine Zukunft dahingehend vorbestimmt, dass er eine Vita minima im Maßregelvollzug friste, ohne Entwicklungsperspektive. Der Verlust der sozialen Teilhabemöglichkeiten stelle eine schwere Gefahr für die psychische Gesundheit des Patienten dar, da sie indirekt auch zur Verschärfung der Grundsymptomatik der psychischen Störung (Autismus, sozialer Rückzug und verworrenes Denken) führe. Eine weitere Gefährdung bestehe in der schlechten nutritiven und körperlichen Versorgungslage.

In der folgenden juristischen Auseinandersetzung stimmte zunächst die Aufsichtsbehörde und dann – nach einer Beschwerde durch den Betreuer von Herrn Y gemäß des Wunsches des Betroffenen – das Amtsgericht zu und schloss sich inhaltlich der Argumentation an, es bestehe durch den vollständigen Verlust der sozialen Teilhabefähigkeit eine schwerwiegende Gefahr für die Gesundheit des Betroffenen. Das Landgericht hob dann die Entscheidung des Amtsgerichtes auf: Aufgrund der stets wechselnden Symptomatik sei die andauernde Aufhebung der freien Willensbildung nicht hinreichend belegt. Darüberhinaus sei die Sichtweise, eine schwerwiegende Gefahr für die Gesundheit bestehe hier im vollständigen Verlust der sozialen Teilhabefähigkeit, zwar nachvollziehbar, aber durch die gesetzlichen Bestimmungen nicht gedeckt. Herr Y blieb unbehandelt in einem sehr schlechten Zustand, überwiegend im Zimmer kau-

ernd und ohne soziale Kontakte auf seiner Station. Er bekam nur intermittierende Medikation bei Gefährdungslagen im Rahmen der Gefahrenabwehr.

Auch in diesem Fallbeispiel wird deutlich, dass der Verlust der freien Willensbildung als alleiniges Argument zur Regulierung psychiatrischen Handelns nicht ausreichend ist, sondern ein psychiatrisches Handeln, welches übereinstimmend wohl viele psychiatrische Gutachter als notwendig erachtet hätten, nicht stattfinden konnte. Zwar war Herr Y auch unbehandelt zeitweise in der Lage, seinen Willen bzw. seine Wünsche zum Ausdruck zu bringen, wenngleich stets durch seine Krankheitssymptome überformt. So er sich aber im Sinne der Selbstbestimmung durch diesen Willen hinsichtlich der Behandlung seiner Erkrankung gegen diese entschied, so bestimmte er sich als einen Menschen, der eine Existenzform „wählt“, die allgemein als nicht wünschenswert erlebt wird und die auch zum Verlust ganz konkreter Freiheiten der Lebensführung führt. Hinsichtlich einer konkreten Selbstverwirklichung – Herr Y konnte durchaus davon erzählen, dass er sich für später eine Tätigkeit in der Landwirtschaft wünschte – ist nichts gewonnen. Herr Y kann sich nicht im Sinne dieser selbst geäußerten Wünsche verwirklichen. Seine formal durch die abstrakt gesetzte Willensfreiheit bestimmte Freiheit erscheint als eine völlig unkonkrete, nicht vermittelte und unbefriedigende Option, so dass deutlich wird, dass konkret gelebte oder zukünftig zu lebende Freiheit eben nicht ausschließlich als willkürliche Selbstbestimmung gedacht werden kann. Im Übrigen kann man auch noch einwenden, dass zwar die Selbstbestimmung in der Rechtsprechung der bürgerlichen Gesellschaft einen hohen Wert hat, aber auch in der Verfassungsstruktur nicht absolut gesetzt ist, denn sie wird letztlich durch den Begriff der Würde begrenzt, die zu achten und zu schützen die Verpflichtung des Staates ist. Man kann sich in diesem Fallbeispiel durchaus fragen, inwieweit die Würde des Menschen hier nicht gerade durch die Unabdingbarkeit, mit der die Norm der freien Willensbildung verfolgt wird, verletzt wird.

Der Begriff der konkreten Freiheit

Auf dem Hintergrund dieser beiden konkreten Beispiele können wir nun argumentieren, dass die Einengung des Freiheitsbegriffs auf den Begriff der (willkürlichen) Selbstbestimmung oder freien Willensbildung nicht nur zurecht von philosophischer Seite kritisiert wurde, sondern auch vor der praktischen Wirklichkeit psychiatrischen, aber auch allgemein menschlichen Tuns versagt. Sie versagt deswegen, weil Freiheit hier nicht konkretisiert wird. Anknüpfend an die Argumentation des ersten Teiles dieses Beitrages lässt sich darlegen, dass die Auffassung Hegels und anderer, Freiheit müsse konkretisiert gedacht werden, angesichts der Fallbeispiele nutzbar gemacht werden kann. Die Freiheit eines Menschen muss in der Weise konkretisiert betrachtet werden, dass dieser Einzelne situiert ist in seinen sozialen und historischen Bedingungen, dass die Freiheit auch gelebt, das heißt in der individuellen Existenz verwirklicht werden und dabei auch in der Interaktion mit anderen Menschen vollzogen werden kann. Eine nur abstrakte Freiheit erweist sich in dieser Betrachtung als überhaupt

keine Freiheit. Daher gibt es auch bezüglich der Freiheit (auch ihres einen Aspektes der Willensfreiheit) kein nur Ja oder Nein, denn sie ist vieldimensional und zeigt sich in allen menschlichen Fähigkeiten des Erlebens und Handelns. Wolfgang Blankenburg hat dies angesichts psychopathologischer Probleme so ausgedrückt: „Es geht nicht darum, ob jemand sich so oder so verhält, nicht um Verhalten als fertiges Produkt, sondern um Freiheitsgrade im Produzieren-Können eines wie auch immer gear teten Verhaltens. Nicht ob sich jemand abweichend verhält, ist psychologisches Problem, sondern ob er sich nicht angepasst oder auch sich nicht unangepasst verhalten kann. Auf das Können bzw. Nicht-Können kommt es an.“ (Blankenburg 1978: 141f., zum damit verbundenen Freiheitsbegriff Heinze 2007: 15-19)

Abschließend kann man nun auf die eingangs gestellten Fragen eine Antwort wagen und die Grenzen der Selbstbestimmung aus psychiatrischer Sicht in zweierlei Hinsicht formulieren: Zum einen findet die Selbstbestimmung ihre Begrenzung durch die existenzielle Notwendigkeit, den eigenen Willen auch entfalten zu können, also die Notwendigkeit der Selbstentfaltung, die neben der Selbstbestimmung auch die Dimension der Selbstverwirklichung beinhaltet. Selbstverwirklichung und Selbstbestimmung stehen dabei nicht in einem Gegensatz, sondern steigern sich gegenseitig, denn eine rein abstrakte, willkürliche Bestimmung des eigenen Selbst, die bar jeder konkret gelebten Verwirklichungsmöglichkeit ist, bedeutete ja für das Individuum lebenspraktisch nichts. Und die ausschließliche Verwirklichung von Ideen über ein Selbst, die losgelöst wäre von der Willensbildung des Einzelnen, wäre – wenn überhaupt – fremdbestimmtes Leben. So kann nur die Dialektik dieser beiden Teilbestimmungen im Sinne der gegenseitigen Steigerung greifen: Je mehr ein Mensch das, wozu er sich selbst bestimmt, auch verwirklichen kann, desto mehr bestimmt er sich als ein konkreter selbst und verwirklicht nicht nur gesellschaftliche Normen, sondern tatsächlich das eigene Wollen. Hier greift eine Dialektik, die von Hegel als Dialektik zwischen Einzelem und Allgemeinem angelegt ist mit dem logischen Zielpunkt des Besonderen, hier der konkreten Besonderung eines einzelnen Menschen.

Eine zweite Begrenzung findet die Selbstbestimmung in der Dialektik des einzelnen mit dem sozialen und historischen Allgemeinen, denn zur Selbstentfaltung ist man verwiesen auf andere Menschen und auch die nichtmenschliche Umwelt. Dies ist leicht nachzuvollziehen, wenn man allein den Lebensbeginn anschaut: Ein Säugling ohne ihn schützende und ernährende Eltern würde sich nicht entfalten können. Dies gilt aber gleichermaßen auch für spätere Phasen des Lebens: in der sozialen Rollenübernahme, in den Bindungen, die ein Mensch eingeht, in den Möglichkeiten, die er im Rahmen seiner historischen und sozialen Positionierung findet. Die von anderen zu erwartende und von anderen erwartete Zuwendung und Anerkennung lässt sich durchaus als Fürsorge fassen, auf die Menschen in ihrer Entwicklung angewiesen sind, wenngleich nicht zu jedem Teil ihres Lebens in gleichem Maße, und sicher anders, je nachdem, ob sie psychisch krank sind oder nicht. Auch hier ist die Grenze eine dialektische: Je stärker die soziale Teilhabe ist, desto größer die Möglichkeiten der individuellen Selbstentfaltung. Es zeigt sich kein Gegensatz, sondern im gelin-

genden Fall eine Entfaltung des eigenen Ichs und gleichzeitig eine (Mit)Bestimmung der gesellschaftlichen Wirklichkeit durch die eigene Selbstentfaltung.

Somit lässt sich zusammenfassen, dass die freie Entfaltung des Selbst oder der eigenen Subjektivität die Fähigkeit zur Gemeinschaft mit anderem und anderen bedeutet und notwendiger Weise auch die Anerkennung des anderen und der anderen als gleichberechtigt (hier ebenso sich selbst entfaltende Einzelne) voraussetzt. Daher kann Selbstvertrauen, Selbstachtung und Selbstschätzung nur im Rahmen eines freien Lebensvollzugs unter Anerkennung durch andere in den Dimensionen der Sorge, der Gerechtigkeit und der Solidarität wachsen. Der eingangs angesprochene Balanceakt ist kein solcher, denn es gilt nicht, die Selbstbestimmung gegen die Fürsorge auszuspielen oder die Fürsorge gegen die Selbstbestimmung, sondern durch psychiatrisches Denken und Handeln Situationen herzustellen, in denen die Akzeptanz von Fürsorge und dadurch Selbstentfaltung wachsen kann, Fürsorge also ebenso zunimmt wie die durch sie gestützte Selbstentfaltung des Einzelnen.

Literatur

- Baader, F. (1991). *Erotische Philosophie*. Hrsg. von Gerd-Klaus Kaltenbrunner. Frankfurt/M. und Leipzig: Insel.
- Blankenburg, W. (1978). Grundlagenprobleme der Psychopathologie. *Nervenarzt*, 42, 140-146.
- Eckle, I., Heinze, M., Kupke, C. & Quadflieg, D. (Hrsg.) (2016). *Freiheit zwischen Normativität und Kreativität*. Berlin: Parodos.
- Erdmann, J. E. (1864). *Grundriss der Logik und Metaphysik*. Halle: J. F. Lippert.
- Heinze, M. (2007). Einführung. In M. Heinze (Hrsg.), *Wolfgang Blankenburg, Psychopathologie des Unscheinbaren* (S. 11-22). Berlin: Parodos.
- Honneth, A. (1992). *Kampf um Anerkennung. Zur moralischen Grammatik sozialer Konflikte*. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Kant, I. (1784). Beantwortung der Frage: Was ist Aufklärung? *Berlinische Monatsschrift*, 4, 481-494.
- Kant, I. (1998). *Kritik der reinen Vernunft*. Hamburg: Meiner.
- Quadflieg, D. (2008). Einführung. Zur Dialektik von Selbst und Selbstverlust. In ders. (Hrsg.), *Selbst und Selbstverlust*. Berlin: Parodos.
- Theunissen, M. (1991). *Negative Theologie der Zeit*. Frankfurt/ M.: Suhrkamp.

Patientenrechte und Selbstbestimmung in der Psychiatrie aus Sicht des Ministeriums für Gesundheit, Pflege, Emanzipation und Alter (MGEPA)

Jörg Holke

Zusammenfassung

Aus Sicht des Ministeriums für Gesundheit, Pflege, Emanzipation und Alter (MGEPA) ist die Thematik „Patientenrechte und Selbstbestimmung in der Psychiatrie“ aus drei Perspektiven zu beleuchten. Neben der gesundheitsrechtlichen Perspektive ist die menschenrechtliche Perspektive in Verbindung mit der UN-Konvention für die Rechte von Menschen mit Behinderung von grundsätzlicher Bedeutung. In engem Zusammenhang mit der menschenrechtlichen Perspektive steht die Perspektive „Selbstbestimmung und Zwang“.

Schlüsselwörter: Patientenrechte, Aufklärung der Patienten, Einwilligungsvoraussetzungen, Zwangsbehandlung, Selbstbestimmung, Dokumentation

Patient rights and self-determination in psychiatry from the perspective of the Ministry of Health, Equalities, Care and Ageing

Abstract

From the point of view of the Ministry of Health, Equalities, Care and Aging (MGEPA), the topic of „patient rights and self-determination in psychiatry“ is to be illuminated from three different perspectives. In addition to the health perspective, the human rights' perspective in connection with the UN Convention on the Rights of Persons with Disabilities is of fundamental importance. The perspective „self-determination and coercion“ is closely linked to the human rights' perspective.

Key words: Patient rights, patient education, requirements for consent, coercive treatment, self-determination, documentation

Korrespondenzadresse: Jörg Holke, Leiter des Referates 213 "Psychiatrie", Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes Nordrhein-Westfalen, Horionplatz 1, 40213 Düsseldorf; joerg.holke@mgepa.nrw.de

1. Gesundheitsrechtliche Perspektive

Aus der gesundheitsrechtlichen Perspektive stehen die Patientenrechte bei der Behandlung im Fokus.

Die gesetzlichen Grundlagen wurden erstmalig 2013 in einem Gesetz zur Verbesserung der Rechte von Patientinnen und Patienten (Patientenrechtegesetz) zusammengefasst und konkretisiert. Zuvor wurde bereits 2009 mit dem dritten Gesetz zur Änderung des Betreuungsrechtes die Patientenverfügung (Patientenverfügungsgesetz) gesetzlich verankert.

Im Patientenrechtegesetz wurden im Artikel 1 die wesentlichen Rechte für die Patientinnen und Patienten bei einer medizinischen Behandlung im Bürgerlichen Gesetzbuch (BGB) § 630 a-h verankert. Die Patientenverfügung wurde im vierten Buch des BGB dem zweiten Titel „Rechtliche Betreuung“ zugeordnet.

Behandlungsvertrag (§ 630a BGB)

In dem abzuschließenden Behandlungsvertrag verpflichten sich die Behandelnden zur Leistung der versprochenen Behandlung. *Die Patientinnen und Patienten* sind zur Gewährung der vereinbarten Vergütung verpflichtet, soweit nicht ein Dritter zur Zahlung (insbesondere Sozialversicherungsträger) verpflichtet ist. *Die* Behandlung hat nach den zum Zeitpunkt der Behandlung bestehenden, allgemein anerkannten fachlichen Standards (*AWMF-Leitlinien, Versorgungsleitlinien, etc.*) zu erfolgen, soweit nicht etwas anderes vereinbart ist.

Pflichten für den Behandelnden (§ 630 c-e BGB)

Zu Beginn der Behandlung und im Verlauf bestehen folgende Informationspflichten: Patientinnen und Patienten in verständlicher Weise zu Beginn der Behandlung und, soweit erforderlich, in deren Verlauf sämtliche für die Behandlung wesentlichen Umstände zu erläutern,

- insbesondere die Diagnose, die voraussichtliche gesundheitliche Entwicklung, die Therapie und die zu und nach der Therapie zu ergreifenden Maßnahmen.
- Bei Annahme eines Behandlungsfehlers ist die Patientin/der Patient über diese auf Nachfrage oder zur Abwendung gesundheitlicher Gefahren zu informieren.

Bei Durchführung einer medizinischen Maßnahme sind noch vor Beginn folgende Aufklärungen zu gewährleisten:

- Patientinnen und Patienten über sämtliche für die Einwilligung wesentlichen Umstände aufzuklären,

- insbesondere zu Art, Umfang, Durchführung, zu erwartende Folgen und Risiken der Maßnahme sowie ihrer Notwendigkeit, Dringlichkeit, Eignung und Erfolgsaussichten im Hinblick auf Diagnose oder Therapie.
- Es besteht die Pflicht, auch auf Alternativen zur Maßnahme hinzuweisen, wenn mehrere medizinisch gleichermaßen indizierte und übliche Methoden zu wesentlich unterschiedlichen Belastungen, Risiken oder Heilungschancen führen können (dies betrifft auch die Medikamentenvergabe).

Der Aufklärung bedarf es nicht, wenn diese ausnahmsweise aufgrund besonderer Umstände entbehrlich ist, insbesondere wenn die Maßnahme unaufschiebbar ist oder Patientin bzw. Patient auf die Aufklärung ausdrücklich verzichtet hat.

Vor Durchführung einer medizinischen Maßnahme, insbesondere eines Eingriffs in den Körper oder die Gesundheit, ist die Einwilligung der Patientin bzw. des Patienten einzuholen.

Ist die Patientin/der Patient einwilligungsunfähig, muss die Einwilligung eines hierzu Berechtigten eingeholt werden, soweit nicht eine Patientenverfügung nach § 1901a BGB (siehe Ausführungen zur Patientenverfügung weiter unten) die Maßnahme gestattet oder untersagt. Kann eine Einwilligung für eine unaufschiebbare Maßnahme nicht rechtzeitig eingeholt werden, darf sie ohne Einwilligung durchgeführt werden, wenn sie dem mutmaßlichen Willen der Patientin oder des Patienten entspricht. Die Wirksamkeit der Einwilligung setzt voraus, dass die Patientin/der Patient aufgeklärt worden ist. Die Einwilligung kann jederzeit und ohne Angabe von Gründen formlos widerrufen werden.

Auch im Falle der Einwilligungsunfähigkeit sind die wesentlichen Umstände den Patientinnen und Patienten entsprechend ihrem Verständnis zu erläutern, soweit sie aufgrund ihres Entwicklungsstandes und ihrer Verständnismöglichkeiten in der Lage sind, die Erläuterung aufzunehmen, und soweit dies ihrem Wohl nicht zuwiderläuft.

Dokumentation der Behandlung (§ 630e BGB)

Es besteht die Pflicht, zum Zweck der Dokumentation in unmittelbarem zeitlichem Zusammenhang mit der Behandlung eine Patientenakte in Papierform oder elektronisch zu führen. Berichtigungen und Änderungen von Eintragungen in der Patientenakte sind nur zulässig, wenn neben dem ursprünglichen Inhalt erkennbar bleibt, wann sie vorgenommen worden sind. In der Patientenakte sind aus fachlicher Sicht für die derzeitige und die künftige Behandlung wesentliche Maßnahmen und Ergebnisse festzuhalten. Dazu zählen insbesondere die Anamnese, Diagnosen, Untersuchungen, Untersuchungsergebnisse, Befunde, Therapien und ihre Wirkungen, Eingriffe und ihre Wirkungen, Einwilligungen und Aufklärungen sowie die Aufnahme des Arztbriefes in die Patientenakte. Die Aufbewahrungsfrist beträgt zehn Jahre.

Einsichtnahme in die Patientenakte (§ 630 g BGB)

Der Patientin/dem Patienten ist auf Verlangen unverzüglich Einsicht in die vollständige, sie bzw. ihn betreffende Patientenakte zu gewähren, soweit der Einsichtnahme nicht erhebliche therapeutische Gründe oder sonstige erhebliche Rechte Dritter entgegenstehen. Die Ablehnung der Einsichtnahme ist zu begründen.

Patientenverfügung (§ 1901a BGB)

Durch die Patientenverfügung besteht die Möglichkeit, schriftlich für den Fall der Einwilligungsunfähigkeit im Voraus festzulegen, ob und wie in bestimmten Situationen ärztlich behandelt werden soll. Das Gesetz definiert die Patientenverfügung als schriftliche Festlegung einer volljährigen Person, ob sie in bestimmte, zum Zeitpunkt der Festlegung noch nicht unmittelbar bevorstehende Untersuchungen ihres Gesundheitszustandes, Heilbehandlungen oder ärztliche Eingriffe einwilligt oder sie untersagt.

Bei Vorliegen einer verbindlichen Patientenverfügung nach § 1901a Abs. 1 BGB ist eine Behandlung gegen den Willen des Betroffenen selbst dann nicht mehr möglich ist, wenn eine Unterbringung durch den Betreuer oder nach PsychKG vorliegt¹ (Olzen, 2010).

Behandlungsvereinbarung

Das Instrument der Behandlungsvereinbarung wurde in den Jahren 1993 und 1994 in Bielefeld entwickelt. Zielsetzung der Behandlungsvereinbarung ist es, dass Betroffene mit Psychiatrieerfahrung bzw. Patientinnen und Patienten sich mit den behandelnden Ärztinnen und Ärzten des (für sie zuständigen) Krankenhauses über die bei einem eventuellen weiteren Krankenhausaufenthalt durchzuführenden Maßnahmen verständigen. Dies kann außerhalb oder im Rahmen eines stationären Aufenthaltes bzw. einer Unterbringung geschehen.²

Gegenstand der Behandlungsvereinbarung sind typischerweise nicht nur die Gestaltung der Unterbringungssituation sowie die Klärung sozialer Fragen, sondern auch die Behandlungssituation als solche und damit auch die Medikation und eine mögliche Zwangsbehandlung. In Betracht kommen insoweit sowohl zustimmende als auch ablehnende Willensbekundungen. Ziel der Behandlungsvereinbarung ist eine differenzierte, von beiden Seiten akzeptierte Vereinbarung. Da mit der Behandlungsvereinbarung auch die Willensbekundung der Patientin bzw. des Patienten verbunden ist, die im Zustand der Einsichtsfähigkeit erfolgt ist, hat die Behandlungsvereinbarung den Rechtscharakter einer Patientenverfügung.³

¹ Olzen, 2010

² Dietz/Pörksen/Voelzke, Behandlungsvereinbarungen, 1998

³ Marschner, 2010

Die Umsetzung der Behandlungsvereinbarung hat sich in den letzten zwei Jahrzehnten nur sehr schleppend vollzogen. Dies wird insbesondere von den Besuchskommissionen nach § 27 PsychKG des Landes Nordrhein-Westfalen berichtet. Über die Gründe besteht keine valide Datenlage. Gegenüber den Besuchskommissionen wird oft angeführt, dass seitens der betroffenen Menschen kein ausreichendes Interesse besteht. Inwieweit ausreichend informiert wird, ist allein durch die Besuchskommissionen nicht zu ermitteln.

2. Menschenrechtliche Perspektive

Im Grundgesetz ist im Artikel 2 verankert:

(1) Jeder hat das Recht auf die freie Entfaltung seiner Persönlichkeit, soweit er nicht die Rechte anderer verletzt und nicht gegen die verfassungsmäßige Ordnung oder das Sittengesetz verstößt.

In vergleichbarer Weise ist in den Grundsätzen der Behindertenrechtskonvention der Vereinten Nationen (UN-BRK) (Artikel 3) das Recht auf Selbstbestimmung festgeschrieben:

a) die Achtung der dem Menschen innewohnenden Würde, seiner individuellen Autonomie, einschließlich der Freiheit, eigene Entscheidungen zu treffen, sowie seiner Unabhängigkeit

Untrennbar verbunden damit sind in der UN-BRK nach Artikel 3 die Rechte auf:

- Nichtdiskriminierung;
- die volle und wirksame Teilhabe an der Gesellschaft und Einbeziehung in die Gesellschaft;
- die Achtung vor der Unterschiedlichkeit von Menschen mit Behinderungen und die Akzeptanz dieser Menschen als Teil der menschlichen Vielfalt und der Menschheit;
- Chancengleichheit und Zugänglichkeit der Hilfen und die Gleichberechtigung von Mann und Frau;

Die Verpflichtung, angemessene Vorkehrungen zur Beachtung und Umsetzung dieser Grundsätze zu treffen, besteht mit der Ratifizierung für:

- Bundesregierung und Bundsparlament (Aktionspläne, Gesetze);
- Landesregierung und Landesparlament (Aktionsplan, Gesetze, Inklusionsstärkungsgesetz, Novellierung PsychKG, aktuell Landespsychiatrieplan);
- Leistungsträger (Umsetzung, Aktionspläne);
- Leistungserbringer (Umsetzung, Aktionspläne);
- die weitere Zivilgesellschaft (Inklusion als Haltung).

3. Perspektive Selbstbestimmung und Zwang

Psychiatrie steht im Spannungsfeld von Hilfe und Schutz sowie Kontrolle. Dies gilt vor allem für den öffentlich-rechtlichen und betreuungsrechtlichen Auftrag der Unterbringung bei Eigen- und Fremdgefährdung sowie für Zwangsmaßnahmen im Rahmen der Unterbringung.

Damit sind weitgehende Eingriffe in die Grundrechte verbunden. Aus Sicht des MGEPA steht hier die

Novellierung des PsychKG

im Zentrum. Die noch geltende Fassung aus dem Jahr 1999 enthält Regelungen zu Unterbringungsmaßnahmen, die nicht den Anforderungen der höchstrichterlichen Rechtsprechung, der veränderten Gesetzeslage allgemeiner Patientenrechte sowie den Vorgaben der UN-BRK entsprechen. Zudem hatten sich Probleme aus der Umsetzungspraxis in Teilbereichen gezeigt, die es zu beheben gilt.

Das Gesetz über Hilfen und Schutzmaßnahmen bei psychischen Krankheiten in NRW definiert ordnungsrechtlich, dass eine zwangsweise Unterbringung bei krankheitsbedingter Fremd- und Selbstgefährdung angeordnet und durchgeführt werden kann.

Ziel ist es, die Überwindung der Gefahr und die Wiederherstellung der Selbstbestimmung durch das Angebot der Behandlung zu ermöglichen.

Bei Fremd- und Selbstgefährdung ist die Zwangsbehandlung in der aktuellen Fassung möglich; die Durchführung bei besonderer Gefahr liegt ohne detaillierte Vorgaben im ärztlichen Ermessen.

Zukünftig wird Voraussetzung für eine Zwangsbehandlung sein, dass

- die betroffenen Personen Grund, Bedeutung und Tragweite der Behandlung nicht einsehen oder sich nicht nach dieser Einsicht verhalten können,
- ohne Behandlung Lebensgefahr oder erhebliche Gefahren für die Gesundheit der betroffenen Person oder dritter Personen im Rahmen der Unterbringung drohen,
- eine erheblich weniger eingreifende Maßnahme aussichtslos ist,
- eine rechtzeitige Ankündigung erfolgt, die den Betroffenen die Möglichkeit eröffnet, Rechtsschutz zu suchen,
- aus Sicht der Betroffenen der zu erwartende Nutzen die zu erwartenden Beeinträchtigungen deutlich überwiegt,
- der ernsthafte, mit dem nötigen Zeitaufwand und ohne Ausübung unzulässigen Drucks unternommene Versuch vorausgegangen ist, die auf Vertrauen gegründete Zustimmung der Betroffenen zu erreichen, und

- die Maßnahme der Wiederherstellung der freien Selbstbestimmung dient, soweit dies möglich ist,
- die Anordnung durch die ärztliche Leitung erfolgt,
- die Maßnahmen dokumentiert werden
- und die vorherigen Zustimmung durch das zuständige Gericht erfolgt ist.

Von der Einholung einer gerichtlichen Entscheidung kann ausnahmsweise abgesehen werden, wenn

1. diese nicht rechtzeitig erreichbar ist,
2. eine besondere Sicherungsmaßnahme nicht geeignet oder nicht ausreichend ist, um die akute Gefährdung zu überwinden, und
3. die sofortige ärztliche Zwangsmaßnahme zur Vermeidung einer gegenwärtigen Lebensgefahr oder einer gegenwärtigen schwerwiegenden Gefahr für die Gesundheit der untergebrachten Person oder dritter Personen erforderlich ist.

Eine gerichtliche Zustimmung für die weitere Zwangsbehandlung ist unverzüglich zu beantragen, sofern die unmittelbare Lebensgefahr oder schwerwiegende Gefahr für die Gesundheit über einen längeren Zeitraum andauert oder überwunden ist und die Fortführung der Zwangsbehandlung als weiterhin notwendig angesehen wird. Eine monatliche Meldung von Fällen mit Anwendung von Gefahr im Verzug hat an die Aufsichtsbehörde zu erfolgen.

Neben der Neuregelung der Zwangsbehandlung sind weitere Novellierungen erfolgt: Länger andauernde Fixierungen müssen durch einen richterlichen Beschluss genehmigt werden.

Umfassende Information, Angebot und Beachtung von Behandlungsvereinbarungen sowie Patientenverfügungen (siehe oben) sind zu gewährleisten.

Der tägliche Aufenthalt im Freien, in der Regel für mindestens eine Stunde, ist sicherzustellen.

Die Unterbringung soll so weitgehend wie möglich in offener Form erfolgen.

Der Begriff der Sitzwache wird ersetzt durch eine ständige Bezugsbegleitung. Eine ständige Bezugsbegleitung und Beobachtung beinhaltet neben der Kontrolle der Vitalfunktionen die kontinuierliche milieutherapeutische Betreuung der Betroffenen in der Fixierung, die grundsätzlich durch eine entsprechend ausgebildete Fachkraft zu erfolgen hat. Damit werden die Betroffenen nicht „allein gelassen“ und die Deeskalationsmöglichkeit durch die interaktive Beziehung mit der Bezugsperson besteht. Die Fixierung ist für die Betroffenen eine extreme psychische Krisensituation, die es so schnell wie nur möglich zu überwinden gilt. Eine im Raum anwesende Bezugsbegleitung

gleitung ist dabei unabdingbar. Der Begriff der Sitzwache wurde dieser Aufgabenstellung nicht ausreichend gerecht.

Die Regelungen zur Übertragung hoheitlicher Aufgaben an Krankenhäuser werden konkretisiert. Die Krankenhausträger werden zukünftig durch Verwaltungsakt zum Vollzug der Unterbringung beliehen.

Die Psychiatrie-Erfahrenen und die Angehörigen haben einen Anspruch auf Mitgliedschaft in der Besuchskommission.

Um die Entwicklung der Zahl der Unterbringungen und anderer Zwangsmaßnahmen zuverlässig dokumentieren und bewerten zu können, ist eine gesetzliche Regelung für die Meldung im Wege einer umfassenden Berichterstattung vorgesehen.

Ein Landespsychiatriebeirat und eine Landespsychiatrieplanung werden gesetzlich verankert.

Ein zweiter Novellierungsschritt für die vor- und nachsorgenden Hilfen ist nach Reform des SGB XI und IX und der Fertigstellung des Landespsychiatrieplans vorgesehen.

4. Der Blick nach vorn – Landespsychiatrieplanung

Zurzeit erstellt das MGEPA in einem beteiligungsorientierten Prozess mit den Betroffenen, den Leistungsträgern, den Fachverbänden und weiteren Handelnden einen Landespsychiatrieplan.

Durch Wertschätzung des Erreichten, aber auch Analyse des Nichterreichten, Formulierung von Entwicklungszielen und Empfehlungen wollen wir die Weichen für die Zukunft der Psychiatrie in NRW stellen. Zugleich soll ein konzeptionelles Grundgerüst für gelingende Hilfen und Initiativen aus der Landesperspektive entstehen.

Ein Handlungsfeld ist die Minimierung und Überwindung und Zwang. Aktuelle Diskussionspunkte in der Berichterstellung und Handlungsschritte sind

- Vermeidung von Unterbringungen durch frühzeitige, personenzentrierte Hilfen (Ausbau der Krisenhilfen, Flexibilisierung der Behandlung etc.),
- Umsetzung und Überarbeitung der S2 Leitlinie zu Umgang mit Zwang und Gewalt, Ausbau Deeskalationstraining, Handlungskonzepte Reduzierung von Zwangsmaßnahmen,
- Ergebnisse der AG Zwang im Rahmen der Erstellung des Landespsychiatrieplans mit Thesen zur Zwangsreduktion und offenen Psychiatrie,
- Förderung des Projektes Zward des LWL Forschungsinstituts (Klinikbefragung, Datenauswertung); Beteiligung am Bundesprojekt „Zwang in der Psychiatrie“,

- Grundhaltung stärken: Behandlungsangebot statt Behandlungsverpflichtung/Freiwilligkeit, Behandlungsvereinbarung als Ziel, Information über Patientenverfügung,
- Verbindliche Umsetzung der Vorgaben des PsychKG-Neu, Kontrolle durch Aufsicht und Besuchskommissionen,
- externe Expertenteams für Konfliktlösung vor Ort.

Die Fertigstellung des Landespsychiatrieplans ist für das zweite Quartal 2017 vorgesehen.

Literatur

- Olzen, D. (2010). Auswirkungen des Patientenverfügungsgesetzes auf die medizinische Versorgung psychisch Kranker. In Aktion Psychisch Kranke (Hrsg.), *Patientenverfügung und Behandlungsvereinbarung bei psychischen Erkrankungen* (S. 11-21). Bonn: Psychiatrie-Verlag
- Marschner, R. (2010). Rechtliche Aspekte von Behandlungsvereinbarungen. In Aktion Psychisch Kranke (Hrsg.), *Patientenverfügung und Behandlungsvereinbarung bei psychischen Erkrankungen* (S. 12-27). Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Dietz, A., Pörksen, N. & Völzke, W. (1998). *Behandlungsvereinbarungen - Vertrauensbildende Maßnahme in der Akutpsychiatrie*. Bonn: Psychiatrie-Verlag.