

Menschenrechte und psychiatrischer Zwang: ein Legitimationsproblem für die Psychiatrie

Es handelt sich um Menschenrechtsverletzungen, wenn Menschen mit psychosozialen Problemen mit dem Hinweis auf eine Krankheit und ihre Folgen verwehrt wird, in einer eigenen Wohnung zu leben oder einen Arbeitsplatz auf dem ersten Arbeitsmarkt anzustreben. Es ist auch eine Menschenrechtsverletzung, wenn sie sich in akuten Krisen in einer geschlossenen psychiatrischen Klinik behandeln lassen müssen.

In nahezu allen Staaten gibt es darüber hinaus das juristische Instrument der rechtlichen Vertretung, also die Möglichkeit, dass Personen (z. B. rechtlich Betreuende in Deutschland oder Beistände in der Schweiz) bestimmte Angelegenheiten von Menschen mit schwerwiegenden psychosozialen Problemen übernehmen. Das kann für Betroffene eine Erleichterung sein und als Unterstützung verstanden werden. Die Einsetzung einer rechtlichen Betreuung gegen den Willen der Betroffenen aber ist ein massiver sozialer Ausschluss vom Rechtssystem, der in schwierigen Situationen in aller Regel von Diensten oder Mitarbeitenden der psychiatrischen Versorgung angeregt oder befürwortet wird.

Hinsichtlich der Antwort auf die Frage der Legitimität solcher Einschränkungen hat sich in der letzten Zeit eine – man kann sagen – erbitterte Auseinandersetzung zwischen psychiatrischen Fachkräften auf der einen Seite und Betroffenengruppen sowie Fachpersonen aus der Rechtswissenschaft und der Politik auf der anderen Seite ergeben. Eine solche Einschränkung ist nach Ansicht der Vereinten Nationen nämlich grundsätzlich infrage zu stellen. »[D]er Wille und die Präferenzen der betreffenden Person« seien in jedem Fall zu beachten, wenn es um Maßnahmen im Zusammenhang mit Menschenrechtsnormen bei Menschen mit Behinderungen gehe. So steht es im Artikel 12 der UN-BRK (United Nations 2006). Mit anderen Worten, Menschen- und Freiheitsrechte dürfen danach nur eingeschränkt werden, wenn es dem Willen und den Präferenzen der betroffenen Person entspricht. Der gesamte Artikel

und dieser Passus haben sich als eine der umstrittensten Rechtsfragen der neueren Psychiatriegeschichte herausgestellt. Der Terminus »Behinderung« steht – aus meiner Sicht wenig glücklich – in den UN-Publikationen für verschiedene Einschränkungen, die Menschen erleben können, auch Menschen mit »psychosozialen Behinderungen«, wie es dort heißt.

Damit geht die Konvention deutlich über die ethischen Leitlinien hinaus, die in der Medizin gelten. Die Beachtung des Willens und der Präferenzen der Person sind nicht gleichbedeutend mit einer Handlung »im Interesse der Person« oder »zum Wohle der Person«, wie sie in der Medizin nach wie vor üblich ist, beispielsweise bei der Behandlung bewusstloser Unfallopfer. Entscheidungen im Interesse der Person werden dann aufgrund von Mutmaßungen getroffen, ohne den Willen und die Präferenzen tatsächlich abzufragen. Dies ist situationsbedingt oftmals auch gar nicht möglich.

Während der Coronapandemie haben wir lernen müssen, dass Grund- und Freiheitsrechte aus medizinischen Gründen eingeschränkt werden können und müssen. Ohne Quarantäne- und Lockdownmaßnahmen wären erheblich mehr Krankheits- und Todesfälle zu beklagen gewesen. Die einschlägige empirische Forschung hat dies eindrucksvoll bestätigt (Yakusheva et al. 2022). Die Legitimation von Grundrechtseinschränkungen aus medizinischen Erwägungen ist also durchaus fachlich, ethisch und rechtlich möglich – nicht nur im Interesse der Allgemeinheit, sondern auch im Interesse der von den Maßnahmen betroffenen Personen selbst.

In ähnlicher Weise wird auch bei Einschränkungen persönlicher Freiheiten durch die Psychiatrie argumentiert. Es gebe, so die konventionelle psychiatrische Rechtfertigung, medizinische Gründe für Maßnahmen gegen den Willen einer Person, also für Zwangseinweisungen, Isolation oder Fixierung sowie die Unterbringung in einer forensischen Klinik nach einer Straftat. Wenn die Person wegen einer psychischen Erkrankung urteilsunfähig ist, wenn die Intervention gegen den Willen der betroffenen Person mehr nützt als schadet und wenn sie im Sinne und Interesse der Person erfolgt, dann sei sie zu rechtfertigen (Ryan & Bartels 2021). Diese Begründung fußt auf den in der Medizin etablierten vier Hauptprinzipien der Ethik, nämlich dem positiven Nutzen (engl. *beneficence*), dem Nicht-Schadens-Prinzip (engl. *non-maleficence*), dem Respekt für die Autonomie der betroffenen Person sowie der Gerechtigkeit (Beauchamp & Childress 2019).

Eine medizinische Maßnahme gegen den Willen der betroffenen Person darf somit sowohl in einer epidemischen Lage als auch im Rahmen der psychiatrischen Behandlung aus ethischen und juristischen Erwägungen erfolgen, wenn die folgenden Kriterien erfüllt sind:

- Es handelt sich um eine definierte Krankheit.
- Die Krankheit muss relativ gravierende Auswirkungen auf die betroffene Person, auf weitere Personen oder auf die Bevölkerung haben.
- Es stehen effektive therapeutische Interventionen zur Verfügung.
- Die Maßnahme muss zum Nutzen der Person sein und darf ihr nicht schaden (etwa als Nebenwirkung).
- Die Anwendung muss verhältnismäßig sein.
- Die Maßnahmen dürfen nur so wenige Freiheiten wie möglich einschränken.

Soweit die konventionelle Begründung der Einschränkung von Freiheitsrechten aus medizinischen Gründen. Dieser fachliche Konsens ist nun infrage gestellt. Die Vereinten Nationen mit ihren Unterorganisationen wie der Weltgesundheitsorganisation (WHO) haben wiederholt auf den Aspekt verletzter Menschenrechte aufmerksam gemacht, die etwa durch Zwangsmaßnahmen entstehen. In einem Zusatzkommentar zum Artikel 12 der UN-BRK hat der zuständige UN-Ausschuss dargelegt, dass – entgegen den Rechtstraditionen vieler Länder – der Artikel eine Trennung der Rechts- und Handlungsfähigkeit von der Urteils- und Einwilligungsfähigkeit fordert (Snellgrove & Steinert 2017). Das heißt, selbst Menschen, denen Urteilsunfähigkeit attestiert wird, sollen medizinische Behandlungen und damit auch psychiatrische Zwangsmaßnahmen ablehnen dürfen, da sie ihre Rechtsfähigkeit prinzipiell behalten. Das juristische Instrument der rechtlichen Vertretung (rechtliche Betreuung, Beistandschaft) wäre damit hinfällig, zumindest, wenn es gegen den Willen der betroffenen Person eingesetzt würde.

Verschiedentlich haben UN-Berichterstattende (»Rapporteurs«) auf die Verletzung von Rechten von Menschen mit psychosozialen Problemen hingewiesen und Zwangsmaßnahmen wie Fixierung, Isolation und Zwangsmedikation angeprangert. Zwangsmaßnahmen, so die in psychiatrischen Fachkreisen umstrittene Forderung, sollen grundsätzlich abgeschafft werden. Die damit einhergehenden Auseinandersetzungen zwischen den psychiatrischen

Fachverbänden und den Unterorganisationen der Vereinten Nationen erreichten ihren vorläufigen Höhepunkt, als der Menschenrechtsrat der UN einen Berichterstatter einsetzte, der sich mit Folter, Missbrauch und erniedrigender Behandlung in medizinischen Einrichtungen befasste. Psychiatrische Einrichtungen wurden in der Folge aufgefordert, jene rechtlichen Regelungen zu überarbeiten, welche »die Unterbringung aus Gründen der psychischen Gesundheit und in psychiatrischen Settings ohne die freie und informierte Zustimmung erlauben« (UN General Assembly 2013: 7; alle Übersetzungen aus dem Englischen von DR). Die Institutionalisierung von Menschen mit Behinderungen aufgrund ihrer Behinderung sei abzuschaffen, wenn die betroffenen Personen nicht zustimmen.

In dem Hauptbericht des UN-Beauftragten wird ein Zusammenhang zwischen Zwang und dem konventionellen biomedizinischen Paradigma hergestellt und ein grundlegender Wandel gefordert: »Zwang, Medikalisierung und Exklusion als Reste der traditionellen psychiatrischen Versorgung müssen ersetzt werden durch ein modernes Verständnis von Recovery und evidenzbasierten Diensten, welche Würde wiederherstellen und betroffene Menschen zu ihren Familien und Lebensbereichen zurückbringen.« (UN General Assembly 2017: 18)

Inzwischen hat auch die Weltgesundheitsorganisation (WHO) neue Richtlinien für die psychiatrische Versorgung veröffentlicht, die den Fokus auf die Zwangsvermeidung und die Beachtung von Menschenrechten legen. Auch hier wird eine Abkehr vom biomedizinischen und primär auf Medikation basierenden Paradigma gefordert. Explizit wird von den Mitgliedsstaaten der WHO erwartet, sicherzustellen, dass Menschen jegliche Form einer psychiatrischen Intervention ablehnen können (WHO 2021a).

Die von der UN und der WHO formulierten Positionen sind mit dem traditionellen medizinisch-psychiatrischen Selbstverständnis nicht vereinbar. Mindestens die Freiheitsrechte werden unterschiedlich gewertet. Während die UN-BRK und verschiedene weitere UN-Dokumente den Menschen- und Freiheitsrechten eine herausragende Stellung zuschreiben, ist dies im aktuellen Standardwerk der biomedizinischen Ethik nicht der Fall. Dort heißt es, »Menschenrechte sind nicht basaler als moralische Werte einer universellen Moral« (Beauchamp & Childress 2019: 4) Mit anderen Worten, Menschenrechte haben keinen höheren Stellenwert als beispielsweise eine ärztliche Standesethik.

Es ist wohl auch dieser aus ärztlicher Perspektive immer notwendigen Abwägung der Werte Freiheit und Gesundheit zuzuschreiben, dass bis heute dem Willen der Betroffenen in der psychiatrischen Behandlung zumindest in der Akutversorgung nicht mehr Beachtung geschenkt wird. Allenfalls im nichtmedizinischen Bereich der Begleitung von Menschen mit Behinderungen hat es rechtliche Konsequenzen gegeben, wie das Bundesteilhabegesetz in Deutschland (Rosemann 2018) oder das sogenannte »Berner Modell« in der Schweiz (Participia o. J.), welche sich ausdrücklich auf die UN-BRK berufen. Inwieweit damit die Situation der betroffenen Personen tatsächlich verbessert wurde, bleibt zukünftigen Evaluationen vorbehalten.

Es war aber nicht nur die konventionelle biomedizinisch ausgerichtete Psychiatrie, die Probleme mit der Forderung nach der Abschaffung von Maßnahmen gegen den Willen der betroffenen Person und insbesondere der Abschaffung von Zwangsmaßnahmen hatte. Eigentlich hätte man erwarten können, dass die Sozialpsychiatrie sich diese Forderungen und Initiativen zu eigen macht. Und wenngleich das in geringem Maße auch geschieht, sehen die Reaktionen vieler Fachpersonen dennoch anders aus. Aus meiner Perspektive ist die Ablehnung der UN-Initiativen weder psychiatrisch noch sozialpsychiatrisch zu rechtfertigen. Ich würde sogar noch einen Schritt weitergehen und sagen, dass die UN-BRK und die damit in Verbindung stehenden Initiativen wie »QualityRights« als Leitfaden für die Umsetzung einer zeitgemäßen Psychiatrie im Sinne einer psychosozialen Unterstützung gelesen werden können. Im Folgenden werden deshalb die verschiedenen für unser Thema relevanten Normen der Konvention genauer vorgestellt: Welche Menschenrechtsverletzungen sind genau gemeint und welche Folgen hätte eine konsequente Beachtung der Menschenrechte in der Psychiatrie?

Menschenrechte und das soziale Modell der Behinderung

Wichtig für das Verständnis der UN-BRK ist zunächst, dass diese nicht nur für Menschen mit psychischen oder psychosozialen Problemen gilt. Die Konvention gilt für Menschen mit jedweder Form von Behinderung, also sowohl für Menschen mit körperlichen wie auch mit anderen Problemen. Zentrale

Forderung der Konvention ist die Nichtdiskriminierung von Menschen mit Behinderungen. Menschen mit Behinderungen sollen genauso behandelt werden wie Menschen ohne Behinderungen. Sie sollen die gleichen Rechte genießen wie alle anderen Menschen auch, und dies betrifft auch ihre Rechte im Gesundheitswesen, etwa in der psychiatrischen Behandlung.

In der Einleitung habe ich schon erklärt, dass der Begriff der »Behinderung« aus meiner Sicht nicht sinnvoll ist und ein neutraler und inklusiver Begriff wie »psychosoziale Probleme« angemessener wäre. In diesem Abschnitt folge ich jedoch der offiziellen Terminologie der Konvention, um Missverständnisse zu vermeiden.

Im Artikel 1 der UN-BRK wird erklärt, wer zu den Menschen mit Behinderungen zählt, nämlich »Menschen, die langfristige körperliche, seelische, geistige oder Sinnesbeeinträchtigungen haben, welche sie in Wechselwirkung mit verschiedenen Barrieren an der vollen, wirksamen und gleichberechtigten Teilhabe an der Gesellschaft hindern können« (alle wörtlichen Zitate in diesem Abschnitt stammen aus der offiziellen deutschen Übersetzung der Konvention; Beauftragter für die Belange von Menschen mit Behinderungen 2018). Das heißt, das Konzept Behinderung folgt dem sogenannten sozialen Modell (Shakespeare 2006), bei dem die Problematik nicht mehr in erster Linie bei der Person liegt, wie es in früheren medizinischen Modellen der Fall war. Vormalig hatte sich die Person einer wie auch immer gearteten Umwelt anzupassen, indem etwa die Wohnsituation nach den Möglichkeiten und Fertigkeiten der Person ausgesucht wurde. Oft war das dann eine stationäre Einrichtung und in aller Regel fand in der Folge keine weitere Besserung mehr statt. Heute stehen dagegen mit Konzepten wie Wohncoaching Unterstützungsdienste zur Verfügung, die Menschen mit Behinderung helfen, auch in einer eigenen Wohnung zurechtzukommen. Mit anderen Worten: Die Umgebung wird so an die Person angepasst, dass der Mensch idealerweise seinen Präferenzen gemäß leben kann.

Abbildung 2 (s. S. 26) fasst die zentralen Merkmale und Auswirkungen sowohl des medizinischen Modells wie auch des sozialen Modells der Behinderung zusammen (siehe auch Reynolds 2022). Das medizinische Modell der Behinderung geht von der Behinderung als eine Eigenschaft der Person aus. Die Person ist behindert. Die behinderte Person kann sich integrieren, indem sie sich den Umweltbedingungen anpasst. Sollte das nicht möglich sein, wird

sie im Rahmen besonderer Institutionen wie Heimen oder Werkstätten unterstützt. Demgegenüber geht das soziale Modell von der Behinderung der Person durch die Umwelt aus. Die Person ist nicht behindert, sie wird behindert, weil die soziale Umwelt nicht flexibel genug auf ihre Bedürfnisse eingeht. Die beiden Modelle markieren den Unterschied zwischen den Begriffen »Integration« und »Inklusion«.

ABBILDUNG 2 Medizinisches und soziales Modell der Behinderung

Medizinisches Modell	Soziales Modell
Grund der Behinderung liegt in der Person	Grund der Behinderung liegt im sozialen Umfeld, das nicht flexibel genug auf die Bedürfnisse der betroffenen Person reagiert.
→ Die Person ist behindert	→ Die Person wird behindert
Primär Anpassung der betroffenen Person an die Umwelt bzw. Versorgung in einer Sondereinrichtung	Primär Anpassung der Umwelt an die Bedürfnisse der betroffenen Person; keine Versorgung in einer Sondereinrichtung
→ Integration	→ Inklusion

Hinter der gesamten Konvention steht der Anspruch, betroffenen Personen »eine unabhängige Lebensführung und die volle Teilhabe in allen Lebensbereichen zu ermöglichen«, wie Artikel 9 Satz 1 formuliert. Übersetzt meint dies die volle Inklusion der Menschen in die Gesellschaft und die Möglichkeit, all das zu erreichen, was Menschen ohne Behinderungen erreichen können.

Gleichheit vor dem Gesetz: Die volle Teilhabe bedeutet konsequenterweise auch eine rechtliche Gleichstellung. In dem schon angesprochenen, sehr kontrovers diskutierten, Artikel 12 wird gefordert, dass Menschen mit Behinderungen ihre Rechts- und Handlungsfähigkeit behalten und bei Bedarf Unterstützung bekommen, um diese auszuüben. Dieser Artikel wird gemeinhin so interpretiert, dass rechtliche Vertretungen gegen den Willen der Person nicht mehr zulässig sind; dies betrifft etwa bestimmte Beistandschaften in der Schweiz oder gesetzliche Betreuungen mit Einwilligungsvorbehalt in Deutsch-

land. An deren Stelle soll die unterstützte Entscheidungsfindung treten, die Wille und Präferenzen der Person berücksichtigen soll.

Keine Behandlung ohne Zustimmung: Artikel 15 Satz 1 der UN-BRK lautet: »Niemand darf der Folter oder grausamer, unmenschlicher oder erniedrigender Behandlung oder Strafe unterworfen werden. Insbesondere darf niemand ohne seine freiwillige Zustimmung medizinischen oder wissenschaftlichen Versuchen unterworfen werden.« Mit diesem Satz werden die unfreiwillige Unterbringung und Behandlung in die Nähe von Folter und Erniedrigung gerückt. Die Behandlung in psychiatrischen Settings darf demnach ausschließlich freiwillig erfolgen. Während hier eine negative Formulierung verwendet wird, heißt es im Artikel 25 (d), der den Zugang zu Gesundheitsleistungen beschreibt, explizit, die Staaten verpflichten sich, »Menschen mit Behinderungen eine Versorgung von gleicher Qualität wie anderen Menschen angeeignet zu lassen, namentlich auf der Grundlage der freien Einwilligung nach vorheriger Aufklärung.«

Unabhängige Lebensführung und volle Teilhabe: Die unabhängige Lebensführung von Menschen mit Behinderungen wird in Artikel 19 ausgeführt. Dort heißt es unter anderem, dass »Menschen mit Behinderungen gleichberechtigt die Möglichkeit haben, ihren Aufenthaltsort zu wählen und zu entscheiden, wo und mit wem sie leben, und nicht verpflichtet sind, in besonderen Wohnformen zu leben« und dass sie Zugang zu Unterstützungsdiensten haben sollen, »einschließlich der persönlichen Assistenz, die zur Unterstützung des Lebens in der Gemeinschaft und der Einbeziehung in die Gemeinschaft sowie zur Verhinderung von Isolation und Absonderung von der Gemeinschaft notwendig ist«. Damit ist klar, dass Menschen mit Behinderungen ihre Wohnform nicht mehr vorgeschrieben werden darf; sie sollen so leben dürfen, wie sie wollen und die dafür notwendige Assistenz erhalten. Unterbringungen gegen den Willen in Wohnheimen oder ähnlichen Settings sind demnach nicht mehr zulässig. In diesem Zusammenhang fordert Artikel 25 mit Bezug auf Gesundheitsleistungen eine flächendeckende ambulante Versorgung auch im ländlichen Raum.

Zur unabhängigen Lebensführung und zur vollen Teilhabe gehört der Konvention zufolge auch der gleichberechtigte Zugang zu Bildungsangeboten. Artikel 24 regelt das inklusive Bildungsangebot, was eine Trennung von Angeboten für Menschen mit und ohne Behinderungen verhindern soll. Aufbau-

end auf dem Bildungsartikel wird in Artikel 27 Satz 1 bezüglich Arbeit und Beschäftigung das Recht »auf die Möglichkeit, den Lebensunterhalt durch Arbeit zu verdienen, die in einem offenen, integrativen und für Menschen mit Behinderungen zugänglichen Arbeitsmarkt und Arbeitsumfeld frei gewählt oder angenommen wird« und dies »einschließlich Chancengleichheit und gleichen Entgelts für gleichwertige Arbeit« formuliert (Artikel 27 Satz 2). Die Beschäftigung in Werkstätten ist demnach nicht gleichwertig, d. h., Menschen mit Behinderungen ist zunächst ein Zugang zum allgemeinen Arbeitsmarkt zu ermöglichen, wenn sie diesen denn haben wollen. Artikel 28 Satz 1 schließlich formuliert das Recht auf einen angemessenen Lebensstandard »für sich selbst und ihre Familien, einschließlich angemessener Ernährung, Bekleidung und Wohnung, sowie auf eine stetige Verbesserung der Lebensbedingungen«.

Aus den gerade angeführten Artikeln, die für Menschen mit psychosozialen Problemen besonders relevant sind, lassen sich klare Aufträge für die Sozialpsychiatrie ableiten. Menschen mit psychosozialen Problemen sollen so leben, arbeiten und unterstützt werden, wie sie dies wünschen. Sozialpsychiatrie in diesem Sinne würde heißen:

- ausschließlich freiwillige Behandlungen,
- unterstützte Wohnformen gemäß der Präferenz der Person,
- Sicherstellung einer Schul- und Berufsausbildung,
- Sicherstellung des Zugangs zum allgemeinen Arbeitsmarkt,
- Verhinderung von Armut,
- neue Formen der Entscheidungsfindung, welche Wille und Präferenzen der Person priorisieren.

Im Prinzip sind die meisten Professionellen in der psychiatrischen oder psychosozialen Versorgung durchaus mit den hier aus der UN-BRK abgeleiteten Aufträgen einverstanden. Anhand zweier aktueller Kontroversen möchte ich jedoch aufzeigen, dass dieses Einverständnis klare Grenzen hat und dass – wenn es hart auf hart kommt – diese Prinzipien nicht beachtet werden. Es dreht sich zum einen um die bereits angesprochene Frage von Zwang und Therapie, zum anderen um die assistierte Selbsttötung bzw. Sterbehilfe für Menschen mit psychosozialen Problemen.

Die Kontroverse um die Anwendung von Zwangsmaßnahmen in der Sozialpsychiatrie

Die Anwendung von Zwangsmaßnahmen in der psychiatrischen Versorgung ist, das wurde eingangs schon erwähnt, selbst in der Sozialpsychiatrie höchst umstritten. Unlängst wurde die Kontroverse in verschiedenen deutschsprachigen Psychiatriezeitschriften ausgetragen. Auf der einen Seite standen führende Personen der deutschen Sozialpsychiatrie-Community, auf der anderen Seite standen ebenfalls bekannte Fachpersonen, aber auch die Betroffenenbewegung. Gegenstand der Kontroverse war die Frage, ob die psychiatrische Versorgung grundsätzlich auf Zwang verzichten kann und welche Konsequenzen ein solcher Verzicht nach sich ziehen würde.

Diese Thematik und die damit einhergehenden Kontroversen sind nicht neu. Schon zu Beginn der 1960er-Jahre schlussfolgerte der US-amerikanische Psychiater und Psychoanalytiker Thomas Szasz: »Es gibt keine medizinische, moralische oder juristische Rechtfertigung für unfreiwillige psychiatrische Interventionen. Diese sind ein Verbrechen gegen die Menschlichkeit.« (Szasz 1974: 268) Der Grund für diese Schlussfolgerung war so einfach wie umstritten: Nach Szasz ist die Idee der psychischen Krankheit ein »Mythos«. Psychische Krankheiten seien »erfunden« worden, indem die Psychiatrie zentrale medizinische Kriterien aufgab. Während bei körperlichen Krankheiten Veränderungen der Körperstruktur nachweisbar sein müssen (zum Beispiel ein Tumor oder eine Fraktur), sei für psychische Krankheiten ein neues Kriterium eingeführt worden, das der funktionalen Veränderung. Funktional erklärte Krankheiten sind aber, so ist Szasz zu interpretieren, keine »wirklichen« Krankheiten, da diese nicht entdeckt, sondern eben erfunden wurden.

Was aber sollte mit Menschen geschehen, die vor dem Hintergrund einer vermeintlichen psychischen Krankheit eine gravierende Normverletzung wie beispielsweise eine Straftat begangen haben? Auch hier war Szasz' Antwort so einfach wie umstritten: Diese Menschen sollten in einem Gefängnis untergebracht werden.

»Institutionen mit Strafcharakter (Gefängnisse) sollten diejenigen beherbergen, welche die Gesellschaft abzusondern wünscht. Der primäre Zweck dieser Institution sollte die Herstellung der öffentlichen Sicherheit sein.« (Szasz 1962: 170)

Menschen, die als psychisch krank gelten, waren nach Szasz' Überzeugung nicht anders als jüdische oder nichtweiße Menschen zu Sündenböcken gemacht worden.

Thomas Szasz, der zusammen mit dem britischen Psychiater Ronald D. Laing, dem amerikanischen Soziologen Erving Goffman und dem französischen Philosophen Michel Foucault heute zu den Begründern der »Antipsychiatrie« gezählt wird, war nicht grundsätzlich gegen eine psychiatrische Unterstützung von Menschen, sofern diese danach suchten. Diesen Menschen ging es – so seine Interpretation – primär um Fragestellungen und Unsicherheiten der Lebensführung, etwa die Verwirklichung von Lebenszielen.

Ganz ähnlich argumentieren Martin Zinkler und Sebastian von Peter in ihrem Artikel »Ohne Zwang – ein Konzept für eine ausschließlich unterstützende Psychiatrie« (Zinkler & von Peter 2019). Sie schlagen ferner vor, dass etwa Strafverfolgungsbehörden nicht mehr – wie derzeit möglich – Menschen gegen ihren Willen in eine psychiatrische Klinik bringen können. Ihre Begründung ist allerdings eine andere als bei Szasz. Die Reformüberlegungen von Zinkler und von Peter beruhen auf der bereits zitierten UN-BRK, welche die Diskriminierung von Menschen mit körperlichen oder seelischen Behinderungen gegenüber Menschen ohne Behinderungen untersagt. Demnach müssen Menschen mit und ohne Behinderungen prinzipiell gleichbehandelt werden. »Aus dem Diskriminierungsverbot folgt, dass die Person, bei der eine psychische Erkrankung vermutet wird, rechtlich nicht anders von der Polizei behandelt wird als ohne die Vermutung.« (Zinkler & von Peter 2019: 205)

Das bedeutet nicht, dass Zinkler und von Peter darauf verzichten wollen, diejenigen zu unterstützen, die eine Klinikbehandlung ablehnen. Als Alternativen werden Hilfestellungen bei sozialen Problemen wie Obdachlosigkeit und Armut genannt, aber auch Home Treatment, also die psychiatrische Akutbehandlung in der eigenen Wohnung. Diese ausschließlich als Unterstützungsangebot konzipierte Form der Psychiatrie soll aber auf die traditionelle »Doppelfunktion«, nämlich Behandlung und Kontrolle, verzichten, indem die Kontrollfunktion aufgegeben wird. Die Autoren versprechen sich dadurch eine größere Akzeptanz psychiatrischer Hilfsangebote, wenn die Nutzenden wissen, dass Zwangsmaßnahmen nicht mehr mit der Psychiatrie verbunden werden, sondern allenfalls mit Polizei und Strafrecht.

Der Artikel von Martin Zinkler und Sebastian von Peter hat harsche

Reaktionen hervorgerufen. Die Überlegungen seien »in psychiatriegeschichtlicher Hinsicht [...] ein Rückschritt um etwa 200 Jahre«, so die Psychiater Maximilian Gahr und Manfred Spitzer in einer Entgegnung (Gahr & Spitzer 2020: 136). Ihrer Meinung nach ist der Ansatz einer ausschließlich ohne Zwang operierenden Psychiatrie im Kern »patientenfeindlich, weil es dem Interesse einer Person, bei Krankheit professionelle Hilfe zu bekommen, zuwiderlaufen kann« (Gahr & Spitzer 2020: 137). Der Psychiater Peter Brieger und die Psychologin Susanne Menzel charakterisierten den Ansatz gar als »unmenschlich« (Brieger & Menzel 2020: 297). Das Prinzip einer ausschließlich ohne Zwang arbeitenden psychiatrischen Versorgung stelle den Aspekt der Selbstbestimmung unzulässigerweise über die Prinzipien der Fürsorge und des Nichtschadens.

Etwas anders argumentierte der Psychiater Tilman Steinert. Sein zentraler Einwand bezieht sich auf den Unterschied zwischen körperlichen und psychischen Erkrankungen. Dieser sei darin zu sehen, »dass psychische Erkrankungen das für die Willensentscheidungen eines Menschen verantwortliche Organ betreffen, das Gehirn. Alle psychischen Erkrankungen können – in einem relativ weiten Sinne – als Funktionsstörungen des Gehirns aufgefasst werden.« (Steinert 2021: 30) Aufgrund dieses Unterschieds folge eine Sonderstellung psychischer Erkrankungen, da diese potenziell die Fähigkeit der freien Willensentscheidung einschränken könnten. Vor diesem Hintergrund sei es grundsätzlich zu rechtfertigen, dass medizinische Fachpersonen im Interesse anderer Menschen freiheitsbeschränkende Maßnahmen anordnen dürften, ganz analog zu Infektionsschutzmaßnahmen, die eine Quarantäne für Menschen mit vorhandener Selbstbestimmung verpflichtend machen können.

Der Argumentation, Fachpersonen dürften im Interesse von Menschen mit psychischen Erkrankungen Maßnahmen anordnen, wurde anschließend in einer Stellungnahme zweier deutscher Betroffenenverbände widersprochen. Der Ansatz von Zinkler und von Peter spiegle das wider, »was Psychiatrieerfahrene seit Langem am bestehenden psychiatrischen System kritisieren. So machen Betroffene regelmäßig darauf aufmerksam, dass Psychiatriegewalt dem ärztlichen Nichtschadensprinzip zuwiderläuft und als unethisch und unmenschlich bewertet wird.« (Bundesverband Psychiatrie-Erfahrener & Bundesarbeitsgemeinschaft Psychiatrie-Erfahrener 2021: 36) Die Verbände verwahrten sich gegen die aus ihrer Sicht erfolgte Instrumentalisierung des Wohls

der Betroffenen. Diese Instrumentalisierung sei Teil der von Betroffenen erlebten »Psychiatriegewalt«.

Die vorstehenden Ausführungen zusammenfassend bleibt festzustellen, dass es fundamental gegensätzliche Perspektiven auf Autonomie, Entscheidungsfreiheit und psychische Krankheit gibt. Aus konventioneller psychiatrischer und auch sozialpsychiatrischer Sicht kann eine psychische Erkrankung die Wahrnehmung der eigenen Rechte beeinträchtigen und daher unter bestimmten Umständen die stellvertretende Entscheidung durch medizinische Fachpersonen rechtfertigen. Aus Betroffenenansicht wird bestritten, dass überhaupt jemand ohne Weiteres die Stellvertretung übernehmen darf, und dies unabhängig davon, ob die beeinträchtigte Person als psychisch krank gilt.

Letztere Position entspricht im Grunde der bereits vorgestellten Position der Vereinten Nationen, insbesondere dem Artikel 12 der UN-BRK, welcher ausführt, »dass Menschen mit Behinderungen in allen Lebensbereichen gleichberechtigt mit anderen Rechts- und Handlungsfähigkeit genießen« (United Nations 2006). Demnach dürfen psychische Einschränkungen nicht zu rechtlichen Einschränkungen führen. Das heißt, stellvertretende Entscheidungen, beispielsweise durch eine Fachperson oder eine rechtliche Vertretung, sind im Grunde nicht zulässig. Wie nicht anders zu erwarten, hat diese Rechtsposition große Diskussionen (Scholten & Gather 2018; Szmukler 2019) und auch massiven Widerstand (Appelbaum 2016) in der psychiatrischen Fachwelt ausgelöst.

Die Kontroverse um die Sterbehilfe von Menschen mit psychosozialen Problemen

Neben der bereits angesprochenen Kontroverse um Zwangsmaßnahmen wird wohl keine weitere Diskussion so emotional geführt wie diejenige, die sich mit der assistierten Selbsttötung von Menschen mit psychosozialen Problemen befasst. In verschiedenen europäischen Ländern ist die Unterstützung bei einer Selbsttötung durch medizinische Fachpersonen auch für Menschen mit psychischen Problemen erlaubt, so etwa in der Schweiz, in Belgien und in den Niederlanden. Im Rahmen der Neuordnung der Sterbehilferegulungen in Deutschland wird diese Frage gegenwärtig auch hier wieder diskutiert.

Aber, um es von vornherein deutlich zu sagen: Ein Verbot der assistierten Selbsttötung ist eine Variante des in der Einleitung beschriebenen sozialen Zwangs. Menschen werden entweder gezwungen, mit ihrem Leiden weiterzuleben oder einen würdelosen oder gar andere Menschen in Mitleidenschaft ziehenden Ausweg zu suchen. Selbstverständlich bin ich mir bewusst, dass viele Lesende dieser Position nicht zustimmen werden, da schon die Frage nach Sterbehilfe ethisch, medizinisch-psychiatrisch oder gar religiös konnotiert ist. Mir geht es an dieser Stelle nicht primär um die Zulässigkeit von Sterbehilfe an sich, sondern um die Anwendung von psychiatrisch legitimiertem Zwang gegenüber Menschen, die ihrem Leben ein Ende setzen wollen.

Vorab seien deshalb zwei kurze Bemerkungen gestattet. Der Transparenz halber muss hier berichtet werden, dass ich selbst an dieser Kontroverse beteiligt bin, und zwar als Befürworter der assistierten Selbsttötung von Menschen mit psychischen Problemen (Richter 2016; Richter 2021a). Im Rahmen der gründlichen Auseinandersetzung mit dieser Problematik, und das ist die zweite Bemerkung, habe ich für mich terminologische Konsequenzen gezogen, welche den »assistierten Suizid« von der »assistierten Selbsttötung« klar unterscheidet. Der US-amerikanischen Fachgesellschaft für Suizidologie (AAS 2017) und den deutschen Ethikern (Gather & Vollmann 2015) folgend, ist der Suizid eine Handlung im Rahmen einer akuten psychischen Störung, während die assistierte Selbsttötung ein wohlerrogener Schritt ist, der nicht in einer akuten Krise erfolgt. tun

Aus Sicht vieler Fachpersonen in der Psychiatrie sprechen verschiedene Gründe gegen die assistierte Selbsttötung. Besonders in Deutschland gibt es wegen der Euthanasie von Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen während der Herrschaft des Nationalsozialismus die Sorge, dass aus einer Option eine Regel werden könnte. Auch wird die Begriffsgeschichte der deutschen Sozialpsychiatrie von den Ideen der Rassenhygiene überschattet (Schmiedebach & Priebe 2004). Umso verständlicher ist es, dass die Sozialpsychiatrie gerade im Nachkriegsdeutschland eine klare Trennlinie zu Tötungen von beeinträchtigten Menschen zu ziehen suchte. Asmus Finzen, einer der bekanntesten Reformpsychiater in Deutschland und in der Schweiz, beklagte vor diesem Hintergrund etwa, dass in Belgien und in den Niederlanden überhaupt darüber nachgedacht wurde, Sterbehilfe für Menschen mit psychischen Erkrankungen zu erlauben (Finzen 2015).

Ein weiterer Grund ist die medizinische Sicht auf die Suizidalität als pathologisches Phänomen. Was vielen psychiatrisch tätigen Fachpersonen heute im Grunde als selbstverständlich erscheint, dass nämlich Suizide überwiegend im Zusammenhang mit einer psychosozialen Problematik begangen werden, war nicht immer so und ist in Teilen der Welt auch heute noch nicht so. Der Suizid war lange eine moralisch, religiös und sogar rechtlich fragwürdige Handlung, die erst in jüngster Zeit medikalisiert und pathologisiert wurde (Barbagli 2015). Bekanntermaßen ist es eine der zentralen Aufgaben der psychiatrischen Versorgung, Suizide zu verhindern; Selbstgefährdung wird deshalb in nahezu allen europäischen Ländern vom Gesetzgeber als Grund für Zwangsmaßnahmen und Zwangsbehandlungen anerkannt. Dies unterscheidet die Psychiatrie von einigen anderen medizinischen Disziplinen. Wenn ein Mensch mit einem ausgeprägten Diabetes mellitus sich durch die Nichteinhaltung der Diät selbst gefährdet, so hat dies üblicherweise keine rechtlichen Folgen.

Ein explizit sozialpsychiatrisches Argument gegen die assistierte Selbsttötung lautet, es werde mit der Möglichkeit der Sterbehilfe eine »verheerende Signalwirkung« ausgesendet, weil man damit psychische Erkrankungen in die Nähe der Unheilbarkeit rücken würde, so die Soziologin Silvia Krumm in einer Pro- und Kontra-Diskussion mit dem Verfasser (Krumm 2016). Damit werde Hoffnung auf Besserung und ein Leben mit der Krankheit zunichtegemacht, was gerade dem Recoverykonzept zuwiderlaufe.

An dieser Stelle möchte ich noch mal auf die oben schon genannte Unterscheidung zwischen einem Suizid und einer assistierten Selbsttötung zurückkommen. Eine assistierte Selbsttötung setzt eine wohlerwogene Entscheidung voraus, die bei einem Suizid oftmals nicht gegeben ist. Eine autonome Entscheidung als Möglichkeit auszuschließen, führt aber zur Pathologisierung einer Handlung und in der Folge zu einem Zirkelschluss: Wer das Leben beenden will, ist suizidal, und wer suizidal ist, ist psychisch krank und kann daher nicht urteilsfähig sein, so die verkürzte Argumentation. Und ja: Wenn psychiatrische Fachpersonen die Urteilsfähigkeit begutachten müssen, wie es oftmals im Vorfeld assistierter Selbsttötungen der Fall ist, »ist die Feststellung der Urteilsfähigkeit schwierig, wenn der Wunsch zu sterben, Teil des zugrunde liegenden Syndroms ist«, so der einflussreiche und der assistierten Selbsttötung sehr kritisch gegenüberstehende Psychiater Paul Appelbaum (Appelbaum 2017: 316).

Mir geht es um das Recht auf autonome Entscheidung auch von Menschen, die psychosoziale Probleme haben. Wenn das Leben mit diesen psychosozialen Problemen als nicht mehr erträglich erlebt wird, dann wird sowohl von der konventionellen Psychiatrie wie auch von vielen Personen in der Sozialpsychiatrie-Community den betroffenen Personen das Recht abgesprochen, autonom über diesen Schritt zu entscheiden. Daran reibe ich mich. Als die Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften vor wenigen Jahren neue Leitsätze im Zusammenhang mit der Sterbehilfe im Gesundheitswesen publizierte, welche auch Menschen mit psychischen Problemen einschloss, reagierten große Teile der medizinischen Fachwelt mit drastischer Ablehnung.

»Jegliche Objektivität und jegliche gemeinsame Subjektivität im Hinblick auf die Frage, ob das Leiden unerträglich ist, werden somit auf dem Altar des Grundsatzes der Autonomie geopfert.« (Ducor & Kiefer 2018: 911)

Als in Deutschland das höchste Gericht, das Bundesverfassungsgericht, neue rechtliche Grundsätze im Umgang mit Sterbehilfe anmahnte, schrieb Michael Wunder in den Sozialpsychiatrischen Informationen, das Gericht habe »im Widerspruch zu den überwiegenden Erfahrungen in der psychiatrischen, psychotherapeutischen und sozialpädagogischen Praxis den Suizid als Freiheitsrecht verklärt« (Wunder 2021).

Aus der Perspektive von Menschen mit Behinderungen stellt die hier geforderte Ausklammerung psychischer Probleme als legitimes Motiv einer Selbsttötung eine grundlegende Diskriminierung dar. Menschen mit körperlichen Krankheiten wird die assistierte Selbsttötung am Ende eines ausführlichen Beratungsprozesses zugestanden, Menschen mit schweren und langwierigen psychosozialen Beeinträchtigungen nicht. Dies widerspricht dem Nichtdiskriminierungsgebot der UN-BRK eindeutig. Wenn Menschen mit schweren und unerträglichen psychosozialen Leiden dieser Schritt verwehrt wird, ist das meines Erachtens mit einer sozialen Psychiatrie nicht vereinbar.

Der Widerspruch liegt für mich klar auf der Hand: Wir fördern Recovery und Empowerment, damit Menschen mit psychosozialen Problemen ihre Angelegenheiten wieder selbst regeln und die damit verbundenen Entscheidungen selbst treffen. Recovery bedeutet auch, Risiken einzugehen und nicht von vornherein alles auszuschließen, was möglicherweise zu problematischen

Situationen führt. Als »positive Risk-Taking« wird dieser Aspekt des Recovery-prozesses im englischen Sprachraum bezeichnet (Burr & Richter 2017).

Außerdem wollen wir in der Sozialpsychiatrie weg von einer paternalistischen Haltung, die suggeriert, sie wisse, was gut für die betroffene Person ist. Das bedeutet schlussendlich jedoch, dass wir den betroffenen Personen zugestehen müssen, dass sie Entscheidungen treffen, die uns nicht gefallen – im besonderen Falle der Sterbehilfe eben auch die Entscheidung für den Tod. Es geht nicht, zu sagen: Nimm dein Leben wieder in die eigenen Hände, aber nur so lange, wie es mir passt.

Nicht zuletzt gilt es, das Krankheitskonzept des Suizids zu hinterfragen. Es ist durchaus möglich, einen Suizid aus rationalen Gründen zu begehen – der in der oben eingeführten Terminologie eine Selbsttötung ist (vgl. Stefan 2016). In jüngerer Zeit gibt es zunehmende Kritik an den sogenannten psychologischen Autopsiestudien, welche im Nachhinein nach psychischen Ursachen eines Suizids suchen und diese bei 70–90 Prozent der Fälle auch finden. Aus methodischer Sicht sind derartige retrospektive Studien höchst zweifelhaft (Hjelmeland et al. 2012); wissenschaftlich adäquate Studien, die prospektiv durchgeführt werden, finden interessanterweise bis heute keine stabilen Prädiktoren für einen Suizid (Franklin et al. 2017).

Aus epidemiologischer Sicht sind ebenfalls Zweifel an einer ausschließlich pathologisierenden Perspektive angebracht. Soziale Entwicklungen, wie beispielsweise die Finanzkrise Ende des 2000er-Jahrzehnts, haben etwa in Griechenland (Economou et al. 2011) oder in Spanien (Lopez Bernal et al. 2013) zu deutlich erhöhten Suizidraten geführt.

In der deutschen Geschichte gibt es mit der Wiedervereinigung der beiden deutschen Staaten DDR und BRD eine Vergleichsmöglichkeit, die einen umgekehrten Zusammenhang nahelegt (von den Driesch 2021). Die Suizidraten auf dem Gebiet der früheren DDR waren schon vor dem Zweiten Weltkrieg deutlich höher als im Westen und blieben dort während des sozialistischen Regimes hoch. Allerdings wurden die hohen Suizidraten geheim gehalten und auch internationalen Organisationen wie der WHO nicht gemeldet, da diese Zahlen nicht ins Bild eines funktionierenden Sozialismus passten. Mit der Wiedervereinigung nach 1990 sanken die Suizidraten auf dem Gebiet der früheren DDR dramatisch und glichen sich in den letzten Jahren den ebenfalls sinkenden Zahlen im Westen an. Angesichts der sozioökonomischen Krisen-

jahre nach der Wende und den bis heute anhaltenden Unterschieden zwischen Ost und West kann nicht von einer ebenfalls deutlich sinkenden psychosozialen Belastung der Menschen auf dem Gebiet der früheren DDR ausgegangen werden. Das heißt, die Senkung der Suizidraten in Ostdeutschland ist aller Wahrscheinlichkeit nach nicht auf eine dramatisch verbesserte psychische Gesundheit der dort lebenden Menschen zurückzuführen.

Im Diskurs über Behinderungen wird die pathologisierende Sicht auf Suizidalität als eine epistemische Ungerechtigkeit erlebt. Das an anderer Stelle noch näher erläuterte Konzept der epistemischen Ungerechtigkeit (s. S. 16) bedeutet, dass etwaige andere Perspektiven der betroffenen Personen keine Berücksichtigung und auch kein Gehör im wissenschaftlichen, politischen oder rechtlichen Raum finden. Analog zum Rassismus wird in diesem Diskurs eine Diskriminierung durch Nichtbehinderte (»ableism«) und Gesunde (»sanism«) beschrieben, aber eben auch durch Menschen, die nicht suizidal sind (Baril 2020). Viele Menschen mit suizidalem Erleben lehnen eine pathologisierende Sichtweise ihrer Gedanken und Gefühle ab.

Der Vollständigkeit halber muss erwähnt werden, dass die assistierte Selbsttötung in der Betroffenenbewegung durchaus umstritten ist. Immer wieder wird befürchtet, die assistierte Selbsttötung könne Menschen mit Behinderungen, die sich sorgen, ihre zu Familie belasten und Kosten zu verursachen, als Ausweg erscheinen oder sogar nahegelegt werden. Empirisch gesehen ist diese Befürchtung jedoch wenig begründet. Wenngleich einschlägige Studien im Zusammenhang mit psychosozialen Problemen nicht vorhanden sind, zeigen Daten im Zusammenhang mit körperlichen Krankheiten, dass die assistierte Selbsttötung in erster Linie von Menschen mit einem hohen Sozialstatus, ausgeprägter Individualität sowie ohne religiöse Bindung gesucht wird (Battin et al. 2007; Steck et al. 2018). Sozialer Druck, so lässt sich aus diesen Studien extrapolieren, spielt dabei offenbar keine große Rolle.

Schlussfolgerung: das Entscheidungsdilemma der Sozialpsychiatrie

Sowohl die Kontroverse um die Anwendung von Zwangsmaßnahmen wie die um die Sterbehilfe kreisen um die Frage der Autonomie von Menschen, die wir als »schwer psychisch krank« diagnostizieren. Wie viel Entscheidungsspielraum gestehen wir ihnen zu? Ist es gerechtfertigt, Menschen mit »schweren psychischen Krankheiten« anders zu behandeln als Menschen mit körperlichen Krankheiten, die ja teilweise ebenfalls Probleme haben, krankheitsbezogene Entscheidungen zu treffen?

Diese Fragen führen die Psychiatrie, aber vor allem auch die Sozialpsychiatrie in ein Dilemma: Einerseits sollen Menschen mit ausgeprägten psychosozialen Problemen möglichst selbstständig und autonom über ihre Belange entscheiden. Andererseits kann die psychische Störung zu Entscheidungen führen, die nicht im Interesse der Person sind. Im Kern geht es um die Frage, was als pathologisch gilt und ob eine »Krankheit« oder »Störung« als Legitimation für einen Eingriff in die Menschenrechte angeführt werden kann, als den die UN-BRK Zwangsmaßnahmen eingestuft hat.

Der britische Psychiater George Szmukler hat in jüngerer Zeit verschiedentlich vorgeschlagen, diese Legitimationsprobleme auf rechtlichem Wege zu lösen. Er schlug ein gemeinsames Recht (»fusion law«), das nicht zwischen psychischen und nichtpsychischen Krankheiten unterscheidet, sondern zwischen urteilsfähig und nichturteilsfähig (Dawson & Szmukler 2006; Szmukler 2018), vor. Letztlich hat sich sein – aus meiner Sicht durchaus nachvollziehbares Argument – aber vor allem in der Psychiatrie nicht durchsetzen können. Welche Legitimationsgründe in der Psychiatrie für Maßnahmen gegen den Willen einer Person im Detail angeführt wurden und immer noch werden, damit befasst sich das nachfolgende Kapitel ausführlich.