

## **Dialogforum zu Veränderungsbedarfen des BbgPsychKG**

### **Ethische und rechtliche Aspekte aus Sicht der UN BRK**

**Margret Osterfeld,**

**Potsdam, 24. April 2017**

Gern bin nach Potsdam zum Dialogforum gekommen und danke für die Einladung. Als Expertin für diesen Eröffnungsvortrag zeichnen mich vor allem meine persönlichen Erfahrungen als Psychatriepatientin (1999, 2000 u.a.) aus. Lassen Sie mich zunächst versuchen mich in diesem mir fremden Ministerium heimisch zu fühlen. Ich möchte nicht die Heimreise antreten mit dem Gefühl: „Die denken jetzt alle, das war die arrogante Wessi-Frau, die uns sagt wie alles besser geht.“

Heute erst habe ich erfahren, hier beginnen Sie den Prozess der Novellierung Ihres PsychKG mit diesem Dialogforum und somit mit einer breiten Beteiligung von Experten aus Erfahrung und aus Profession. Vor dem Hintergrund der Behindertenrechtskonvention (UN BRK) soll es um die Stärkung der Patientenrechte durch ein neues Brandenburger PsychKG gehen. So steht es im Tagungsflyer. Nicht verhehlen will ich, dass mich beim Studium des geltenden Gesetzes in der Vorbereitung für diesen Tag doch eine depressive Verstimmung heimsuchte. Ziel des Gesetzes ist (nach § 1 Abs.2) der Freiheitsentzug bei „Gefahr im Verzug“ und es gilt (für alle Brandenburger Bürger, die jemals psychisch krank waren oder es aktuell sind, und potenziell auch allemal für mich.

Schaue ich mich jetzt mit meinen diagnostischen Fähigkeiten hier im Raum um, weiß ich natürlich nicht, wer solch Krankheitserfahrung mit mir teilt oder wer als Angehöriger schon einmal psychiatrische Unterbringung und Behandlung miterlebt hat. Doch ich behaupte, stelle also die Hypothese auf: Nach einem einstündigen Gespräch finde ich bei etlichen der unter 40-jährigen mindestens eine Persönlichkeitsstörung und bei denen die älter als 60 sind, Zeichen einer „beginnenden Demenz.“ Eine solche habe sicher auch ich schon, gelegentlich glaube ich dies jedenfalls, wenn ich gerade meinen Schlüssel nicht finde. Ein Gesetz ist eine Norm, die für alle Menschen gilt und so war ich ein wenig erschüttert, dass der Name des Gesetzes von „Hilfe und Schutz“ spricht. Viele Paragraphen zu „Hilfen“ habe ich nicht gefunden, es geht meist um „Schutz“ und „Unterbringung.“

Erfreulich ist hingegen, dass auf dem Tagungsflyer die Anregung der UN BRK erwähnt wird: „Gesetze für Anwendende lesbarer zu gestalten.“ Auch für die von dem Gesetz Betroffene sollte es lesbar und verständlich sein. Um zu zeigen, dass dies geht, habe ich für die Ministeriumsmitarbeiter ein paar Broschüren mitgebracht. Darin geht es um ein anderes Thema, psychiatrische Medikation und Aufklärung in leichter und normaler Sprache.<sup>1</sup> Erarbeitet wurde die Broschüre vom Landesverband der Psychisch Kranken in Rheinland

---

<sup>1</sup> Zu finden unter: [http://www.lvpe-rlp.de/inhalt/leichte Sprache](http://www.lvpe-rlp.de/inhalt/leichte_Sprache) und [http://www.lvpe-rlp.de/inhalt/normale Sprache](http://www.lvpe-rlp.de/inhalt/normale_Sprache)

Pfalz (LVPE RPL) und mehreren Landeskrankenhäusern, auch dies ist ein schönes Beispiel für Dialog mit Betroffenenbeteiligung.

Heute kann ich mich natürlich nur auf wenige Paragraphen dieses Gesetzes konzentrieren. Im Rahmen der Einleitung möchte ich noch rasch erwähnen, dass ich bis vor wenigen Tagen glaubte, mit der im Gesetzeskopf erwähnten Änderung vom 25. Januar 2016 sei es bereits zeitgemäßer geworden. Das gab mir dann ein wenig Hoffnung. Doch dann erklärte mir eine Freundin, die lange als Staatsanwältin gearbeitet hat, was ein Artikelgesetz ist. So erfuhr ich am vergangenen Freitag, dass lediglich der Name der Aufsichtsbehörde geändert worden war.

Danken möchte ich Elisabeth Scheunemann, die mir bei der Überwindung meiner depressiven Verstimmung geholfen hat. Elisabeth Scheunemann ist Soziologin von Ausbildung, sie hat wiederholt stationäre psychiatrische Behandlung erlebt und ist genau wie ich seit vielen vielen Jahren Mitglied der staatlichen Besuchskommission nach PsychKG NRW. Dort sind bereits seit 1999 nicht nur „andere Berufsgruppen“ (§ 2a Bbg PsychKG) beteiligt, sondern auch Menschen, die von diesem Gesetz betroffen sind, ebenso wie ihre Angehörigen. In dieser Rolle, als von der Landesregierung berufenes Mitglied der Besuchskommission, hat sie und habe auch ich recht genauen Einblick in die Gesetzespraxis aller NRW-Psychiatrien.

### **Vergleich PsychKG Bbg ↔ NRW**

Frau Scheunemann schickte mir tröstend ein sehr schönes, fast noch druckfrisches Papier vom 31.01.2017.<sup>2</sup> Dies ist der Bericht der Besuchskommission an das Landesparlament über ihre Tätigkeiten. Daraus lassen sich recht aktuelle Zahlen zu psychiatrischen Freiheitsentzügen auf der Grundlage des Psych-KG entnehmen. Als Mitglied des UN SPT weiß ich, dass es in der ganzen Bundesrepublik ca. 65 000 Strafgefangene gibt und ca. 8000 psychisch kranke und deswegen schuldunfähige Straftäter im Freiheitsentzug.

Wir alle wissen, wie schwer es in Deutschland ist, jemanden in Untersuchungshaft zu bringen. Spätestens nach der Kölner Silvesternacht war die Frage in NRW aktuell. Hierzu ist auch mein Standard: Freiheitsentzug, nur weil ein Verdacht besteht? Nicht so einfach. So etwas nennt man auch Präventivhaft.“ Negativ in Nordrhein-Westfalen und zwar mit seit Jahren ansteigender Tendenz, ist die Zahl der Freiheitsentzüge nach PsychKG. Im Jahr 2014 waren es 23.648 Menschen, denen so die Freiheit entzogen wurde, bei 202 000 Krankenhausbehandlungsfällen. Wenn Sie dazu noch die 25.000 Unterbringungsfälle nach Betreuungsrecht zählen, dann wird deutlich, dass ein Viertel aller Psychiatrie-Patienten im größten Bundesland - im bevölkerungstechnisch größten, sonst mag Brandenburg größer sein - gegen ihren Willen oder ohne Zustimmung in die Klinik gebracht und behandelt werden. Das zeigt das ethische Spannungsfeld in dem wir uns befinden.

---

<sup>2</sup> [www.landtag.nrw.de/Dokumentenservice/portal/WWW/dokumentenarchiv/Dokument/MMV16-4722.pdf](http://www.landtag.nrw.de/Dokumentenservice/portal/WWW/dokumentenarchiv/Dokument/MMV16-4722.pdf)  
(Stand: 09.06.2017)

## Die Rolle der Besuchskommissionen

Besuchskommissionen sind nicht nur Teil der staatlichen Aufsichtsfunktion, sondern auch Teil der externen Qualitätssicherung. So steht es auch im oben erwähnten Bericht an den Landtag. Gerade wir Betroffenen- und Angehörigenvertreter kommen in alle Kliniken, in allen Ecken des Landes, während die in Ihrem § 2a PsychKG Bbg eingeteilten Personengruppen ähnlich wie in NRW stets nur bestimmte Bezirke besuchen. Ich halte es für sehr wichtig, dass der Austausch der Erfahrungen eben auch in Richtung Ministerium erfolgt, denn es ist allgemein bekannt, dass die Gesetzespraxis oft eine andere ist, als der Wortlaut der Gesetzesnorm. Das Ministerium als Aufsichtsbehörde<sup>3</sup> und auch das Parlament müssen wissen, wo wir die Aufsicht verschärfen müssen und wann und wie wir die Gesetzesnorm ändern müssen, um eine bessere Praxis zu erreichen.

Durchaus geschehen in NRW-Kliniken nicht nur Missgeschicke, sondern manchmal auch echter Mist. Mit Mist meine ich, dass Handlungen ärztlich abgesegnet werden, die weder vom Recht noch von fachlichen Leitlinien gedeckt sind. Erst im Oktober 2016 traf ich während eines Kommissionsbesuchs eine noch junge Patientin, die auf ärztliche Anordnung allein ihrem Zimmer essen musste, keine Zeitschriften und DVD's mehr mit auf ihr Zimmer nehmen durfte und wiederholt ohne Sitzwache fixiert wurde - in einem Raum gemeinsam mit einem männlichen Patienten. Solche Sachen gibt es in NRW immer noch, so kann die Praxis aussehen. Offen ist für mich die Frage: Was tut dann die Aufsichtsebene? So etwas kann man dann ja nicht einfach weiterlaufen lassen.

Gut ist in NRW in den letzten Jahren auf veränderte Vorgaben reagiert worden. Wir waren das erste Bundesland, das bei Fixierungen die Videoüberwachung verboten und die „Sitzwache“ vorgeschrieben hat. Ich halte dies für eine rechtliche Selbstverständlichkeit. Wir können uns in Deutschland nicht einerseits darüber streiten wie viel Quadratmeter eine Legehennen im Käfig braucht und andererseits Menschen an allen vier Extremitäten festbinden um sie dann nur von so einem Kamera-Auge überwachen zu lassen. Es gibt Kliniken mit guten und sorgfältig geführten Statistiken über Fixierungen, mittlerweile ist dies für alle Kliniken in NRW Vorschrift. Seit dem 1. Januar 2017 haben wir erneut das PsychKG novelliert, zunächst nur die Paragraphen zu Freiheitsentzug und Zwanganwendung, der andere Teil wird noch überarbeitet. Erstmals ist im Gesetz ausdrücklich angeführt, dass die Unterbringung auch auf offenen Stationen erfolgen kann, die geschlossene Tür ist also nicht vorgeschrieben.<sup>4</sup> Viele interessante Debatten ergeben sich jetzt bei den Besuchsterminen. Einige Kliniken nehmen die Gesetzesänderungen sehr offen auf und berichten über neue Wege und „mildere Mittel“ im Sinne der UN BRK. Im Bericht an das Landesparlament heißt es zu Recht: „Viele Kliniken sehen den Besuch der Kommission als Möglichkeit der externen Qualitätssicherung und des Austausches von Ideen und Erfahrungen.“

---

<sup>3</sup> Vgl. [http://www.apk-ev.de/fileadmin/downloads/Stellungnahme\\_MO\\_zu\\_Psych-KG-Novelle\\_NRW.pdf](http://www.apk-ev.de/fileadmin/downloads/Stellungnahme_MO_zu_Psych-KG-Novelle_NRW.pdf)  
(Stand: 09.06.2017)

<sup>4</sup> Vgl. dazu aktuell Recht & Psychiatrie 2017, S. 36-85.

Ein psychiatrisches Krankenhaus kann kein Gefängnis sein.<sup>5</sup> Es gibt allerdings in NRW auch Kliniken, Universitätskliniken sogar, in denen der Klinikleiter sofort sagt: „Das geht überhaupt nicht, damit würde ich ja meine Mitarbeiter gefährden.“ Wirklich, mit solch einer Tonlage wird begründet, dass man so weitermachen will, wie bisher.

Gewundert hat mich der § 29 des Psych-KG Bbg. Aus- und Fortbildungspflichten der Kliniken gegenüber untergebrachten Menschen werden dort normiert. Das mag ja in der Kinder- und Jugendpsychiatrie bei den dort üblichen längeren Verweildauern sinnvoll sein. Doch nährt dieser Paragraph die heimliche Befürchtung, dass auf Grundlage des Psych-KG Bbg junge oder auch ältere Menschen möglicherweise langfristig in Heimen untergebracht werden.

Die durchschnittliche Verweildauer in einer psychiatrischen Klinik liegt heute bei 3 bis 4 Wochen. Klar ist aus der Praxis - ich habe ja lange selbst in einer großen Klinik gearbeitet - eine längere Verweildauer lässt sich relativ leicht gegenüber der Krankenkasse rechtfertigen, wenn Patienten auf Grundlage des Psych-KG behandelt werden. Bei freiwilligen Patienten wird nach vier Wochen, manchmal auch schon nach 14 Tagen gefragt, warum der Mensch noch nicht entlassungsfähig ist.

Dieser ökonomische Druck lastet ja auf Kliniken, politisch gewollt, aber nicht demokratisch legitimiert.<sup>6</sup> Der Staat ist verantwortlich für die Gesundheit der Menschen im Freiheitsentzug, nicht primär der Solidarfond der Krankenkasse. Aufmerksam machen möchte ich auf die Tatsache, dass Kliniken keine intrinsische Motivation haben, psychiatrisch legitimierte Freiheitsentzüge zu minimieren. Sie können sich stets auf die ultima ratio berufen und werden sich nicht dagegen wehren, wenn sie viele Patienten nach Psych-KG oder Betreuungsrecht behandeln, weil dann die Rechtfertigung gegenüber der Krankenkasse einfacher wird. So hat sich die Rolle der psychiatrischen Klinik im letzten Vierteljahrhundert deutlich geändert. Im Jahr 1993, als meine Assistenzarztzeit in der Psychiatrie begann, hatten wir noch eine durchschnittliche Verweildauer von 3 Monaten.

## **Menschenrecht & Freiheitsentzug**

Seit drei Jahren liegt mein Tätigkeitsschwerpunkt bei den Menschenrechten in der Psychiatrie. Anfang 2014 wurde ich ins UN SPT<sup>7</sup> entsandt. Die Arbeit dieses Ausschuss betrifft den Schutz der Menschenrechte aller Personen im Freiheitsentzug und die zugrunde liegende Konvention ist nicht die inzwischen oft zitierte UN BRK, sondern die sehr viel ältere Antifolterkonvention. Das 2006 dazu verabschiedete Zusatzprotokoll OPCAT schaffte die Grundlage für die Arbeit des UN SPT, mit vollem deutschen Namen der „Unterausschuss zur Prävention von Folter oder anderer grausamer, unwürdiger oder erniedrigenden Behandlung oder Strafe.“ Das OPCAT ist für die psychiatrische Praxis aber auch für die staatlichen

---

<sup>5</sup> vgl dazu EuCHR 2016, Case oft Hiller v Austria

<sup>6</sup> vgl: Maio, G., 2014, Geschäftsmodell Gesundheit: Wie der Markt die Heilkunst abschafft, Berlin

<sup>7</sup> siehe: <http://www.ohchr.org/EN/HRBodies/OPCAT/Pages/OPCATIndex.aspx>

Gesetzesnormen genauso relevant, wie die UN BRK. International besucht die UN-Kommission Vertragsstaaten und dort alle Orte des Freiheitsentzugs, auch psychiatrische Kliniken. Jeder Staat, der das OPCAT ratifiziert hat, also auch die Bundesrepublik, muss eine Nationalen Präventionsmechanismus (NPM)<sup>8</sup> einrichten und zu dem gehöre ich seit gut zwei Jahren. Damit besuche ich inzwischen auch in anderen Bundesländern psychiatrische Kliniken und geschlossene Heimeinrichtungen und kann kurz berichten, dass ein Chefarzt versuchte, uns unter Berufung auf sein Hausrecht unter Hinzuziehung der Polizei aus seiner Klinik zu komplimentieren. Sein Ministerium hatte die Klinik nicht über Existenz, Aufgabe und Rechte dieser unabhängigen Stelle zum Menschenrechtsschutz informiert, doch ist solch Verhalten auch ein Indiz dafür, wie ungern sich die Psychiatrie in die Karten ihrer Alltagspraxis schauen lässt. Dass dieser Chafarzt gleichzeitig auf der Klinik-Homepage damit wirbt, den Anteil der Privatpatienten erheblich erhöht zu haben, zeigt die Bedeutung ökonomischer Faktoren in der psychiatrischen Versorgung. Mit staatlichen Schutzpflichten und Menschenrechten auch für Bürger mit psychiatrischen Diagnosen hat das wenig zu tun.

Doch es gibt bei der Arbeit mit dem deutschen NPM auch sehr positive Erfahrungen. Bei einem Besuch in einer anderen Klinik wurden wir Zeugen einer Aufnahme mit „Polizei und allen Schikanen.“ Natürlich wollte ich es mir nicht nehmen lassen, auch diesen Patienten zu interviewen, doch die Klinik teilte stolz mit, man habe ihn von einer Aufnahme auf freiwilliger Grundlage überzeugen können. Das war für mich vorbildlich und eindrucksvoll. Zwar klappt das nicht immer, auch in der Psychiatrie gibt es echte Notfälle, wie in fast allen anderen medizinischen Fachgebieten. Doch ob häufig oder eher selten zu Zwangsmaßnahmen gegriffen wird, hängt davon ab, ob ein Team bereit ist, den Beziehungsfaden zu Patienten in seelischen Krisen zu knüpfen, ob die Zeit dafür zur Verfügung steht und die Personalausstattung dies erlaubt. Zeit ist ein Faktor und der Wille der Profis der zweite, denn unter Zwang geht vieles einfacher und rascher. Heißt die Direktionsvorgabe nur auf Fallzahlen, Verweildauer und betriebswirtschaftliches Ergebnis zu achten, wirkt sich dies auf die Versorgungsqualität aus.

Anders als die staatlichen Besuchskommissionen veröffentlicht die „Nationale Stelle“ die Besuchsberichte der öffentlichen Einrichtungen. Im Rahmen der Landtagsanhörung zum neuen Psych-KG NRW habe ich vorgeschlagen, auch das Ministerium oder die Bezirksregierung sollten die Besuchsberichte anonymisiert veröffentlichen. Technisch ist das heute ja ganz einfach, und so ließe sich kostenneutral deutlich mehr Transparenz in das psychiatrische Unterbringungsgeschehen bringen.

Zur Rolle der Menschenrechte und den Aufgaben der Besuchskommissionen lässt sich zusammenfassend feststellen: Wir haben heute nicht mehr die elenden und unwürdigen Zustände, die die Enquete-Kommission vor vier Jahrzehnten beklagte. Wir haben genügend Geld im System nach SGB V, 11 und 12, die Frage ist: Wie und zu wessen Gunsten wird es verteilt? Recht häufig und systematisch wird längst wieder an den Schwächsten gespart, es gibt langjährige unwürdige Zustände für Menschen mit psychiatrischen Diagnosen im

---

<sup>8</sup> in Deutschland die Nationale Stelle zur Prävention von Folter, siehe: <http://www.nationale-stelle.de>

Freiheitsentzug. Erst vor wenigen Wochen besuchte ich mit der Nationalen Stelle eine große forensische Klinik eines großen psychiatrischen Trägers. Schon bei einem Erstbesuch 2011 wurde kritisiert, dass Straftäter, als intelligenzgemindert oder geistig behindert eingestuft, auf viel zu engem Raum im 4-Bett-Zimmer mit schrägem Dach leben mussten. Jetzt, sechs Jahre später, hat sich daran nichts geändert. Vier Betten unter den Dachschrägen, vor jedem Bett noch einmal 2 qm, also eine Matratzenbreite als Privatsphäre und Bewegungsfläche, das Ganze mühsam und provisorisch mit Vorhängen abgetrennt, so leben schuldunfähige Menschen in Deutschland im unbefristeten Freiheitsentzug. Warum eine Anstalt des öffentlichen Rechts, finanziert von unseren Steuern, an solchen Zuständen in sechs Jahren nichts ändern konnte oder wollte, das kann oder will ich nicht verstehen. Auch solche Menschen haben eine Würde und dürfen nicht schlechter behandelt werden, als z. B. Privatpatienten in Süddeutschland.

### **„Gefährdung“ als Rechtfertigung für Freiheitsentzug**

Die Gefährdung ist der Schlüsselbegriff für alle Freiheitsentzüge nach Psych-KG, doch wo Gefahr und Gefährdung beginnen, wird von Psychiatern anders gesehen als von Autobahnrasern, Polizisten oder Flüchtlingen, denen die Abschiebung droht. Heute, zehn Jahre nach der UN BRK können Psychiater sich nicht mehr zurückziehen auf die Formulierung: „Wir bringen ja nicht unter, das tun die Richter.“ Entscheidungsgrundlage ist immer die psychiatrische Gefährdungsbegründung, also die kausal in der Krankheit liegende Gefahr des erheblichen Schadens. Es ist eine ärztliche Amtshandlung, dies im Psych-KG-Zeugnis zu belegen und bei der richterlichen Anhörung zu vertreten. Es ist psychiatrische Aufgabe abzuwägen zwischen Symptomen der Krankheit, die wir Psychiater für stationär behandlungsbedürftig halten, und der sich daraus konkret und kausal ergebenden Gefährdung. Nun wollen Psychiater Krankheit behandeln und können gut beschreiben, warum jemand krank ist und warum eine stationäre Behandlung zu Lasten der Krankenkasse erforderlich ist. Die konkrete Gefährdungslage in das Psych-KG-Zeugnis zu schreiben, fällt uns Psychiatern sehr viel schwerer.

An dieser Stelle möchte ich gern auf ein jüngeres obergerichtliches Urteil hinweisen.<sup>9</sup> Wegen Amtspflichtverletzung der Ärzte, wegen nicht hinreichender Gefährdungsbegründung mit Folge einer achtwöchigen Unterbringung und Zwangsmedikation hat das OLG dem Opfer ein Schmerzensgeld von 25.000 Euro zuerkannt. Die Summe ist hoch genug, dass eine Klinik sie nicht mehr „aus der Portokasse“ bezahlt. Doch nur sehr selten schaffen die Opfer solch ungerechtfertigter psychiatrischer Freiheitsentzüge den langen Weg durch die Rechtsinstanzen.

Kürzlich ist in Schleswig-Holstein ein weiterer Fall von Freiheitsentzug aufgrund nicht hinreichender psychiatrischer Legitimierung zugunsten des Opfers entschieden worden.<sup>10</sup> Ob

---

<sup>9</sup> OLG Karlsruhe, 9 U 78/11, Nov. 2015

<sup>10</sup> VG Schleswig, 1 A 24/14, vom 1. Dez. 2016

Schmerzensgeld- oder Amtshaftungsverfahren daraus folgen, steht noch offen. Ein Gesetz über Hilfen und Schutzmaßnahmen für psychisch kranke und seelisch behinderte Menschen im Land Brandenburg sollte seine Bürger auch vor solchen Übergriffen des medizinischen Versorgungssystems schützen. Das Grundgesetz garantiert im Art. 19 (4): „Wird jemand durch die öffentliche Gewalt in seinen Rechten verletzt, so steht ihm der Rechtsweg offen.“

## Selbstgefährdung und Freiheitsentzug

Eine lang erwartete, erst neun Monate alte Entscheidung des Bundesverfassungsgerichts<sup>11</sup> beginnt mit dem Leitsatz: „Aus Art. 2 Abs. 2 Satz 1 GG folgt die Schutzpflicht des Staates, für nicht einsichtsfähige Betreute bei drohenden erheblichen gesundheitlichen Beeinträchtigungen unter strengen Voraussetzungen eine ärztliche Behandlung als letztes Mittel auch gegen ihren natürlichen Willen vorzusehen.“ Ich stehe voll hinter der Entscheidung, doch das eben angeführte Urteil des VG Schleswig zeigt, dass immer wieder Ärzte auch anderer Fachrichtungen sich gern und unter Berufung auf eigene Richtlinien über Recht und Gesetz hinwegsetzen.

Natürlich können wir Menschen nicht ihrem Schicksal überlassen, nur weil sie, aus welchen Gründen auch immer, nicht in der Lage sind, selbst um Hilfe nachzusuchen. Unklar ist in Medizinerkreisen, wie akut die Selbstgefährdung sein soll oder muss, um einen Freiheitsentzug in einer Klinik zu rechtfertigen. Die dement genannte Oma, die einen Topflappen auf dem Herd vergisst, muss nicht gleich in die Klinik, unter Betreuung und in ein Heim geschickt werden. Das Problem wäre gelöst, wenn ihr ein Induktionsherd bereitgestellt wird. Doch sobald es Rauch und Feuer gibt, greifen die Möglichkeiten des psychiatrischen Freiheitsentzugs.

Nicht bei allen Menschen mit psychotischen Symptomen sind diese auch erheblich genug für einen Freiheitsentzug. Wenn ich als Ärztin mit einem Menschen spreche, den ich gern in psychiatrischer Behandlung sehen möchte, muss deswegen noch lange keine Selbstgefährdung vorliegen. Doch in der psychiatrischen Aus- und Weiterbildung geschieht systematisch etwas anderes. Wir lernen dort, 10 % der Menschen, die schizophren genannt werden, begehen irgendwann einen Suizid. In der Besuchskommission NRW erleben wir zunehmend, dass als Gefährdungsbegründung geschrieben steht: „Suizidalität lässt sich nicht mit Sicherheit ausschließen.“ Dass Richter dies als Gefährdungsbegründung abnicken, kann ich nicht verstehen. Bei niemandem hier im Saal, lässt sich Suizidalität mit Sicherheit ausschließen und auch bei niemandem in der Psychiatrie oder andernorts. Steinhard spricht von „konstruierter Selbstgefährdung.“<sup>12</sup>

---

<sup>11</sup> BVerfG 1 BvL 8/15 vom 26. Juli 2016

<sup>12</sup> u.a hier: <http://www.ethikrat.org/dateien/pdf/anhoerung-23-02-2017-fragenkatalog-steinhart.pdf>

Geholfen hat mir in diesem berufsimmanenten Dilemma, das auch der Gesetzgeber nicht auflösen kann, ein neuer Aufsatz von Valdés-Stauber.<sup>13</sup> Er formuliert: „ fünf bei Arzt, Patient und Gesellschaft symmetrische(n) Gefühle (Angst, Wut, Hilflosigkeit, Ambivalenz und Macht) könnten die Frage der therapeutischen Beziehung im Umgang mit suizidgefährdeten, als eingebettet im Konzept Menschenbildes, erhellen...“ und setzt sich nochmal sorgfältig, auch im rechtlichen Sinne, mit der Frage auseinander, was die Psychiatrie in diesem Zusammenhang überhaupt leisten kann.

Dazu habe ich im geltenden Psych KG Bbg eine Anekdote gefunden. Im Zwangsparagrafen 18 (2) heißt es: „Eine medizinische Untersuchung und Behandlung ist ohne Einwilligung der untergebrachten Person zulässig, um den Erfolg eines Selbsttötungsversuchs zu verhindern.“ Die Formulierung dieser Norm ist viel zu allgemein, sie berechtigt Psychiater zu medikamentösen Behandlungen, die in den Kern der Persönlichkeit eingreifen und sagt nichts aus zur Erheblichkeit des „Erfolg eines Selbsttötungsversuchs“ oder die Bedeutung der Einwilligungsfähigkeit des Suizidenden aus. Natürlich behandelt jeder Arzt einen Menschen der sprunghaft auf einer Brücke stand oder gar gesprungen ist. Aber zunächst ist doch zu klären, welche Folgen zu beheben sind? Wenn nur ein Bein gebrochen ist, dann ist der Patient sicher einwilligungsfähig. Bei schwereren Kopfverletzungen mit Bewusstlosigkeit greift der rechtfertigende Notstand für ärztliches Handeln. Wenn hingegen die Lobbyorganisation DGPPN zum Welttag der Suizidprävention 2017 auf ihrer Webseite schreibt: „95% aller Suizide sind depressionsbedingt,“ dann ist dies eine Post-hoc Schlussfolgerung, die lediglich besagt: Unser Fachgebiet kann bei fast allen Menschen, die sich umgebracht haben oder dies tun wollen, rückwirkend eine Depression feststellen. Es ist keine saubere wissenschaftliche Argumentation mehr.

Mir ist wichtig zu verdeutlichen, dass in einer Gesetzesnorm auch die Rechte der Patienten klar definiert werden müssen, nicht nur die Rechte der Psychiatrie zu Eingriffen in Grundrechte. Die Psychiatrie sieht Menschen gern als Symptomträger, selten aber als Träger von unveräußerlichen Rechten. So fällt ihr das Abwägen oft schwer und die Verhältnismäßigkeit gerät aus dem ärztlichen Blick. Welches Ausmaß an Suizidalität ist hinreichend als Begründung für einen Krankenhausbehandlung ohne Einwilligung? Sicher reichen Suizidgedanken genauso wenig aus wie ein statistisches Risiko. Was kann eine ambulante Versorgung bei Menschen mit Suizidgedanken leisten? Ein Psych-KG ist nicht dazu da, das Haftungsrisiko für Psychiater zu minimieren. Obwohl wir weit mehr psychiatrische Krankenhausbetten haben, als jedes andere europäische Land, habe ich noch nicht gehört, dass in Deutschland die Suizidrate geringer sei, als bei unseren Nachbarn. Wenn wir eine ambulante, multiprofessionelle Versorgung haben, dann lassen sich Grundrechtseingriffe und Kosten im Krankenhaus sicher häufiger vermeiden. Die mit der Erstellung von Gesetzestexten befassten Mitarbeiter aus dem Ministerium möchte ich

---

<sup>13</sup> Valdés-Stauber, J., 2017 Suizidales Verhalten aus anthropologischer Sicht - Dialektik zwischen dem medizinischen und dem anthropologischen Paradigma Nervenheilkunde 4, 251-273



ausdrücklich bitten, den Aufsatz von Valdés-Stauber zu lesen. Er ist wirklich empfehlenswert.

### **Fremdgefährdung und Freiheitsentzug**

Ob eine Zwangsmedikation rechtmäßig ist, „wenn von der untergebrachten Person eine schwerwiegende Gefahr für die Gesundheit einer anderen Person ausgeht“ (§ 18 Abs. 2 Bbg Psych-KG), wird wohl das Verfassungsgericht für den Bereich Psychiatrie entscheiden müssen. Bekanntermaßen sind psychische Krankheiten nicht ansteckend und auch wenn der Angehörigenverband gern vertritt, seine Mitglieder leiden am meisten unter der Erkrankung eines Familienmitglieds, darum müsse Zwang in der Psychiatrie erlaubt sein - die Frage der Verhältnismäßigkeit ist hier noch schwieriger abzuwägen.

Seit im Sommer letzten Jahres der Amoklauf eines jungen Mannes in München uns eine fünfstündige Tagesschau bescherte und die Republik lange im Glauben gelassen wurde, es handele sich um ein terroristische Attentat,<sup>14</sup> wissen wir alle, wie rasch sich der Bedeutungsrahmen für Gefährdung verschieben kann. Erst Tage später kam heraus, es war die Gewalthandlung eines jungen Menschen, in der Schule schon gemobbt, seit einem Jahr in psychiatrischer Behandlung. All dies konnte sein Tun weder vorhersagen noch gar verhindern. Auch der Axt-Attentäter des gleichen Sommers ist jetzt wegen Schuldunfähigkeit im unbefristeten Freiheitsentzug und in psychiatrischen Händen, offensichtlich war nicht politisch-religiöse Überzeugung seine Triebfeder.

Wie oft werden regionale mediale Schreckensmeldungen über gewalttätige Handlungen im Familienkontext mit der Anmerkung „der Täter soll psychisch krank gewesen sein“ beendet? Diese Zuschreibung von Gefährlichkeit in Richtung einer bestimmten Menschengruppe mit bestimmten Diagnosen ist weder gerechtfertigt noch wissenschaftlich haltbar. Solch eine Stigmatisierung wird von der Psychiatrie, aber ebenso vom Gesetzgeber, aufrecht erhalten. Natürlich ist die „mad or bad-Debatte“ alt, Krankheit oder Bosheit kommen überall vor, der Borussia-Attentäter hat dies vor wenigen Tagen wieder bewiesen. Statt Krankheit war Geschäftssinn seine treibende Kraft. Schuldunfähigkeit wird ihm wohl nicht bescheinigt werden.

Der Kreis schließt sich und die Frage bleibt: Lässt sich das Verhalten von Menschen psychiatrisch-medikamentös längerfristig beeinflussen und „steuern“? Wird das Land gesünder oder sicherer, wenn NRW aus Steuermitteln weitere 500 Forensik-Betten baut und die Besserung und Sicherung – der unbefristete Freiheitsentzug - hier im Durchschnitt zehn Jahre dauert? Baden Württemberg schafft bei gleicher Problemstellung einen durchschnittliche forensische Verweildauer von 4 Jahren. Wo ist solche Behandlung oder

---

<sup>14</sup> vgl: [https://de.wikipedia.org/wiki/Amoklauf\\_in\\_München](https://de.wikipedia.org/wiki/Amoklauf_in_München)

Verwahrung noch evidenzbasiert? Ein so großer Unterschied ist nicht gut erklärbar, die Steuermittel für 500 neue Forensik-Betten sind leicht bewilligt. Die entscheidenden Fragen sind:

Welche Behandlung ist mit welchen Erfolgsaussichten überhaupt wie erzwingbar?

Welche Überzeugungsversuche, welche milderen Mittel verwendet die Psychiatrie, um Behandlungsbereitschaft zu erreichen?

Will die Psychiatrie in der „Ultima-ratio-Falle“<sup>15</sup> weiter Zwang in diesem Ausmaß anwenden oder wird sie neue mildere Mittel finden?

### **Fazit und Ausblick**

Das psychiatrische Zwangssystem ist seit der Zeit der Enquete, in der rein zahlenmäßig viel weniger Menschen unter psychiatrisch legitimiertem Freiheitsentzug zu leiden hatten, aus der Balance geraten. Die Gesetzgebung hat sowohl mit dem Betreuungsrecht als auch mit den Psych-KGs der Länder seinen Anteil daran. Die Zahlen an Unterbringungen und weiteren freiheitsentziehenden Maßnahmen bis hin zu Zwangsmedikation sind zu hoch und/oder sie sind nicht bekannt.

Auch wenn im Psych-KG Bbg (§ 11) genauso wie in NRW ein Regelverfahren vorgesehen ist, geschehen hier wie in NRW die meisten psychiatrischen Freiheitsentzüge im Ausnahmeverfahren „Einstweilige Unterbringung.“ Die Ausnahme ist also die Regel und solange dies so ist, kann jedem nach Psych-KG untergebrachten Menschen nur empfohlen werden, sofortige Beschwerde bei Gericht einzulegen. Niederschwellige, unabhängige Beratungs- und Beschwerdestellen gibt es kaum in der deutschen Psychiatrielandschaft, nur Baden-Württemberg hat sie seit 2015 in seinem neuen Psych-KG vorgeschrieben.

Klinikvergleiche helfen zu erkennen, wo Psychiater und andere Ärzte zwangsbereiter sind als andernorts. Jede anständige, weltoffene Klinik kann diese Zahlen kostenneutral in ihrem verpflichtenden Qualitätsbericht veröffentlichen, denn die Minimierung und Vermeidung von Zwang ist ein Qualitätsmerkmal. Dort kann jeder Bürger nachschauen, wie oft kommt es in der Klinik meiner Kommune im Vergleich zu anderen Häusern zu Zwangssituationen. Es gäbe mehr Transparenz bei diesem psychiatrischen Tabu-Thema.

Sinnvoll kann es auch sein, im Rahmen der fachpsychiatrischen Weiterbildung mehr Rechtskunde zu verlangen, doch dies hat der Staat in die Hände der ärztlichen Selbstverwaltung gelegt. Bis Weiterbildungsverordnungen geändert sind, wird zu viel Zeit vergehen.

---

<sup>15</sup> Aichele, V., 2016, Menschenrechte und Psychiatrie in: Zinkler et al. Prävention von Zwangsmaßnahmen Menschenrechte und therapeutische Kulturen, Köln, S. 34

Damit komme ich zum Schluss und zeige ihnen ein Bild von meinem persönlichen Kronprinzen. Seit er auf dem Weg in diese Welt ist, überlege ich, in den Speckgürtel von Berlin zu ziehen. Aber mit dem Psych-KG, das Brandenburg aktuell hat, ziehe ich nicht dort hin.



Aktion  
Psychisch  
Kranke e.V.

Dialogforum zu Veränderungsbedarfen des BbgPsychKG  
**Ethische und rechtliche Aspekte aus Sicht der  
UN-BRK**

**AUSSICHT**

**ICH ZIEHE NICHT NACH BRANDENBURG!**

