

Zwangsbehandlung ist nötig – in ganz engen Grenzen

Zu den Beschlüssen des BGH vom 20. Juni 2012

von Ulrich Engelfried und Anne Gehlsen

Der Bundesgerichtshof hat kürzlich entgegen früherer Rechtsprechung entschieden, dass § 1906 Abs. 1 Nr. 2 BGB keine Zwangsbehandlung im Rahmen psychiatrischer Unterbringung rechtfertigt (Beschlüsse vom 20.06.2012, Az. XII ZB 99/12 und XII 130/12).

Hurra, schreit die eine Seele in der Brust, hört endlich der unmittelbare Zwang in der psychiatrischen Behandlung auf! Oh je, murmelt die andere, und sieht die Klientinnen und Klienten vieler Jahre vorbeiziehen, für die es kein selbstbestimmtes Leben mehr gegeben hätte, wenn sie nicht in Phasen ihres Lebens zwangsbehandelt worden wären.

Betreuungsrichterinnen und Betreuungsrichter, die ihren Beruf ernst nehmen und ihren Klientinnen und Klienten den erforderlichen Respekt zollen, hegen keinerlei Wunsch danach, sich zu Vassallen des Sparzwangs von Kliniken und Einrichtungen machen zu lassen. Mit Argusaugen müssen die Betreuungsgerichte über die Verhältnismäßigkeit von Zwangsbehandlungen und Freiheitsentziehungen wachen. Sind sie wirklich erforderlich? In welchem Verhältnis stehen die massiven Grundrechtseingriffe zu der damit abgewendeten Gefahr? Fast immer ist Überzeugungsarbeit besser als jede unter Zwang verabreichte Behandlung, als eine wortlose Spritze, die einem fixierten Patienten gesetzt wird. Und niemals dürfen sich Gerichte nur deshalb auf Zwangsmaßnahmen einlassen, weil die Kliniken so wenig Personal haben, dass für Überzeugungsarbeit schlechterdings keine Zeit ist.

Die Gerichte hören nicht auf, unterbringungsähnliche Maßnahmen zu genehmigen, und noch sind wir nicht davon überzeugt, dass sie gänzlich verzichtbar

sind. Gleichwohl haben verdienstvolle Projekte wie z. B. ReduFix und Wendenfelder Weg die Sensibilität deutlich erhöht (Projekte zur Reduzierung unterbringungsähnlicher Maßnahmen. Näheres unter www.redufix.de und <http://www.justiz.bayern.de/gericht/ag/gap/daten/02939/>).

Einen verdienstvollen Effekt haben die neuen Entscheidungen des BGH auf jeden Fall bereits gehabt: Sie haben eine hitzige Debatte losgetreten. Einerseits geht es hier um die Genehmigung von Grundrechtseingriffen. Andererseits ist die Rede von Schwerstkranken, von Personen, die ohne medizinische Behandlung gar nicht in der Lage wären, ein selbstbestimmtes Leben zu führen, ihre Rechte überhaupt wahrzunehmen. Da wäre es allzu leicht, sich mit dem eigenen Standpunkt selbst als den moralischsten aller Grundrechtsschützer zu proklamieren und die andere Seite als Grundrechtsfeinde zu denunzieren. Das wäre viel zu leicht – und gänzlich falsch.

Interessant ist, dass hier zwei Parteien diskutieren, die beide für sich in Anspruch nehmen, die Rechte der Betroffenen zu schützen. Zwangsbehandlung ist barbarisch und kann die Patientinnen und Patienten schwer traumatisieren. Sie greift massiv in die Rechte von Patientinnen und Patienten ein, die ein „Recht auf Krankheit“ haben, so die eine Seite. Die andere sagt: Ja, aber diese Patientinnen und Patienten, von denen wir reden, sind doch gar nicht mehr in der Lage, von ihrem Recht auf Krankheit Gebrauch zu machen, weil sie krankheitsbedingt von überhaupt keinem Recht mehr Gebrauch machen können. Ihr Leidensdruck ist allzu groß; wenn wir ihnen nicht helfen, können sie

nie wieder von irgendetwas Gebrauch machen.

Es ist wichtig, den Blick darauf zu lenken, von welchen Personen und von welchen Handlungsweisen hier die Rede ist.

Das Problem der Zwangsbehandlung ist – geschätzt – in weit über 90 % aller Fälle überhaupt kein Problem, da es in diesen Fällen nie zur Zwangsbehandlung kommt – sei es, dass die Behandlung nicht so dringend ist, sei es, dass die Betreuten sich von vornherein freiwillig behandeln lassen – oder sei es, dass sie sich im Rahmen einer Unterbringung argumentativ überzeugen lassen, sich einer Behandlung zu unterziehen. Aber für die anderen vielleicht 3–5 % (reine Schätzung) kann das Fehlen der Zwangsbehandlung zur existentiellen Bedrohung werden.

Zwangsbehandlung ist nicht in allen Fällen so grässlich, wie man sie sich vorstellt. Sie kann darauf beschränkt sein, dass man einen in seiner Psychose panisch verstörten Menschen kurz festhält, um ihm eine Tavor expidet unter die Zunge zu schieben. Das ist ein stark angstlösendes Mittel, das sich in dieser Darreichungsform sofort auflöst und ganz schnell wirkt. Es kann sein, dass bei dem Patienten, wenn seine psychotische Panik gemildert ist, ganz schnell keine Zwangsbehandlung mehr nötig ist, weil er verbal wieder erreichbar ist.

Aber natürlich kann Zwangsbehandlung ganz widerwärtig sein. Allen (führenden) Pflegekräften, Ärztinnen und Ärzten graut davor: Wenn jemand in seiner Psychose herumtobt, auf Leute losgeht, vielleicht ein Glas zerbricht, um sich oder andere zu schneiden, durch das geschlossene Fenster springen will,

oder in dem Glauben, fliegen zu können, aus dem Hochhaus springt ... Dann werden diese Leute von mehreren kräftigen Pflegekräften überwältigt und ans Bett fixiert, wo sie zwangsweise gespritzt werden – und das bei Personen, die in ihrer Psychose schon verängstigt sind, vielleicht sogar Vergiftungsängste haben, sich von Geheimdiensten verfolgt fühlen oder ähnliches. Wie bedrohlich muss das für diese Patientinnen und Patienten sein, wenn sie überwältigt, ans Bett gefesselt und gespritzt werden? Manche erleiden Todesangst.

Aber das ist nicht die Grausamkeit von Behandlerinnen und Behndlern (auch nicht von Betreuungsrichterinnen und -richtern): Es ist die Grausamkeit vieler Wahnvorstellungen. Man darf sich eine Psychose nicht vorstellen wie einen Traum oder einen Tagtraum, dem man anmerkt, dass er etwas Irreales hat. In einer akuten Psychose sind die Wahnwahrnehmungen real. Wenn ich durch die Webcam plötzlich von außerirdischen Geheimdiensten beobachtet werde, oder wenn mir mein Vermieter durch den Lautsprecher Giftgas in die Wohnung bläst, dann ist das für den Patienten in seiner Psychose Wirklichkeit. In einer Psychose kann man sich auf nichts mehr verlassen. Der Stuhl kann am nächsten Morgen ein KGB-Agent sein und durch die Wand können Verbrecher kommen. All diese Dinge sieht man mit einer solchen Klarheit und Realität, dass man nicht versteht, warum die anderen sie nicht sehen. Dadurch kann man selbst nicht erkennen, dass man akut krank ist. Außerdem kann man den anderen, die behaupten, das nicht zu sehen, nicht trauen. Also baut der Erkrankte sie in die Psychose ein und macht sie zu Teilen der Bedrohung.

All das zusammen genommen macht ganz entsetzliche Angst. Niemand will erleben, dass man sich auf keine feststehenden Wahrheiten mehr verlassen kann, dass nichts sein muss, was es zu sein scheint, dass man völlig allein auf der Welt ist, weil niemand anderes sieht, was man selbst sieht, die wahrgenommene Realität ist zutiefst bedrohlich ...

Bei einem langjährig Betreuten kommen, wenn er psychotisch ist, jede Nacht Männer durch die Wand und missbrau-

chen ihn sexuell. Sein Leidensdruck ist riesig. Krankheitseinsicht nicht vorhanden, für ihn passiert das wirklich. Eine schizoaffektive Klientin ist seit Wochen fixiert, weil sie immer versucht, durch geschlossene Fenster zu springen. Eine sehr nette, junge Frau. Im Moment hält sie sich für den Teufel und will nur noch sterben. Sie hat optische und akustische Halluzinationen, sie verkennt Personen, sie vertraut niemandem. Sie wirkt unglaublich gequält. Es ist sehr wahrscheinlich, dass sie früher oder später auch ihre behandelnde Ärztin nicht mehr erkennt, die Behandlung verweigert. Dann darf ihr nicht mehr geholfen werden? Müssen wir dann einfach zusehen, wie sie leidet, abwarten, bis sie es schafft, sich umzubringen? Obwohl wir wissen, dass es gute Behandlungsaussichten gibt, dass sie nach solchen Phasen immer wieder jahrelang stabil war und ein gutes – selbstbestimmtes! – Leben hatte? Ein Betreuer starb, weil seine Stimmen ihm gesagt haben, er könne fliegen. Er hat dann versucht, aus dem 11. Stock zu fliegen. Er war gerade 20 Jahre alt. Eine andere Betreute hat ihren Vater erschossen. Als er in ihr Zimmer kam, hielt sie ihn für einen Vampir.

Noch mehr solcher Geschichten? Jede langjährige Betreuungsrichterin, jeder langjährige Betreuungsrichter weiß sie zu erzählen.

Die Leute, die so schwer krank sind, wehren sich gegen die Behandlung, weil sie niemandem vertrauen (können) und sich selbst nicht für krank halten (können). Diesem Leidensdruck tatenlos zuzusehen, heißt keineswegs, ihre Rechte zu schützen, indem wir ihnen ihr Recht auf Krankheit zubilligen. Sie können keinerlei Recht auf ein selbstbestimmtes Leben mehr wahrnehmen, weil sie vollständig von ihrer Krankheit bestimmt werden.

Betreuung ist, wenn sie ganz im Sinne der Grundprinzipien des Betreuungsrechts umgesetzt wird, „Berechtung“, nicht „Entrechtung“ der Betreuten. Wir haben den Auftrag, die Menschen dabei zu unterstützen, ein selbstbestimmtes Leben zu führen. Dabei kann es erforderlich sein, ihren Erkrankungen den Kampf anzusagen, die ihnen ein selbstbestimmtes Leben unmöglich machen.

In dieser Hinsicht haben die Kritiker der BGH-Entscheidungen recht: Wenn wir diesen Leuten die Zwangsbehandlung „verweigern“, verweigern wir ihnen die dringend benötigte Hilfe. Dann ist die Zwangsbehandlung die menschliche Handlung und die Verweigerung derselben die unmenschliche.

Die andere Seite ist aber folgende:

Die (privatisierten) Kliniken funktionieren unter betriebswirtschaftlichen Gesichtspunkten. In den letzten Jahren ist vielerorts Personal abgebaut worden. In den Psychiatrien erleben wir, dass manchmal nur ein einziger Stationsarzt für zwei Stationen zuständig ist. In anderen Fällen sollen die psychiatrischen Sachverhalte von jungen Neurologen beurteilt werden, die ihr Psychiatriejahr machen und einfach ins kalte Wasser geworfen werden. Bei ständigen Personal-Engpässen ist immer weniger Zeit, lange Gespräche mit renitenten Patientinnen und Patienten zu führen, um sie zur Behandlung zu überreden. Wer nicht „compliant“ ist, wird oft genug aus disziplinarischen Gründen entlassen. Das funktioniert nicht bei richterlich untergebrachten Patientinnen und Patienten, die so eigengefährdend sind, dass man sie nicht einfach entlassen kann. Dann hat man die Wahl zwischen argumentativer Überzeugungskraft und unmittelbarem Zwang. Natürlich gibt es viele Ärztinnen und Ärzte, die sehr gut und ungeheuer geduldig darin sind, das Vertrauen ihrer Patientinnen und Patienten zu gewinnen und auf kommunikativer Ebene zu einer Behandlung zu kommen. Andere sind es nicht. Man kann durch Zwangsbehandlung viel Zeit sparen.

Neben dem Personalmangel und dem Effizienzanspruch der privatisierten Kliniken sind aber auch Betreuungsrichterinnen und -richter sowie Betreuerinnen und Betreuer selbst Risikofaktoren für die inflationäre Anwendung von Zwangsbehandlung. Wenn man § 1906 Abs. 1 Nr. 2 BGB allzu sehr beim Wort nimmt, fällt es leicht, Betreute der Zwangsbehandlung zuzuführen, bloß weil sie die Notwendigkeit einer beliebigen Heilbehandlung krankheitsbedingt nicht erkennen können.

Dem BGH ist beizupflichten, wenn er Sorge hat, dass seine frühere Recht-

sprechung zu § 1906 Abs. 1 Nr. 2 BGB die Gefahr einer inflationären Anwendung von Zwangsbehandlung nach sich ziehen könnte. Es ist sehr wünschenswert, dass der Gesetzgeber eine Eingriffsermächtigung schafft, die konkrete Kriterien dafür festsetzt, wann Zwangsbehandlung unter strenger Beachtung des Verhältnismäßigkeitsgrundsatzes ausnahmsweise unumgänglich ist und daher zulässig sein muss.

Erschreckend allerdings ist, dass der BGH selbst lapidar feststellt, dass diese Entscheidungen bei einigen Betroffenen zu Schäden führen können, ohne dass der BGH hieraus irgendwelche Konsequenzen zieht. Wir würden den Senat gerne fragen, ob er hier nach dem Prinzip arbeitet: „Wo gehobelt wird, da fallen Späne“? Und die Späne sind hier ein paar Schwerstkranke, denen nicht geholfen werden darf? Ist es also hinzunehmen, dass einige unserer kränksten Klientinnen und Klienten wegen Eigengefährdung in der Verwahrrpsychiatrie landen, ohne dass man ihnen helfen darf? Dass diese und andere krankheitsbedingt keine Chance mehr auf ein selbstbestimmtes Leben haben sollen?

Bemerkenswert ist, dass der BGH im Bereich der Patientenverfügung und der lebenserhaltenden und lebensverlängernden Maßnahmen vor einigen Jahren bei einer fehlenden gesetzlichen Regelung ein „unabweisbares Bedürfnis“ angenommen hat, um für die davon (existentiell) betroffenen Personen bis zum Tätigwerden des Gesetzgebers eine gangbare Interimsregelung zu finden. Viele von uns Betreuungsrichterinnen und -richtern haben verblüfft in die Welt geschaut, als uns die Rechtsfigur des unabweisbaren Bedürfnisses präsentiert und ein Genehmigungstatbestand geschaffen wurde, für den wir zuständig waren, den wir im Gesetz aber gar nicht finden konnten.

Dieses Mal hat der BGH kein unabweisbares Bedürfnis gesehen, eine Interimslösung zu präsentieren. Das damalige Problem reichte bis in die Mitte der Bevölkerung. Jetzt betrifft es (existentiell) nur eine kleine, schwer kranke Personengruppe, die kaum eine Lobby hat. Ein Schelm, der Böses dabei denkt?

Wie geht es weiter?

Diese Diskussion wird noch Weiterungen haben, die so kurz nach der Entscheidung und im Rahmen eines einzigen Kommentars nicht berücksichtigt werden konnten – die aber der weiteren Betrachtung und Beobachtung würdig erscheinen. Nur als Beispiele seien genannt:

1. Welche Auswirkungen hat die neue Rechtsprechung auf Patientenverfügungen? Die sogenannte psychiatrische Patientenverfügung regelt oft das totale Verbot psychiatrischer Behandlung. Wird diese Art der Patientenverfügungen mehr in den Fokus rücken? Oder aber: Wird es künftig auch solche Verfügungen geben, die eine psychiatrische Behandlung ausdrücklich wünschen, wenn die Einwilligungsfähigkeit in einer Psychose entfällt? Notfalls sogar gegen aktiven Widerstand? Wird man die Überwindung des eigenen Widerstands anordnen können?

2. Wie steht es mit Behandlungsverträgen bzw. zuvor abgegebenen Freiwilligkeitserklärungen? Nicht selten begeben sich krankheitserfahrene Patientinnen und Patienten freiwillig in die Klinik, wenn sie merken, dass sie dabei sind, in eine Psychose zu rutschen (z. B. wenn sie Ängste bekommen, nicht mehr schlafen usw.). Sie gehen dann in (noch) einwilligungsfähigem Zustand in die Klinik mit einem klaren Behandlungsauftrag. Leider lässt sich eine Psychose, die bereits begonnen hat, meist nicht innerhalb von wenigen Tagen stoppen. Oft rutschen die Patientinnen und Patienten dann auf Station erst einmal tiefer in die Psychose, die Einwilligungsfähigkeit entfällt, die Freiwilligkeit kippt, schließlich wird aus krankheitsbedingten Motiven die Behandlung abgelehnt. Nach der Rechtsprechung des BGH zur Patientenverfügung wirkt der erklärte Wille des einwilligungsfähigen Patienten fort, wenn dieser nachträglich seine Einwilligungsfähigkeit verliert. Muss das dann nicht auch für den Behandlungsauftrag gelten? Welche Auswirkungen mag das auf Zwangshandlungen haben, die nötig sind, um den vom Betroffenen erteilten Behandlungsauftrag umzusetzen? Wird es möglich sein, dass chronische Patientinnen und Patienten mit ihren langjährigen Kliniken einen dauerhaften Behandlungsvertrag abschließen, der auch die Erlaubnis zu unmittelbarem Zwang beinhaltet?

3. Welche Schlussfolgerungen werden wir ziehen müssen für unsere Entscheidungen über die unterbringungsähnlichen Maßnahmen? Nach den neuen Entscheidungen dürfte nach Auffassung des BGH eine Genehmigung nach § 1906 Abs. 4 i. V. m. Abs. 1 Nr. 2 BGB nicht mehr in Frage kommen. Oder wäre eine solche Fallkonstellation vorstellbar? Und welche Konsequenzen hat dies für die Spritze, die dem Patienten verabreicht wird, der nach § 1906 Abs. 4 i. V. m. Abs. 1 Nr. 1 BGB fixiert ist, also wegen Eigengefährdung, z. B. weil er suizidal ist?

4. Wenn psychotische Bewohnerinnen und Bewohner spezialisierter Einrichtungen nicht behandelt werden dürfen, weil sie das ablehnen, und immer kränker werden, werden sie in ihren offenen Einrichtungen unter Umständen nicht mehr zu halten sein und gekündigt werden. Wird die Praxis zeigen, dass wir wieder auf dem Weg zur Verwahrrpsychiatrie sind? Wird es Anstalten geben müssen, in denen die eigengefährdenden Betreuten weggesperrt werden, die nicht behandelt werden wollen und dürfen? Wird die Obdachlosenrate von psychisch Kranken ansteigen?

5. Gibt es nicht einen Trend zu gesellschaftlicher Verlogenheit der eigenen Art? Die Proklamation von Freiheit und Selbstbestimmung als „Ausrede“, unbequeme Menschen nicht mehr teuer und langfristig behandeln zu müssen und sie politisch korrekt in die Verelendung zu schicken? Wir sehen Vergleichbares bei der praktischen Umsetzung der „Inklusion“ behinderter Schülerinnen und Schüler, bei der „Ambulantisierung“ von behinderten Menschen, bei der Umstellung der Jugendhilfe auf „sozialräumliche Angebote“.