

Roland Rosenow

Die Perspektive sozialer Verantwortung – zur Frage nach der ethischen Bewertung von Zwangsmaßnahmen bei psychischer Krankheit

Vortrag im Rahmen des Fachtags des Gemeindepsychiatrischen Verbundes Freiburg am
08.07.2016 zum Thema: Im Spannungsfeld:

Das Recht auf Krankheit – Das Recht auf Fürsorge – Die Notwendigkeit von Zwang

Einleitung

Ethische Überlegungen sind reaktiv. Sie reagieren – wie das Recht – auf soziale Realität oder auf Diskurse, die ihrerseits soziale Realitäten verändern oder legitimieren wollen, sei es ebenfalls aus normativen Gründen oder in der Verfolgung von Partikularinteressen. Was ich Ihnen heute vorstellen möchte, ist keine umfassende ethische Konzeption, sondern eine Überlegung, die sich auf eine grundsätzliche Weise gegen die Mesalliance von zwei Interessen richtet, deren eines ich teile und deren anderes ich nicht teile. Ich meine die Mesalliance des emanzipatorischen Rechtes auf Selbstbestimmung mit einer neoliberalen Haltung, die sich gegen jede Einmischung in Persönliches wendet und damit keinen Grund für gesellschaftliches Engagement gegen individuelle Not anerkennt, wenn derjenige, der in Not ist, keine Ansprüche geltend macht.

Über Jahrzehnte wurde kaum bezweifelt, dass in bestimmten Fällen Hilfe – tatsächliche oder vermeintliche – notfalls gegen den Willen des bzw. der Betroffenen durchzusetzen sei. Diese Gewissheit ist Vergangenheit. Der Verlust dieser Gewissheit ist ein großer Gewinn. Er hat dazu geführt, dass Zwangsmaßnahmen, die gegen Menschen zu ihrem Schutz oder zu ihrer Genesung durchgeführt werden sollen, unter großen Rechtfertigungsdruck geraten sind.

Dieser Rechtfertigungsdruck hatte zur Folge, dass die Rechtslage sich verändert hat. Das betrifft nicht nur die gesetzlichen Vorgaben, sondern auch die Auslegung bestehender Gesetze. Seit Beginn des Jahrhunderts lässt sich eine erhebliche Verunsicherung der Rechtsprechung beobachten, die in der trotzigigen Reaktion des Bundesgerichtshofes ¹ auf den Zwangsbehandlungsbeschluss des Bundesverfassungsgerichtes vom 23. März 2011² ihren weithin sichtbaren Ausdruck fand. Diese Reaktion führte dazu, dass Zwangsbehandlungen

¹ BGH, 20.06.2012, XIII ZB 99/12

² BVerfG, 23.03.2011, 2 BvR 882/09

zunächst ganz ausgeschlossen schienen. Das hatte eine Reform des § 1906 BGB zur Folge, die sehr umstritten war und durch die Zwangsbehandlungen wieder ermöglicht wurden.³

Im Zuge dieser Debatten ist eine Position prominent geworden, die von sich in Anspruch nimmt, eine emanzipatorische zu sein und die im Wesentlichen vertritt, dass jeder Mensch im Rahmen seines Selbstbestimmungsrechts auch das Recht habe, auf den Genuss anderer Rechte, zB das Recht auf Gesundheit, zu verzichten. Daher sei auch dann, wenn die Ausübung des Selbstbestimmungsrechtes – Art. 2 Abs. 1 GG – und das Recht auf Gesundheit und körperliche Unversehrtheit – Art. 2 Abs. 2 GG – in Konflikt zu geraten scheinen, keine Rechtsgüterabwägung vorzunehmen. Denn das Recht auf Gesundheit könne im Rahmen der Selbstbestimmung preisgegeben werden.⁴

Ich nenne diese Position eine jakobinische, weil sie das Selbstbestimmungsrecht verabsolutiert und dabei in Kauf nimmt, dass andere Rechtsgüter und Werte unter die Räder kommen.

Es ist kein Zufall, dass die Jakobiner des Selbstbestimmungsrechtes immer wieder Übereinstimmungen mit neoliberalen Positionen zeigen, die ebenso für den Rückzug von Fürsorge votieren und meinen, dass jeder in erster Linie und exklusiv für sich selbst verantwortlich sei. Beide teilen eine Prämisse: Sie verstehen die Identität einer Person, die innere Konstitution, die Struktur des Ich als deren Privatsache. Ich verstehe die Identität einer Person dagegen als eine Konstruktion, die im Spannungsfeld zwischen sozialer Interaktion und individueller Konstitution steht.

Das gilt das auch, vielleicht sogar in besonderer Weise für Menschen mit psychischen Krankheiten.

Kulturalität und soziale Bedingtheit der Erscheinungsform psychischer Krankheiten

Krankheiten treten nicht abstrakt, sondern in einer konkreten Gestalt in Erscheinung. Ich wähle hier den Begriff der Erscheinungsform und nicht den der Symptomatik, weil ich offen lassen will, inwieweit die konkrete Gestalt einer Krankheit als Gesamtheit ihrer Symptome zu interpretieren ist. Die Symptomatik ist jedenfalls ein Teil oder besser: eine Determinante der Erscheinungsform. Die Erscheinungsform einer Krankheit erschöpft sich nicht in einem abstrakten Ausdruck ihrer Symptomatik, weil der Ausdruck so konkret sein muss wie das konkrete Leben des oder der Kranken. Die Erscheinungsform einer Krankheit ist daher ein kulturelles Phänomen.

³ Gesetz zur Regelung der betreuungsrechtlichen Einwilligung in eine ärztliche Zwangsmaßnahme vom 18.02.2013

⁴ Zur Diskussion s. den Artikel Zwangsbehandlung mWn und einem Literaturverzeichnis unter: <http://www.bundesanzeiger-verlag.de/betreuung/wiki/Zwangsbehandlung> (Abfrage 17.07.2016)

Für psychische Krankheiten gilt das in besonderer Weise, denn sie bedienen sich mehr als andere Erkrankungen kulturellen Materials. Sie finden ihren Ausdruck – die Psychiatrie würde an dieser Stelle wohl sagen: ihre Symptomatik – im Verhalten, das durch und durch von kulturellen Codices bestimmt ist. Die Abhängigkeit des Verhaltens von kulturellen Vorgaben ist normalerweise eine Selbstverständlichkeit. Nicht so offensichtlich ist jedoch, dass auch das abweichende Verhalten, das psychische Krankheiten auszeichnet, kulturellen Codices folgt. Nicht nur das Verhalten in sozialen Situationen, auch Wahnvorstellungen, Halluzinationen und fixe Ideen setzen sich zusammen aus Material, das die Biologie der Krankheit nicht zur Verfügung stellen kann, sondern nur der kulturelle Hintergrund und Kontext, innerhalb dessen die Krankheit auftritt.

Der Ethnopsychiater George Devereux, der psychische Krankheiten in sehr unterschiedlichen Kulturen untersucht hat, spricht von einer „Direktive“ der Kultur, die sagt:

„Hüte dich, verrückt zu werden, aber wenn du es wirst, dann führe dich so und so auf ...“⁵

Kulturell vermittelte Anweisungen werden überwiegend nicht explizit erlernt, sondern sehr viel subtiler vermittelt. In einer Gesellschaft, die sich verändert, verändern sich auch diese Anweisungen, denn Kultur in einem weiten Sinn, der auch Codices für adäquates, wie für abweichendes Verhalten umfasst, wird durch soziale Praxis generiert und verändert. Das heißt nicht, dass Codices für Verhalten sich festlegen und ändern ließen wie Gesetze. Änderungen kultureller Codices gehen einher mit Änderungen sozialer Praxis. Unternehmungen, die Änderungen bewirken sollen, können unvorgesehene Effekte entfalten. (Ein Beispiel dafür ist die Diskussion um mögliche Zusammenhänge zwischen den Lockerungen der Sexualmoral in den 70er Jahren und sexuellem Missbrauch.)

Zwangsmaßnahmen

Zwangsmaßnahmen werden dann (tatsächlich oder vermeintlich) erforderlich, wenn der oder die Betroffene sich gegen diejenigen stellt, deren Aufgabe es ist, ihn oder sie zu unterstützen. Compliance macht Zwangsmaßnahmen entbehrlich. Non-Compliance kann zur Folge haben, dass die Frage nach der Notwendigkeit von Zwangsmaßnahmen virulent wird.

Non-Compliance ist Teil der Erscheinungsform einer Krankheit. Als solche ist sie kulturell determiniert und damit das Produkt sozialer Praxis – gegenwärtiger und vergangener sozialer Praxis. Das heißt nicht weniger, als dass Non-Compliance auch sozial verantwortet wird. Denn kulturelle Formen werden durch soziale Praxis generiert und sind damit auch sozial zu verantworten.

⁵ Devereux, Georges: Normal und anormal. Aufsätze zur allgemeinen Ethnopsychiatrie, Frankfurt/M 1982, S. 59

Für die ethische Frage, ob und unter welchen Voraussetzungen es geboten ist, Menschen mit einer psychischen Krankheit Zwangsmaßnahmen zu unterwerfen, um ihnen zu helfen, ergibt sich daraus zunächst ein Zwischenergebnis: Die Situation, die die Frage nach Zwangsmaßnahmen erst evoziert, ist bereits selbst Resultat sozialer Praxis (und nicht etwa bloß eines individuellen Schicksals) und liegt damit in gesellschaftlicher Verantwortung. Wenn man akzeptiert, dass Phänomene, die sozial erzeugt werden, auch sozial zu verantworten sind, ergeben sich aus diesem Befund zwei Überlegungen für die ethische Bewertung von Situation, in denen die Frage nach Zwangsmaßnahmen sich stellt.

1. Bevor die Frage nach Zwangsmaßnahmen sich stellt

Es ist ein moralisches Gebot, Compliance fördernde Bedingungen zu schaffen. Das kann auf sehr unterschiedlichen Ebenen geschehen.

Sehr konkret betrifft das zB die Aufnahmesituation in der Akutpsychiatrie: Ich denke an eine psychiatrische Klinik in Nordrhein-Westfalen, in der Patientinnen und Patienten, die in einer akuten Krise aufgenommen werden, in einen freundlich ausgestatteten Raum geführt und erst einmal gefragt werden, ob sie eine Tasse oder ein Tasse Kaffee möchten. Das ist, soweit ich weiß, leider nicht selbstverständlich.

In einem weiteren Sinne betrifft das zB die Aufarbeitung der Geschichte der Gewalt in der Psychiatrie und damit verbunden die Anerkennung des Leids der Opfer. Öffentliche Anerkennung dieses Leids ist kulturell wirksam. Sie verändert den Blick auf psychische Krankheiten und hat damit Einfluss auf die Erscheinungsformen psychischer Krankheiten.

Auf der Ebene der Versorgungsstruktur bedeutet das, dass Modellprojekte in der Psychiatrie, die gezeigt haben, dass die Zahl der Fälle, in denen sich die Frage nach Zwangsmaßnahmen überhaupt stellt, durch strukturelle Änderungen der ambulanten und stationären Versorgung drastisch reduziert werden kann, weiter zu verfolgen und auszubauen sind.⁶

Auf der Ebene der kulturellen Repräsentation psychischer Krankheiten bedeutet das, dass gesellschaftliches Engagement gegen die Stigmatisierung von Menschen mit psychischen Krankheiten aus ethischer Sicht geboten ist.

2. Wenn die Frage nach Zwangsmaßnahmen sich stellt

Gesellschaftliche Verantwortung für die Notlage, die aus einer psychischen Krankheit und Non-Compliance erwachsen kann, scheint aus ethischer Sicht Widersprüchliches zu gebieten: Einerseits folgt aus sozialer Verantwortung für Non-Compliance das Gebot, der Krankheit und ihrer Chronifizierung entgegen zu wirken. Andererseits verbietet sich jede Gewaltmaßnahme erst recht, wenn die Ursachen für ihre (tatsächliche oder vermeintliche) Erforderlichkeit sozial zu verantworten sind.

⁶ vgl. Mahler, Lieselotte / Jarchoy-Jàde, Ina / Montag, Christiane / Gallinat, Jürgen: Das Weddinger Modell. Resilienz- und Ressourcenorientierung im klinischen Kontext, Köln 2014

Wenn eine Situation erst einmal so weit eskaliert ist, dass über Zwang geredet wird, dann verschärft die Perspektive sozialer Verantwortung, für die ich hier eintrete, das moralische Dilemma. Ich sehe in dieser Verschärfung einen *Gewinn*. Wenn es einerseits moralisch problematisch ist, einen hilfebedürftigen Menschen mit einer psychischen Krankheit sich selbst zu überlassen, und andererseits Zwangsmaßnahmen ebenso problematisch sind, dann folgt daraus im ersten Schritt, dass erhebliche Anstrengungen zu unternehmen sind, um solchen Situationen vorzubeugen. Im zweiten Schritt führt die Verschärfung des Dilemmas dazu, dass die Qualität der Entscheidung über die Ausübung von Zwang in den Fokus rückt. Die Frage ist dann, wer und nach welchen Regeln und mit welchen Mitteln darüber entscheidet, ob Zwangsmaßnahmen zur Anwendung kommen.⁷

Auch zur Qualität der Entscheidung möchte ich exemplarisch einige Stichworte nennen. Die Entscheidungsqualität kann zum Beispiel verbessert werden,

- indem die Beteiligten sich viel Zeit nehmen,
- durch Zweitgutachten,
- durch Fallkonferenzen,
- durch gleichberechtigtes Einbeziehen unterschiedlicher professioneller Perspektiven, oder
- durch Beteiligung des oder der Betroffenen.

Eine Perspektive soziale Verantwortung macht es den Beteiligten nicht leichter, weil sie in ein Dilemma führt, das sie nicht lösen können. Sie hat den Vorteil, dass sie einen Horizont eröffnet, von dem aus die bestehende Praxis auf eine fruchtbare Weise in Frage gestellt werden kann. Sie kann vor dem Fehlschluss bewahren, der darin liegt, aus eindrucksvollen Situationen, in denen das Erfordernis von Zwang evident erscheint, darauf zu schließen, dass die Notwendigkeit von Zwang eine natürliche Begleiterscheinung psychischer Krankheiten sei.

⁷ vgl. Rosenow, Roland: Der Weg zur Grenze der Freiheit zur Krankheit, 2010, http://www.sozialrecht-rosenow.de/files/roland-rosenow/downloads/a1cd8_rosenow_freiheit_zur_krankheit.pdf mwN, vgl. a. Warmbrunn/Stolz, Wann ist der Wille „frei“?, BtPrax 2006, 167-170.