

Margret Osterfeld

"Die Rechte psychisch kranker Menschen und ihre Durchsetzung"

1. Einleitung

Die Einladung nach Irsee hat mich besonders gefreut, verbinde ich mit dieser Gegend doch nostalgische Erinnerungen an meine erste Berufsausbildung in Isny auf der baden-württembergischen Seite des Allgäus. Auch die historische Tatsache, dass im November 1992 hier in Bayern der Beschluss gefasst wurde den ersten Selbsthilfeverband von und für Menschen mit psychiatrischen Diagnosen, den Bundesverband Psychiatrie-Erfahrener zu gründen, verbindet mich mit dem Kloster Irsee. Zwar habe ich – seit 1999 selbst von psychiatrischen Diagnosen betroffen - mich von diesem Verband schon 2008 deutlich distanziert, trotzdem kann ich nur bedauern, heute nicht selbst hier zu sein. Ich hoffe, dass mein heutiger Einsatz beim „Unterausschuss zur Prävention von Folter und anderer grausamer, unwürdiger und erniedrigender Behandlung oder Strafe,“ - so heißt dieses UN-Organ mit vollem Namen - mit dazu beiträgt, die Durchsetzung der Menschenrechte auch für Menschen mit psychiatrischen Diagnosen zu verbessern.

Feststellen lässt sich heute, dass sich die psychiatrische Rechtslandschaft in Deutschland seit Ratifizierung der Behindertenrechtskonvention (UN-BRK) 2009, deutlich und aus Betroffenenperspektive zum Positiven gewandelt hat. Doch obwohl die UN BRK als übergeordnetes deutsches Recht Bund und Länder dazu verpflichtet die in der Konvention enthaltenen Bestimmungen bundesweit umzusetzen, hat sich in der psychiatrischen Praxis noch wenig geändert. Ein Beispiel dafür ist, dass es in naher Zukunft zwischen Bayern und Baden-Württemberg eine Wertungsgrenze in der Psychiatrie geben wird. Die einen werden ein Gesetz über Hilfen und Schutzmaßnahmen bei psychischen Krankheiten (Psych-KG) haben, die anderen nicht. Die Rechtspraxis hinkt also allorts hinterher.

Nur um die „Landschaft“ noch ein wenig auszuleuchten, die dieser Vortrag behandelt: Der Fall "Mollath" ist inzwischen juristisch und medial ausverhandelt. Er war sieben Jahre seiner Freiheit beraubt. Mollath weigerte sich Medikamente zu schlucken und sich selbst als psychisch krank wahrzunehmen. Vor allem darauf gründet sich die Tatsache, dass fast alle psychiatrischen Gutachter/innen ihm fortbestehende Gefährlichkeit bescheinigt haben. Immerhin ist eine Folge dieses Skandals, dass Ministerin Leuthäuser-Schnarrenberger eine Forensik-Reform versprochen hat. Doch darum soll es heute nicht gehen.

2. Veränderte Rechtslage durch die UN Behindertenrechtskonvention – Freiheits- und Schutzrechte

Der Grund- und Menschenrechtsdiskurs im Bezug auf die deutsche Psychiatrie hat eine lange Geschichte. Bereits im Jahr 1960 – also noch nach dem alten aus preußischen Zeiten stammenden Vormundschaftsrecht - hat das BVerfG Recht gesprochen zur Frage der Unterbringung von entmündigten, volljährigen „Mündeln“. Der Vormund habe dies nicht allein zu entscheiden, sondern müsse eine richterliche Genehmigung einfordern. Festhalten

Margret Osterfeld

können wir hier, dass unser Grundgesetz – entstanden zur gleichen Zeit wie die „Allgemeine Erklärung der Menschenrechte“ – durchaus schon 15 Jahre vor der Psychiatrie-Enquete das Recht von seelisch behinderten Bürger/innen im Sinn hatte. Die Enquete aus dem Jahre 1975 leitete die Psychiatriereform ein, doch das ist vierzig Jahre her. Die Menschenrechte haben sich in dieser Zeit weiterentwickelt und ausdifferenziert.

Juristisch bedeutsam im 21. Jahrhundert wurde der Fall Vera Stein (Waltraut Storck)¹. Erst mit ihrer Klage vor dem Europäischen Gerichtshof für Menschenrechte in Straßburg hatte sie 2005 Erfolg im Hinblick auf ihren langfristigen, ungerechtfertigten Freiheitsentzug. Sie war seit 1977 als Volljährige langfristig in der geschlossenen Abteilung einer Klinik festgehalten worden. Der Gerichtshof stellte hinsichtlich ihres Aufenthalts vom 29. Juli 1977 bis zum 5. April 1979 eine Verletzung von Artikel 5 Abs. 1 (Recht auf Freiheit und Sicherheit) sowie Artikel 8 (Recht auf Achtung des Privat- und Familienlebens) der Europäischen Menschenrechtskonvention (EMRK) fest, für den die Bundesrepublik Deutschland verantwortlich sei. Auf Veranlassung ihres Vaters war sie gegen ihren Willen und ohne richterliche Anordnung in einer geschlossenen Abteilung der Klinik untergebracht und nach einer Entweichung am 4. März 1979 von der Polizei dorthin zurückgebracht worden. Die Zurückweisung ihrer diesbezüglichen Schadensersatzforderungen gegen die Klinik durch die Justiz habe Artikel 5 EMRK nicht genügend berücksichtigt und dadurch ebenfalls verletzt. Die Bundesrepublik Deutschland wurde zu 75.000 DM Schadensersatz verurteilt. Frau Stein musste einen langen Weg gehen, um zu ihrem Recht zu kommen, die Frage der Durchsetzung ist anscheinend auch im 21. Jahrhundert nicht einfach zu beantworten.

Dies alles geschah noch vor dem Inkrafttreten der UN-BRK, die am 26. 3. 2009 auch in Deutschland rechtswirksam wurde. Die in ihr verbrieften Freiheits- und Schutzrechte gelten nun seit mehr als fünf Jahren auch hier. Die BRK beinhaltet einen Paradigmenwechsel; „Behinderung“ wird nun menschenrechtlich und nicht mehr medizinisch definiert. Bereits 2001 unternahm die Weltgesundheitsorganisation (WHO) erste Schritte in diese Richtung mit der Einführung eines internationalen Klassifikationssystems, das „International Classification of Functioning, Disability and Health“ (ICF). Dieses spielt im Sozialrecht eine nicht unerhebliche Rolle. Während das ICF versucht, individuelle Einschränkungen in ihrem dauerhaften gesundheitlichen Ausmaß dokumentierbar zu machen, betont die BRK die Wechselwirkung zwischen individueller Einschränkung und gesellschaftlicher Ausgrenzung.

Selbst dachte ich 2009, der Zeitpunkt sei gekommen, die klinisch psychiatrische Alltagspraxis und die Häufigkeit von Zwangsmedikationen im Fachdiskurs zu hinterfragen und hinsichtlich der alljährlich zunehmenden Zwangseinweisungen und Zwangsmedikationen für das Fachgebiet praxisrelevante Vorgaben zu entwickeln. Noch im gleichen Jahr 2009 wurde das „Patientenverfügungsgesetz“ nach jahrelangen parlamentarischen Debatten verabschiedet. Dies erleichterte mich durchaus, konnte ich nun doch sicherer sein, dass meine schon Jahre vorher niedergeschriebenen Verfügungen für den Fall der Einwilligungsunfähigkeit von meinen Psychiater Kolleg/innen auch beachtet werden würden.

Formaljuristisch war das „Patientenverfügungsgesetz“ eine Änderung des Betreuungsrechts, der § 1901a wurde eingefügt. Damit hätte der akademischen Psychiatrie bereits deutlich

1 Urteilsbegründung im Fall Vera Stein (Waltraut Storck) des Europäischen Gerichtshof für Menschenrechte: http://www.iaapa.de/CASE_OF_ST_%20v_GERMANY.pdf (Stand: 21.11.2014)

Margret Osterfeld

werden müssen, dass auch in ihrem Tätigkeitsfeld der Wille der/des Betreuten beachtlicher ist, als es im klinischen Alltag oft umgesetzt wurde. Die „wohininformierte Zustimmung“ war schließlich schon lange vorher Voraussetzung jeglicher medizinischer Behandlung. Viel älter ist allerdings die Wahrnehmung von psychisch kranken Menschen als „nicht ganz zurechnungsfähig“, „nicht aufklärungsfähig“ (z.B. bezüglich unerwünschter Arzneimittelwirkungen) oder „nicht einwilligungsfähig.“ Anlässlich des 20. Geburtstages des Betreuungsrechtes habe ich kritisiert, dass und warum aus der klinisch psychiatrischen Behandlung heraus sehr oft bei Gericht rechtliche Betreuungen angeregt werden.²

Doch die erwartete Debatte in meiner Profession kam nicht recht in Gang. Selbst die richtungsweisenden Entscheidungen des BVerfG aus dem Jahre 2011 wurden wenig beachtet, oft hörte ich die psychiatrische Behauptung, sie gelten ja nur für forensische Patient/innen. Ja, noch im Januar 2012 kritisierte die DGPPN in einer Stellungnahme³ das BVerfG scharf und forderte offen auch die Zwangsmedikation von einwilligungsfähigen Patient/innen.

Bevor wir zum nächsten Punkt übergehen und nur der Vollständigkeit halber sei rasch erwähnt; seit Anfang 2013 gibt es ein Patientenrechtegesetz. Es enthält keine neuen Rechtsbestimmungen, verdeutlicht aber, dass Patient/innen, auch Rechte haben, die sie dem Dienstleister Gesundheitssystem und auch Psychiater/innen gegenüber einfordern und einklagen können. So wurde in dem Gesetz zum Beispiel die ärztliche Dokumentationspflicht intensiviert, das Recht auf Akteneinsicht verdeutlicht und die ärztlichen Aufklärungspflichten wurden präzisiert.

3. Das Recht auf Freiheit und das Recht auf Schutz - wie viel Betreuungen sind notwendig?

Gestern ging es hier um die Erforderlichkeit von gesetzlicher Betreuung - durch Änderung des Betreuungsgesetzes wurde eine Behördenfunktion gestärkt. Ob dadurch aber weniger rasch zur gesetzlichen Betreuung gegriffen wird, muss sich erst noch zeigen. Vor vierzehn Tagen, am 4. November, erfuhr ich im Rahmen eines „betreuungsrechtspolitischen Ratschlags“ vom Landesjustizminister NRW, Herrn Kutschat, dass es inzwischen Jobcenter gibt, die bei Gericht eine gesetzliche Betreuung veranlassen, wenn ihre Klient/innen Probleme haben, die Antragsformulare auszufüllen. Wenn die Behördenmitarbeiter/innen Probleme haben, adäquat mit ihnen zu kommunizieren oder ihrer eigenen Beratungsfunktion nicht gerecht werden wollen, mag wohl auch schon mal zur Anregung einer Betreuung gegriffen worden sein.

2 Osterfeld, M. (2012): Ein Jahrhundertwerk wird volljährig - oder kommt es in die Jahre? Kerbe, 30 (4) S. 36-37

3 Stellungnahme DGPPN, Nr. 1 / 16.01.2012:

<http://www.dgppn.de/publikationen/stellungnahmen/detailansicht/article//zum-urteil-d-1.html> (Stand: 6. 11. 2014)

Margret Osterfeld

Ein kurzes Fazit schon an dieser Stelle: Kein Gesetz ist davor geschützt, missbraucht zu werden. Wir alle können hier nur auf die Jurist/innen und Gesetzeswächter hoffen, betreute Menschen vor allem auf ihre Betreuer/innen. Eine ebenfalls vom Justizminister NRW angekündigte Gesetzesinitiative, ein „Vertretungsrecht“ für nahe Angehörige zu schaffen, stand klar unter der Prämisse, die Kosten für Berufsbetreuungen zu senken.

Menschenrechtsverletzungen in Heimen oder in psychiatrischen Kliniken kommen immer wieder vor, sie sind kein Kavaliersdelikt. Inzwischen, vor zehn Tagen hat der Sozialverband VdK Verfassungsbeschwerde eingereicht wegen der „menschenunwürdigen Pflegesituation in Heimen.“ Ich führe das hier an, weil viele Menschen erst in Heime eingewiesen werden, nachdem eine gesetzliche Betreuung eingerichtet wurde. Dies betrifft nicht nur Menschen, die alt sind und dement genannt werden, sondern auch junge Menschen mit anderen psychiatrischen Diagnosen. Allerorten wachsen nicht nur die Heimplätze sondern auch die geschlossenen Heimplätze.

Bereits zum 20. Geburtstag des als Jahrhundertgesetz gefeierten Betreuungsrechts habe ich aufgezeigt, wie sich die Psychiatrie das neue Betreuungsrecht rasch zunutze machte, ohne sich über die menschenrechtlichen Implikationen Gedanken zu machen.¹ Ob und wie weit die akademische Psychiatrie willens ist, ihre Patient/innen auch zu beraten und ihnen (Behandlungs-)Alternativen aufzuweisen und diese mit ihnen zu besprechen, wird uns gleich intensiver beschäftigen. Dabei spielt auch die Frage der Durchsetzbarkeit von Patientenrechten eine Rolle.

Die vorangegangenen Vorträge heute handelten von Zwangsbehandlung oder genauer der Zwangsmedikation. Auch mein Vortrag beschäftigt sich zunächst damit. Der Unterschied beider Begriffe ist mir aus zwei Gründen wichtig:

Zum einen besteht psychiatrische Behandlung längst nicht nur aus Medikation. Das wichtigste therapeutische Element in der psychiatrischen Behandlung ist die Beziehungsgestaltung. Herr Zinkler hat in seinem Beitrag gute Beispiele dafür gegeben.

Zum zweiten lassen sich störende, unverständliche, manchmal auch bedrohliche Verhaltensweisen längst nicht immer durch die Gabe von Psychopharmaka beheben. Erschreckend ist, dass immer mehr Menschen, auch und gerade Menschen mit einer gesetzlichen Betreuung mit nebenwirkungsreichen Psychopharmaka behandelt werden. Immer häufiger leben sie in einem Heim, immer unter geschlossenen Bedingungen, also ihrer Freiheit beraubt, egal ob alt oder jung, ob dement oder „Systemsprenger“ genannt. Sie alle sind pflegeleichter, wenn sie Psychopharmaka bekommen, das heißt im Zusammenhang der heutigen Tagung: es entstehen weniger Personalkosten. Im Fachjargon spricht man von „chemischer Fixierung.“ Die zunächst rhetorische Frage an alle gesetzlichen Betreuer/innen unter Ihnen lautet:

„Wer von Ihnen hat sich schon einmal für das Recht der Betreuten auf wohlinformierte Zustimmung eingesetzt?“

„Wer hat die verordnenden Ärztinnen und Ärzte an ihre professionelle Basispflicht, die Medikamentenaufklärung, erinnert?“

Jede medizinische Behandlung ohne eine solche Aufklärung erfüllt zunächst einmal den Tatbestand der Körperverletzung.

Margret Osterfeld

4. Wird der betreute Mensch als Rechtssubjekt wahrgenommen?

Bereits 1960 stellte das Verfassungsgericht fest, dass ein Vormund nach altem, noch aus preußischen Zeiten stammenden Vormundschaftsrecht ein Vormund nicht einfach für sein "Mündel", den entmündigten Bürger, bestimmen kann, dass sie oder er in einem Heim zu leben hat - es wurde ein Richtervorbehalt eingeführt. Erst 15 Jahre später wurde die Psychiatrieenquete veröffentlicht, dieses Dokument ist auch heute noch der Stolz der akademischen Psychiatrie - es wird im nächsten Jahr 40 Jahre alt. Wenn man sich das umfangreiche Dokument genauer ansieht, überrascht es schon, dass die psychisch kranken Menschen dort keinesfalls als Rechtssubjekte gesehen werden, das Wort „Menschenrechte“ taucht kaum auf. Die auch dreißig Jahre nach Kriegsende noch unter „elenden, unwürdigen“ Zuständen lebenden Menschen mit psychiatrischen Diagnosen wurden als Objekte der Fürsorge gesehen, das Ziel der Enquete war, die Qualität der „Fürsorge“ zu verbessern. Natürlich hat die aus der Enquete folgende Psychiatriereform die äußeren Bedingungen für Menschen mit psychiatrischen Diagnosen durchaus positiv beeinflusst. Auch das Betreuungsrecht, das die meisten von Ihnen wohl hierher geführt hat und 1992 das veraltete Vormundschaftsrecht ablöste, ist als eine positive Folge der Psychiatrieenquete zu sehen⁴

Das Betreuungsrecht war ein Paradigmenwechsel, es verpflichtet die rechtlichen Betreuer/innen nicht mehr nur fürsorglich auf das Wohl sondern auch auf den Willen der/des Betreuten. Aus meiner langjährigen klinischen Praxis ist mir jedoch bekannt, dass Psychiater/innen sich oft dem von ihnen selbst definierten Patientenwohl verpflichtet fühlen und sie natürlich auch dem politisch gewollten ökonomischen Druck der Krankenkassen (bzgl. der Verweildauer) verpflichtet sind. Erlauben Sie mir einen Sprung zu der anderen Rechtsgrundlage, nach der Menschen aus psychiatrischen Gründen die Freiheit entzogen werden kann, den Psych-KGs. Als Mitglied der Besuchskommission nach Psych-KG NRW erlebe ich im Jahr 2014 die Wahrnehmung von Patient/innen als Rechtssubjekte in psychiatrischen Kliniken folgendermaßen:

- Freimütig räumen Klinikleiter ein, dass „das Amtsgericht selbst bei Psych KG Unterbringungen unmittelbar zum Betreuungsrecht wechselt, da in diesem Gesetz wenigstens eine Rechtsgrundlage zur Zwangsmedikation vorhanden ist“.
- Andernorts erklären Klinikleiter/innen, man behandle lieber auf der Rechtsgrundlage des Psych-KG, „da man andernfalls ja einen Antrag bei Gericht stellen müsse, falls eine Zwangsmedikation notwendig sei und es könne dauern, bis der Richter kommt“.
- In der Uniklinik x kam im Frühjahr 2014 eine Schutzpolizistin, Mutter von drei Kleinkindern, freiwillig und in voller Dienstausrüstung zur psychiatrisch stationären Behandlung. Belastet zusätzlich durch Schichtdienst hatte sie selbst gemerkt, dass sie in einer akuten Überforderungssituation war. Nach fünf Tagen medikamentöser

⁴ Brosey, D./ Osterfeld, M. (2015). In: Armbuster, J./ Ratzke, K. (2015): Blick zurück nach vorne (noch unveröffentlichtes Manuskript).

Margret Osterfeld

Therapie, ging es ihr soweit besser, dass sie sich entlassen lassen wollte. Wohlgermerkt, dies ist die normale Ambivalenz jeder jungen Mutter – „kümmere ich mich um meine Kinder oder bleibe ich in der Klinik?“ Der Oberarzt löste das Problem nicht durch Gespräch und Angebot von teilstationärer Fortsetzung der Behandlung, er konstruierte aus der Tatsache, dass diese Patientin bei Aufnahme ihre Dienstpistole und Munition dabei hatte, abwegige Gedanken. „Mittelbare Fremdgefährdung“ schrieb er in sein Attest. Dass ein Richter dieser dürftigen Gefährdungsbegründung folgte und die Unterbringung beschloss, enttäuscht mich schon

- Drei Monate später erlebte ich als Mitglied der Besuchskommission in einer anderen Klinik einen ähnlich lockeren Umgang mit Patientenrechten. Eine Patientin, mehr als 70 Jahre alt, wurde unter der Diagnose „Manie“ mit Haldol behandelt. Dies ist nicht leitliniengerecht, obendrein steht dieses Präparat auf der Priscus-Liste, die für alle Ärztinnen und Ärzte einsehbar aufzeigt, welche Medikamente im Alter nicht angewendet werden sollen. Mit hängenden Augenlidern und nur spärlichen Bewegungen berichtete uns die Dame, dass sie mit der Behandlung nicht einverstanden sei. Ich fragte sie, ob die Ärzte denn mit ihr über Sinn und Ziel der Medikation gesprochen hätten, was sie klar verneinte. Auf meine Frage, wo die Medikamentenaufklärung in der Patientenakte dokumentiert sei, antwortete die Oberärztin nur schnippisch, die habe man nicht dokumentiert, man habe sie aber gemacht.
- In der gleichen psychiatrischen Abteilung war wenige Wochen zuvor eine junge Mutter mit einer postpartalen Psychose kurz nach der Geburt direkt aus der geburtshilflichen Abteilung verlegt worden. Direkt bei Übernahme wurde sie fixiert, für mehr als 24 Stunden. Die dokumentierte Begründung war spärlich, die pflegerische Fixierungsdokumentation, ließ die Notwendigkeit dieser einschneidenden Maßnahme allenfalls für drei Stunden erkennen. Die Gurte wurden gelöst, als der Richter kam und dessen Beschluss war, dass eine Zwangsunterbringung nicht gerechtfertigt war. Ist es korrekt formuliert, wenn ich jetzt sage, diese Fixierung war Unrecht? Eine Schlechtbehandlung im Sinne der UN Definition von Misshandlung war sie auf jeden Fall. Wie viel Erregung bei Verlegung war der Tatsache zuzuschreiben, dass die junge Mutter von ihrem Säugling getrennt wurde, wie viel dem Fakt, dass sie in der Gynäkologie für psychotisch gehalten wurde?

Ich hoffe, Sie verstehen jetzt, warum ich zu Beginn zu eindringlich gefragt habe, ob Sie als Betreuer/innen sich gerade auch im stationären Behandlungsfall intensiv um Wunsch und Wille Ihrer Klient/innen kümmern. Ärztliches Handeln zu hinterfragen ist wichtig und notwendig. Betreuungsrechtliche Unterbringungen werden nicht durch eine Besuchskommission überprüft, sie sind aber genauso entwürdigend, und traumatisierend, wie Freiheitsentzüge nach dem Psych-KG. Es ist Ihre Aufgabe, die Rechte ihrer Klient/innen zu schützen, sie sollten Anwältinnen und Anwälte Ihrer Patient/innen sein und nicht Handlanger des ärztlichen Dienstes.

Margret Osterfeld

5. Die Durchsetzung der Rechte von psychisch kranken und beeinträchtigten Menschen

Ein Jahr nach Veröffentlichung der oben erwähnten DGPPN-Stellungnahme legte die Diakonie als großer Träger psychiatrischer Einrichtungen, Kliniken und Heimen – ihr Ergebnis zur Auseinandersetzung mit der UN-BRK und den darin enthaltenen Freiheits- und Schutzrechten vor.

In dem umfangreichen Papier heißt es zum herkömmlichen Behinderungsbegriff:

„Die soziale Gemeinschaft formuliert eine Änderungsabsicht an den Menschen mit Behinderung als persönliche Korrektur und Verbesserung. Wo dies nicht oder nicht umfassend gelingt, gilt die Behinderung als schicksalhaft und wird auf einem niedrigen sozialen Niveau durch geeignete pflegerische und andere Unterstützungsmaßnahmen ausbalanciert. Entsprechend weisen die statistischen Kennzahlen die generelle Benachteiligung von Menschen mit Behinderung in den sozialen Lebenslagen aus.“

Und zum Behinderungsbegriff in der BRK:

„Erstens wird Verschiedenheit als ein besonderer Wert anerkannt – in Fortführung früherer Menschenrechtskonventionen der Vereinten Nationen. Zweitens wird Behinderung nicht mehr als ein Merkmal einer Person verstanden, sondern als die Wechselwirkung behindernder Strukturen und Prozesse mit den körperlichen, seelischen oder geistigen Besonderheiten einer Person. Grundsätzlich wird anerkannt, dass Menschen, unabhängig von ihren jeweiligen individuellen Unterschieden, die gleichen bürgerlichen Rechte haben. Wo dies faktisch nicht gegeben ist, ist diese Rechtssituation zu schaffen“.⁵

Der Diakonie war längst deutlich geworden, dass der eher juristische Begriff der „Einwilligungsfähigkeit“ eine zentrale Rolle in der Debatte zwischen Psychiater/innen, Jurist/innen und Betreuer/innen spielte. Mich freut, Ihnen heute mitteilen zu können, dass es seit acht Wochen eine neue Stellungnahme der DGPPN zu diesem Kernbegriff gibt, sie heißt „Achtung der Selbstbestimmung und Anwendung von Zwang bei psychisch erkrankten Menschen“ und zeigt doch in gedruckter Form erhebliche Fortschritte gegenüber der Stellungnahme von 2012⁶. Auf dieses Papier will ich daher noch ein wenig eingehen. Die DGPPN definiert meines Wissens erstmalig die Einwilligungs- und die

5 Diakonie (2013).: Handreichung „Freiheits- und Schutzrechte in der UN-Behindertenrechtskonvention und Zwangsmaßnahmen in der Psychiatrie“, S. 10. http://www.diakonie.de/media/Text-02_2013_Freiheits-und-Schutzrechte.pdf (Stand: 21.11.2014)

6 DGPPN (Ethische Stellungnahme vom 23.09.2014):

<http://www.dgppn.de/presse/pressemitteilungen/detailansicht/article/307/orientierung.html> (Stand: 21.11.2014)

Margret Osterfeld

Selbstbestimmungsfähigkeit. Sie erklärt für Psychiater/innen leicht verständlich, dass weder eine Behinderung noch eine Diagnose die Selbstbestimmungsfähigkeit automatisch ausschließt und erteilt dem „fürsorglichen Paternalismus“ eine Absage.

Wörtlich heißt es:

„Das Prinzip der Selbstbestimmung findet in gesundheitlichen Angelegenheiten seinen Ausdruck im Respekt vor der selbstbestimmten Entscheidung des Patienten nach Aufklärung durch den Arzt (hier ist der „informed consent“ bzw. die „wohininformierte Zustimmung“ gemeint). Im Rahmen einer medizinischen Behandlung gehört es zu den Aufgaben, sich ein klares Bild über die Selbstbestimmungsfähigkeit der Patienten in der jeweiligen Behandlungssituation zu machen und dabei auch ihren „natürlichen Willen“ zu berücksichtigen.“

Diese ärztlich ethische Stellungnahme wird den psychiatrischen Berufsalltag nicht frei von Dilemmata machen. Doch Ärztinnen und Ärzte werden für die Tatsache, dass sie in ihrem Berufsalltag auch Dilemmata meistern müssen fürstlich honoriert - zumindest im Vergleich zu Berufsbetreuer/innen. Klar ist, dass diese Stellungnahme den Psychiater/innen per se die Fähigkeit zuschreibt, in medizinischen Fragen die Selbstbestimmungsfähigkeit von Patient/innen immer adäquat beurteilen zu können. Dies ist aus meiner Sicht nicht der Fall. Vor diesem Hintergrund sehe ich die Betreuer/innen unter Ihnen auch als Verteidiger/innen von Patientenrechten. Wenn die gesetzliche Betreuung den Bereich Gesundheit umfasst, ist es Ihr Recht und in meinen Augen auch Ihre Pflicht, die Information über Behandlung und Alternativen einzufordern falls es Ihre Klient/innen dies nicht können. Sie dürfen entsprechend dem Patientenrechtegesetz auch die ärztliche Dokumentation einsehen, nicht nur wenn Patient/innen so behandelt wurde, wie in meinen Fallbeispielen beschrieben. Sie dürfen Widerspruch bei Gericht einlegen, wenn ein Unterbringungsbeschluss zu einseitig den ärztlichen Angaben folgt und schon eine mittelbare Fremdgefährdung zum Freiheitsentzug führt.

Sie, die Betreuer/innen können mit Ihren Betreuten Gespräche führen, wie sie denn eine Patientenverfügung niederschreiben können, um in schwierigeren Lebenssituationen, bei Krankheit und verminderter Selbstbestimmungsfähigkeit medizinisch behandelt werden wollen und können sich so ein Bild machen von den Wünschen und Wertvorstellungen Ihrer Klient/innen. Im Ernstfall wird dies den Psychiater/innen in schwierigen Situationen die Entscheidung erleichtern.

Margret Osterfeld

6. Schlussbemerkungen

Ich selbst wünsche mir, dass diese DGPPN-Stellungnahme sich möglichst rasch in der psychiatrischen Praxis niederschlägt und dass sie zu deutlicher Verminderung von Zwangsmaßnahmen führt. Ich wünsche mir, dass nicht mehr geschieht, was hier in Bayern noch vor zwei Jahren geschah: Ein studierter Philosoph, „chronisch psychisch krank“ und für schwierige Lebensphasen unter Betreuung stehend, nimmt als Sprecher für den Betreuungsgerichtstag an der gesellschaftlichen Debatte teil. Er verfasst auch eine Patientenverfügung in Zusammenarbeit mit dem Betreuer, in der er aufgrund früherer Erfahrungen niederschreibt, mit welchen Medikamenten er im akuten Erkrankungsfall behandelt werden möchte. Als er seine langjährige niedergelassene Psychiaterin bittet, ihm zu bescheinigen, dass er diese Verfügung im Zustand der Einwilligungsfähigkeit verfasst habe, erklärt sie ihm nur, das könne sie nicht, er sei ja chronisch krank und könne daher nicht einwilligungsfähig sein.

Kontakt:

Margret Osterfeld

m.osterfeld@bzfo.de

Weiterführende Informationen

Behandlungszentrum für Folteropfer e.V.:
www.bzfo.de

Crefeld, W. (2014): Zum Verhältnis von rechtlicher Betreuung und Gemeindepsychiatrie.
In: Sozialextra 6/2014: 38-41.

Kersten, K. & Osterfeld, M. (2014): Was hat der UN Unterausschuss zur Prävention von Folter mit der deutschen Psychiatrie zu tun? In: Psychosoziale Umschau, 3/2014: 39 ff.
http://www.bzfo.de/images/stories/pdf/kersten_artikel-spt-unterausschuss.pdf (Stand: 21.11.2014)

Nationale Stelle zur Verhütung von Folter:
www.nationale-stelle.de

Osterfeld, M. (2014): Anpassungsstörungen der klinischen Psychiatrie? In: Kerbe Jg. 32, Nr. 2: 24-27. http://www.kerbe.info/wpcontent/uploads/2014/04/Kerbe_2_2014.pdf (Stand: 21.11.2014)

UN Unterausschuss zur Prävention von Folter
<http://www.ohchr.org/EN/HRBodies/OPCAT/Pages/OPCATIndex.aspx> (Stand: 21.11.2014)

Vortrag im Rahmen der Fachtagung „Interdisziplinäre Zusammenarbeit im Bereich des Unterbringungs- und Betreuungsgesetzes in der Psychiatrie“, Kloster Irsee, 18.11.2014

Margret Osterfeld