

Einleitung: Menschenrechte und Zwang in der psychiatrischen Versorgung – Konzepte, Daten und Begrifflichkeiten

In den folgenden Kapiteln werde ich zu begründen versuchen, warum Zwang in der psychiatrischen Versorgung nicht länger gerechtfertigt werden kann und aufzeigen, wie eine Psychiatrie ohne Zwang aussehen könnte. Ich räume es ungern ein, aber auch ich habe als Pflegefachmann in den 1980er-Jahren auf geschlossenen Stationen gearbeitet und an körperlichen Zwangsmaßnahmen wie Fixierung und Zwangsmedikation teilgenommen. Die Mitwirkung an diesen Maßnahmen habe ich gehasst. Es war nicht nur das Risiko, selbst körperlich in Mitleidenschaft gezogen zu werden, was es unangenehm machte, die Zwangsmaßnahmen widersprachen zutiefst meinen persönlichen und beruflichen Überzeugungen. Gleichwohl konnte ich es vor mir selbst rechtfertigen, da es sich ja um Menschen mit psychischen Erkrankungen handelte, die für sich oder für andere eine Gefahr darstellten. Fast alle Mitarbeitenden waren davon überzeugt, dass die Zwangsmaßnahmen letztlich dem Wohle der Patientinnen und Patienten dienten. Seinerzeit gab es kaum jemanden, der an dieser Praxis zweifelte. Gewalt auszuüben und Gewalt zu erleben, erschienen als notwendige Übel, wenn man in psychiatrischen Kliniken arbeitete. Es gab zudem – wie auch seinerzeit schon festgestellt wurde – bis weit in die 1990er-Jahre so gut wie keine empirische Forschung, auf deren Basis die Praxis des psychiatrischen Zwangs hätte infrage gestellt werden können (Lidz 1998).

Einige wenige Autorinnen und Autoren, beispielsweise der einflussreiche und zugleich umstrittene Psychiater und Psychoanalytiker Thomas Szasz, bezweifelten die Legitimität eines staatlichen Eingriffs als solchen aus einer eher rechtslibertären Position heraus (Szasz 1997, 2007). Seine Begründung: »Psychische Krankheiten« seien keine Krankheiten, da sie nicht – wie körperliche Krankheiten – organische Schäden aufweisen. Damit entfalle auch die Legitimation für Zwangsmaßnahmen gegen Menschen, die als »psychisch krank« diagnostiziert werden.

Szasz hat, wie der deutsche Philosoph Thomas Schramme (2019) feststellte, sicher die richtigen Fragen gestellt. Viele der von ihm gestellten Fragen – Ist Zwang legitimierbar? Was ist eigentlich eine »psychische Krankheit«? – werden in diesem Buch wieder auftauchen. Allerdings war Szasz auch ein Kind seiner Zeit, der viele seiner Thesen gar nicht erst empirisch zu begründen versuchte. Die von ihm beispielsweise postulierte strikte Trennung von körperlichen und psychischen Phänomenen gilt heute als widerlegt: Psychische Phänomene sind nicht ohne physische Vorgänge vorstellbar. Wir fragen uns heute sogar, ob wir überhaupt noch von einer menschlichen Psyche sprechen können – doch davon im Verlauf des Buchs mehr.

Die empirische Forschung in den Neurowissenschaften und in der Psychologie hat viele Sachverhalte, die für die Frage der Legitimation von Zwang relevant sind, in den letzten beiden Jahrzehnten untersucht. Zahlreiche Studien lassen mindestens erhebliche Zweifel an der Zwangsanwendung in der Psychiatrie erwachsen. Die Forschungsansätze und -ergebnisse werde ich später noch eingehend erläutern. Aus meiner Sicht delegitimieren sie psychiatrische Maßnahmen gegen den Willen der davon betroffenen Personen. Um nur zwei zentrale Sachverhalte zu benennen:

- Wir können psychische Krankheiten nicht valide definieren und von gesunden Zuständen abgrenzen, also kann eine psychische Erkrankung nicht der Grund für eine Zwangsmaßnahme sein.
- Die Studien legen keinesfalls nahe, dass Zwangsmaßnahmen überwiegend dem Wohle der davon betroffenen Menschen dienen.

Im Kern geht es mir darum, aufzuzeigen, dass psychiatrisch Tätige die von ihnen selbst aufgestellten ethischen und medizinischen Kriterien für die Rechtfertigung von Zwang nicht erfüllen können. Es gibt lediglich tradierte Vorstellungen, was bei aggressivem Verhalten zu tun ist – und eine vom Staat übertragene Ordnungsfunktion.

Die unfreiwillige Absonderung von Menschen mit bestimmten Verhaltensweisen, die von ihren Mitmenschen nicht toleriert wurden, ist seit dem Mittelalter in Europa überliefert. Es gab, wie der Soziologe und Historiker Andrew Scull in seiner Kulturgeschichte der »Verrücktheit« berichtet, bereits ab dem 13. oder 14. Jahrhundert einzelne Institutionen, welche solche Menschen internierten (Scull 2015). Der massive Ausbau derartiger Institutionen

geschah allerdings erst viele Jahrhunderte später, wie noch ausführlicher dargestellt werden wird.

Zwang in der psychiatrischen Versorgung ist bis heute ein fundamentales Problem. Es gibt Hinweise, etwa aus der Schweiz, dass Unterbringungen gegen den Willen der Betroffenen in psychiatrischen Einrichtungen in den letzten Jahren zugenommen haben (Obsan 2022). Das überrascht, weil die Anwendung von Zwang in der psychiatrischen Versorgung in den letzten zwanzig Jahren einer massiven und zunehmenden Kritik ausgesetzt war. Hintergrund ist die im Jahr 2006 verabschiedete Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderungen der Vereinten Nationen, nachfolgend UN-BRK genannt, welche die Anwendung von Maßnahmen gegen den Willen von Menschen mit körperlichen und seelischen Behinderungen als eine Verletzung von Menschenrechten einstuft. Obwohl einzelne Textpassagen der von nahezu allen Staaten der Welt ratifizierten Konvention nicht ganz eindeutig sind und in Teilen auch kontrovers diskutiert werden (Della Fina et al. 2017), ist die Zielrichtung klar: Es geht letztendlich um die Abschaffung von Zwang in der Versorgung von Menschen mit Behinderungen.

Die Veröffentlichung der UN-BRK sowie verschiedener weiterer Dokumente aus dem Umkreis der Menschenrechtsbewegung in den Vereinten Nationen haben eine massive Diskussion darüber ausgelöst, ob und wie Maßnahmen gegen den Willen von Menschen psychiatrisch begründet werden können. Insbesondere aus den internationalen medizinischen Berufsverbänden kam erheblicher Widerstand gegen die Konvention. Dieser Widerstand wurde noch durch den Umstand verstärkt, dass der besondere Berichterstatter (»Rapporteur«) der Vereinten Nationen psychiatrische Zwangsmaßnahmen als Folter einstufte (UN General Assembly 2013). Gegen das Ziel der Abschaffung von Zwang wurden sowohl klinische wie auch menschenrechtliche Argumente vorgebracht. Aus einer klinischen Sicht sind »psychische Störungen« mit einem Risiko der verminderten Urteilsfähigkeit verbunden, was Maßnahmen gegen den Willen der Person rechtfertigen könne. Aus menschenrechtlicher Perspektive wird argumentiert, dass durch Zwangsmaßnahmen das Recht auf Gesundheit oder das Recht auf Leben geschützt werden können (Freeman et al. 2015). Doch was genau ist psychiatrischer Zwang eigentlich?

Psychiatrischer Zwang: ein Definitionsversuch

Gemeinhin wird unter psychiatrischem Zwang jede Maßnahme gegen den Willen einer Person verstanden, welche notwendigerweise mit dem Vorliegen einer diagnostizierten psychischen Störung, eines psychischen »Schwächezustands« oder einer Intelligenzminderung begründet wird. Dabei reicht das Vorliegen einer psychiatrischen Diagnose allein zur Begründung einer Zwangsmaßnahme nicht aus. Insbesondere wenn es um formaljuristische Begründungen geht, braucht es für eine hinreichende Legitimation in aller Regel zusätzlich ein Gefahren- oder Risikopotenzial für die eigene Person oder andere Personen, das bereits eingetreten ist oder das mit hoher Wahrscheinlichkeit erwartet wird. Die Begründungen unterscheiden sich von Land zu Land erheblich.

Das hat auch damit zu tun, dass sehr unterschiedlich auf den psychiatrischen Zwang geblickt wird. Bis heute fehlt eine allgemein anerkannte Taxonomie von Zwangsmaßnahmen, also ein Klassifikationsschema, das hilft, verschiedene Aspekte von Zwang auseinanderzuhalten. Üblicherweise wird im Rahmen von psychiatrischem Zwang von formellem und informellem Zwang ausgegangen (Gooding et al. 2020).

Formeller Zwang bedeutet eine juristische Entscheidung auf der Basis einer medizinischen Einschätzung. Je nach Rechtsprechung und Sachverhalt kann es zu einer gerichtlichen Anhörung und einer juristischen Entscheidung kommen, oftmals ist jedoch auch eine ärztliche Anordnung allein schon rechtlich bindend. Aufgrund juristischer oder ärztlicher Entscheidung kann eine Person gegen ihren Willen in eine Klinik eingewiesen werden. Dort kann sie sich, unter gewissen Umständen, auch weiteren Zwangsmaßnahmen ausgesetzt sehen, etwa einer Fixierung mit Gurten, einer Isolation in einem abgesonderten Raum oder einer Injektion mit sedierenden Medikamenten gegen ihren Willen. Die rechtlichen Voraussetzungen hierfür sind in jedem Land unterschiedlich und teilweise auch innerhalb eines Landes uneinheitlich, beispielsweise aufgrund der föderalen Strukturen in Deutschland oder der Schweiz.

Informeller Zwang, der im Englischen auch »Soft Coercion« genannt wird (Allison & Flemming 2019), geht nicht mit formellen medizinischen oder juristischen Maßnahmen einher. Hier wird in der Regel von Fachpersonen

oder von gesetzlichen Vertretungen kommunikativer Druck auf eine Person ausgeübt, um ein bestimmtes Verhalten zu erreichen (Hotzy & Jaeger 2016). Viele formell freiwillige Aufenthalte in Kliniken basieren auf solch informellem Zwang. Das kann ein Hinweis sein, bei Gericht eine entsprechende Anordnung durchzusetzen, wenn die Aufnahme in die Klinik nicht freiwillig erfolgt, aber auch Drohungen mit körperlicher Gewalt kommen vor, selbst wenn sie formal unzulässig sind (BBC 2022). Der Hinweis auf möglicherweise zu erfolgenden formellen Zwang und die Tatsache, dass Psychiatriemitarbeitende in der Regel über die Mittel verfügen, ihren Drohungen auch Taten folgen zu lassen, verschränken formellen und informellen Zwang – was es nicht einfacher macht, psychiatrischen Zwang zu definieren.

Daneben gibt es eine weitere Form von Zwang im psychiatrischen Versorgungssystem, die bis jetzt jedoch kaum so wahrgenommen wurde und – soweit ich recherchiert habe – auch noch nie so beschrieben wurde. Es handelt sich um sozialen Zwang, mit dem der Bereich der psychiatrischen Rehabilitation quasi täglich konfrontiert wird.

Sozialer Zwang wird dann angewendet, wenn aus administrativer Perspektive gewisse Entscheidungen für Personen getroffen werden, die sie in bestimmte Lebenssituationen zwingen. Dies geschieht beispielsweise dann, wenn gesetzliche Vertretungen oder Kranken- und Rentenversicherungen Menschen bestimmte Unterstützungsleistungen vorenthalten. Dies kann zum Beispiel bedeuten, nicht im ersten Arbeitsmarkt Fuß fassen zu können, sondern in einer Werkstatt für Menschen mit Behinderungen arbeiten zu müssen. In ähnlicher Weise kann es an Angeboten zur Unterstützung in der eigenen Wohnung fehlen, sodass jemand in einer betreuten Wohngemeinschaft leben muss. Abbildung 1 (S. 12) fasst die Sachverhalte der verschiedenen Zwangstypen zusammen.

Das Ausmaß der Zwangsmaßnahmen

Ich beschränke mich in meiner Analyse auf die Schweiz und auf Deutschland, da dies die Länder sind, deren psychosoziale Versorgungsstrukturen mir am vertrautesten sind. Es ist davon auszugehen, dass psychiatrischer Zwang pro Jahr in der Schweiz mehrere Zehntausend und in Deutschland mehrere

ABBILDUNG 1 Formen von Zwang in der psychiatrischen Versorgung

Zwangs-Typ	Mittel	Ergebnis	Beispiele
Formell	Medizinisch-rechtliche Entscheidung	Verlust von Freiheit und Autonomie	Zwangseinweisung, Fixierung, Isolation, Zwangsbehandlung
Informell	Drohende und druckerzeugende Kommunikation	Verlust von Autonomie	Formal freiwillige, aber erzwungene Einnahme von Medikamenten mit dem Hinweis, dass ansonsten eine formale Zwangsmaßnahme erfolgen könnte
Sozial	Medizinisch-administrative Entscheidung	Vorenthalten von sozialen Entwicklungsmöglichkeiten und Gelegenheiten	Entscheidung einer Behörde oder einer gesetzlichen Vertretung für eine bestimmte Wohnsituation gegen den Willen der betroffenen Person

Hunderttausend Personen betrifft. Die Datenlage ist insbesondere in föderal organisierten Staaten wie der Schweiz oder Deutschland recht schwierig zu recherchieren und oftmals uneinheitlich, was aus meiner Sicht ein Skandal ist. Darüber hinaus sind internationale Vergleiche schwierig, da die rechtlichen Instrumente unterschiedlich restriktiv und gravierend ausfallen können. Klar ist auch, dass informeller Zwang sowie zu weiten Teilen sozialer Zwang kaum standardisiert erfasst werden.

Hinzu kommt, dass viele Maßnahmen durch Zustimmung einer rechtlichen Betreuung (in Deutschland) oder einer Beistandschaft (in der Schweiz) legitimiert werden und damit formaljuristisch nicht gegen den Willen einer Person erfolgen.

Auch bei der Ausübung einer gesetzlichen Vertretung gibt es große Unterschiede. Im Rahmen der Reform des deutschen Betreuungsrechts, die zum 01.01.2023 in Kraft getreten ist, wurde etwa das Konstrukt des Wohls der Person zugunsten der Wünsche der Person ersetzt (Braun et al. 2022), um dem aus der UN-BRK erwachsenden Wunsch- und Wahlrecht Rechnung zu tragen. Rechtliche Betreuende sind seither verpflichtet, die Wünsche der Betreuten zu berücksichtigen. Dazu wurde das Konstrukt der unterstützten Entscheidungsfindung entwickelt, zu dessen Umsetzung erste Vorschläge entwickelt wurden (Tolle & Stoy 2023).

Die in der Schweiz von der Konferenz für Kinder- und Erwachsenenschutz zuletzt publizierten Daten legen nahe, dass im Jahr 2020 14 von 1000 in der Schweiz lebende erwachsene Personen unter einer Beistandschaft standen, in welcher Ausprägung auch immer (KOKES 2021). Für Deutschland stehen keine bundesweiten Daten zur Verfügung. Im an die Schweiz grenzenden Bundesland Baden-Württemberg lag die berichtete Rate der gesetzlichen Betreuungen im gleichen Jahr in ähnlicher Höhe, bei 13 von 1000 erwachsenen Personen (KVJS 2022).

Viele dieser Menschen leben in einer »besonderen Wohnform«, wie stationäre Einrichtungen (Heime, ambulante Wohngruppen etc.) heute genannt werden. In Deutschland waren es im Jahr 2020 insgesamt 194.000 Menschen, davon 55.800 Menschen mit einer »seelischen Behinderung« (BAGÜS 2022; eig. Berechnungen). Gemäß den Ergebnissen einer Vergleichsstudie von Wohnbedingungen in Deutschland konnten etwas weniger als 50 Prozent der an dieser Studie teilnehmenden Befragten in der »besonderen Wohnform« nicht vollständig allein entscheiden, in welcher Wohnform sie leben wollten. Aber auch im ambulanten Setting hatten nicht alle Befragten den Eindruck, sie könnten über ihre Wohnform selbst entscheiden. Hier betrug der Anteil immerhin noch 21 Prozent (Wienberg & Steinhart 2021).

In der Schweiz gab es im Jahr 2020 nach Angaben des Branchenverbandes INSOS knapp 22.000 Wohnheimplätze (INSOS 2021). Unklar ist jedoch, wie viele von Menschen mit psychosozialen Problemen genutzt wurden und ob sie dort gegen ihren Willen wohnten.

In der Schweiz können Zwangsmaßnahmen gegen Menschen mit »psychischen Störungen« gemäß den Richtlinien der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften und im Einklang mit gesetzlichen Re-

gelungen in Notfallsituationen angewendet werden, »wenn eine erhebliche Selbst- oder Fremdgefährdung als Folge der bestehenden Krankheit vorliegt (Art. 435 ZGB)« (SAMW 2018). Zudem »können im Rahmen einer FU [Fürsorgerischen Unterbringung, DR] außerhalb der Notfallsituation, gestützt auf Art. 434 ZGB, länger dauernde Zwangsmaßnahmen, in der Regel medikamentöse Behandlungen, ärztlich angeordnet werden«. Diese Regelungen gelten ausschließlich für den medizinischen Bereich. Darüber hinaus können behördliche Unterbringungen durch die kantonalen Kinder- und Erwachsenenschutzbehörden (KESB) angeordnet werden. Dies betrifft vornehmlich Unterbringungen in besonderen Wohnformen und in Pflegeheimen.

Im Jahr 2020 wurde in der Schweiz eine fürsorgerische Unterbringung 16.000-mal registriert. Knapp 30 Prozent dieser Unterbringungen gegen den Willen betrafen Menschen mit einer Diagnose »Schizophrenie«, 18 Prozent Menschen mit einer affektiven Störung und 16 Prozent Menschen mit einer demenziellen Störung. Das Schweizerische Gesundheitsobservatorium OBSAN, das diese Daten veröffentlichte, berichtet über einen Anstieg der Unterbringungen in den letzten Jahren (Obsan 2022). Dieser Anstieg ist nach meinen Berechnungen nicht allein demografisch bedingt.

Für Deutschland insgesamt wurden Daten zuletzt für 2015 vorgelegt. Demnach waren 116.000 Maßnahmen nach Betreuungsrecht und 84.000 Maßnahmen nach den Unterbringungsgesetzen der Länder registriert worden (Deutscher Bundestag 2017). Bezogen auf die Bevölkerung war die Zahl der Maßnahmen damit in Deutschland höher als in der Schweiz. Dieser Unterschied wurde auch in einer internationalen Vergleichsstudie gefunden, wo Deutschland mit Österreich und Australien zu den Ländern mit den meisten Zwangseinweisungen gehörte (Sheridan Rains et al. 2019).

Die neuesten Daten spezifisch für die psychiatrische Versorgung sind im Rahmen einer Untersuchung der Auswirkungen der Coronapandemie für das Bundesland Baden-Württemberg publiziert worden (Flammer et al. 2022). Demnach stieg die absolute Anzahl der Zwangseinweisungen im Südwesten Deutschlands von ca. 13.000 auf 13.800. Während die Aufnahmezahlen insgesamt während des ersten Pandemiejahres zurückgingen, erhöhte sich die Rate der Menschen mit einer unfreiwilligen Unterbringung von 12 auf 14 Prozent. Natürlich erleben nicht alle Personen, die gegen ihren Willen untergebracht werden, auch weitergehende Zwangsmaßnahmen wie eine Fixierung, eine

Isolation oder ein körperliches Festhalten. Den veröffentlichten Daten zufolge stieg aber der Anteil von 6,5 auf 8 Prozent aller stationären Fälle in den in die Studie eingeschlossenen psychiatrischen Einrichtungen.

Damit ist der Anteil allerdings niedriger als in der Schweiz. In einer Vergleichsstudie in fünf Kantonen mit Daten aus den Jahren 2017 bis 2019 erfuhren knapp 10 Prozent aller Aufnahmen eine Zwangsmaßnahme (Spiess et al. 2022). Bemerkenswert ist, dass dieser Anteil im Kanton Basel-Landschaft (14 %) mehr als doppelt so groß war wie im Kanton Waadt (6,6 %). Sowohl in dieser Untersuchung als auch in der bereits zitierten Studie aus Baden-Württemberg war die am häufigsten angewendete Zwangsmaßnahme die Isolation. Zwangsmedikationen erfolgten in Deutschland deutlich seltener als in der Schweiz.

Eine generelle methodische Schwierigkeit bei diesen Studien besteht in der uneinheitlichen Erfassung von Zwangsmaßnahmen in den verschiedenen Sektoren der Versorgung. So wird in der Regel die forensische Unterbringung nicht in der Versorgungsforschung berücksichtigt. Eine entsprechende Auswertung von Daten aus verschiedenen europäischen Staaten, wozu die Schweiz leider nicht gehörte, hat gezeigt, dass in den Niederlanden und in Belgien vergleichsweise viele Menschen forensisch untergebracht sind. Deutschland gehörte dabei zum Mittelfeld (Tomlin et al. 2021). Dabei ist auch in Rechnung zu stellen, dass sehr unterschiedliche Rechtstraditionen in den verschiedenen Ländern herrschen (Beis et al. 2022). In den Niederlanden beispielsweise ist die Unversehrtheit des menschlichen Körpers ein vergleichsweise hohes Rechtsgut, weshalb Zwangsmedikationen hier traditionell eher weniger vorkommen.

In Deutschland waren im Jahr 2017 ungefähr 10.000 Menschen in einer forensisch-psychiatrischen Einrichtung untergebracht (Müller 2019); man kann davon ausgehen, dass die allermeisten Personen dort gegen ihren Willen behandelt wurden. Für die Schweiz liegen nur Daten über Plätze in der Forensik vor. Demnach gab es im Jahr 2016 etwas mehr als sechshundert Plätze (Müller et al. 2017). Die mittlere Aufenthaltsdauer betrug in Deutschland ungefähr neun Jahre, damit gehörte man zum oberen Drittel in Europa.

Die Begrifflichkeiten

Im Verlauf dieses Buches versuche ich, Begrifflichkeiten zu verwenden, welche auch Menschen berücksichtigen, die sich nicht als »krank« definieren, selbst wenn sie möglicherweise Unterstützungsbedarf haben. Damit möchte ich etwas vorbeugen, was in der Medizinethik und in der Erkenntnistheorie als »epistemische Ungerechtigkeit« beschrieben wird (Fricker 2007). Epistemische Ungerechtigkeit kann dann entstehen, wenn Menschen erleben, dass ihre spezifischen Sichtweisen und Wissensbestände nicht angemessen gewürdigt werden. Dies geschieht beispielsweise, wenn Menschen mit psychosozialen Problemen als »behindert« oder »krank« etikettiert werden, sich selbst aber nicht als krank oder behindert erleben. Eine solche Terminologie steht in der Gefahr, einem »Ableismus« Vorschub zu leisten. Der Begriff »Ableismus« ist aus dem Englischen abgeleitet, wo »ableism« eine Diskriminierung von Menschen benennt, welche bestimmten Fähigkeitsnormen nicht entsprechen können (Buchner et al. 2015).

Um Diskriminierungen im Zusammenhang mit (psychischen) Krankheiten zu beschreiben, wird im Englischen auch der Begriff »sanism« gebraucht (Perlin 1992). Er wurde infolge einer Analyse von Stereotypen eingeführt, die in juristischen Verfahren und Artikeln sichtbar wurden. Dort wurden beispielsweise Menschen mit psychischen Erkrankungen als »schwach«, »faul«, »sexuell unkontrollierbar« und »gefährlich« bezeichnet, sie seien grundsätzlich nicht in der Lage, ihre Angelegenheiten selbst zu regeln.

In wissenschaftlichen Texten oder Fachbüchern setzen wir uns permanent der Gefahr aus, eine Ableism- oder Sanism-Sprache anzuwenden (Poole et al. 2012). Aus der psychiatrischen Stigmaforschung ist seit Langem bekannt, welche Folgen dies für die davon betroffenen Menschen haben kann. Eine Person, der wir ein Stigma zuschreiben, so schon der Soziologe Erving Goffman in seinem Grundlagenwerk zum Thema, werde nicht als gleich wertvoller Mensch angesehen (Goffman 1963). Dies hat, auch das ist von Goffman schon in den 1960er-Jahren ausführlich beschrieben worden, massive Auswirkungen auf das Leben und die soziale Identität. Wenn wir also von »psychisch Kranken« sprechen, so reduzieren wir die Identität dieser Menschen, indem wir das Menschsein verschwinden lassen – und kümmern uns zudem nicht um die Frage, ob die Personen sich selbst als krank sehen. Insofern werten wir ab und

weisen den betroffenen Personen ein bestimmtes Merkmal zu, das erniedrigend sein kann.

Selbstverständlich, und auch das hat Goffman seinerzeit schon beschrieben, benutzen wir diese stigmatisierenden Begrifflichkeiten in aller Regel nicht in der Absicht, zu stigmatisieren. Gerade in medizinischen oder psychosozialen Professionen ist es ja eigentlich unsere Vorstellung, dass wir mit unseren Handlungen und unserer Sprache unterstützen wollen. Gleichwohl müssen wir uns mit Personen auseinandersetzen, welche dies anders erleben. Es gibt Aktivistinnen und Aktivisten, die von uns Fachpersonen erwarten, dass wir mehr Sorgfalt in der Sprache üben. Und es ist von Vorteil, wenn von Betroffenen klar kommuniziert wird, welche Begriffe eher passen und welche nicht. Erste Handreichungen, wie Ableismussprache von Forschenden vermieden werden kann, sind bereits publiziert worden (Bottema-Beutel et al. 2021) – und ich versuche, mich, so gut wie möglich, daran zu orientieren, indem ich z. B. statt von »psychisch Kranken« von »Menschen mit psychosozialen Problemen« spreche.

Bei einer solchen Sprache, die auch im Deutschen mit einer englischen Begrifflichkeit als »Person-first Language« bezeichnet wird, wird davon ausgegangen, dass sie weniger stigmatisierend sei, da sie die Person und nicht die Problematik in den Vordergrund rücke (Volkow et al. 2021). Das muss aber nicht zwingend so gesehen werden, wie vornehmlich aus der Autismusbewegung kommuniziert wird. Dort wird im Sinne der noch verschiedentlich auch in diesem Buch verwendeten Neurodiversitätsterminologie eine »Identity-first Language« präferiert (Keating et al. 2022). Statt »Menschen mit Autismus« wird »Autistische Menschen« erwartet. Die Begründung: Autismus ist kein Defizit, das weniger stigmatisiert werden soll, sondern eine positiv besetzte Identität, etwas, auf das autistische Menschen stolz sein können. Und ebenso wie »Identity first« statt »Person first«, sollten – so die Ansicht vieler Betroffener – beispielsweise Begriffe wie »komorbid« durch »gemeinsam auftretend« (engl. »co-occurring«), »Symptome« durch »Erfahrungen« und »Behandlung« durch »Unterstützung« ersetzt werden (Monk et al. 2022).

Gegen diese offenkundige Entmedikalisierung der Sprache und gegen die Normalisierung der Phänomene regt sich jedoch Widerstand insbesondere aus Elternverbänden autistischer Menschen. Das Argument: Da die Autismus-Spektrum-Störung ein definiertes Krankheitsbild in den Klassifikationen der Psychiatrie sei, müsse es möglich sein, »wissenschaftlich akkurat« über

diese Störungsbilder und vor allem über die massiven Einschränkungen, Behinderungen und Defizite der betroffenen Personen zu sprechen (Singer et al. 2022). So gut ich diese Forderung aus Elternsicht nachvollziehen kann, so problematisch ist dies im Zusammenhang mit »Ableism« und »Sanism«, die es – so gut es geht – zu vermeiden gilt.

Vor diesem Hintergrund möchte ich einige grundlegende Begriffe definieren, die zu einer inklusiven und gleichzeitig Diversität ermöglichenden Sprache beitragen können. Als Erstes soll der Begriff »psychisches Phänomen« definiert werden.

Ein psychisches Phänomen beschreibt das, was jeder Mensch von sich selbst zu irgendeinem Zeitpunkt erlebt, beispielsweise schlecht gelaunt zu sein oder aber – im Gegenteil – vollkommen glücklich. Ein solcher Zustand kann aber auch heißen, Stimmen zu hören oder ein großes Verlangen nach Drogen zu haben. Wichtig in diesem Zusammenhang ist, dass noch keine – wie auch immer geartete – Wertung mit dieser Zustandsbeschreibung verbunden ist. Ein Zustand ist nicht notwendigerweise ein Problem. Aus einem psychischen Zustand kann aber ein »psychosoziales Problem« resultieren.

Das psychosoziale Problem ist der zweite Begriff, den ich hier einführen möchte. Ein psychosoziales Problem kann dann entstehen, wenn die Person negative Konsequenzen durch ihren Zustand erfährt und an diesem leidet. Es kann aber auch – und deshalb ist nicht nur von psychisch, sondern von psychosozial die Rede – eine soziale Folge sein, die mit dem Phänomen assoziiert ist, beispielsweise eine Trennung oder der Verlust des Arbeitsplatzes. Und schließlich können im sozialen Sinne weitere Personen betroffen sein, etwa durch aggressive Handlungen oder Vernachlässigung. Wenn diese Probleme irgendwo wahrgenommen werden – sei es von den Betroffenen selbst, ihren Angehörigen oder auch Institutionen wie der Schule oder der Polizei – können und müssen manchmal auch psychosoziale Unterstützungssysteme eingeschaltet werden.

Mir ist klar, dass der Begriff des »Problems« in gewisser Weise negative Konnotationen auslösen kann, die im Sinne von »Ableism« oder »Sanism« interpretiert werden können. Auch werden nicht immer alle Beteiligten von dem Vorliegen eines psychosozialen Problems sprechen wollen – auf diese Weise entstehen bekanntermaßen viele Konflikte in psychiatrischen Settings. Hinzu kommt, dass Unterstützungssysteme wie psychiatrische Dienste aktuell die Definitionsmacht darüber haben, was ein Problem ist und was keines. Eingedenk

dieser Schwierigkeiten werde ich den Begriff des »psychosozialen Problems« als Oberbegriff für »psychische Störungen« oder »psychische Krankheit« gebrauchen. Später werde ich noch genauer auf die damit verbundenen Wechselwirkungen von psychischen Zuständen und Problembeschreibungen eingehen (siehe das Kapitel »Psychische Erkrankung: Was ist das eigentlich?«).

Die psychosoziale Unterstützung ist der dritte Begriff, den ich einführen möchte. Damit soll jedwede Hilfe beschrieben werden, die Menschen mit einem psychosozialen Problem als potenzielle Lösung angeboten wird. In Erweiterung der »psychiatrischen Versorgung« sind damit nicht nur konventionelle Behandlungs- und Therapieverfahren gemeint, sondern auch nichtmedizinische Systeme wie Coaching (zum Beispiel Jobcoaching) oder Peersupport durch ebenfalls von psychosozialen Problemen betroffene Personen.

Diese Begrifflichkeiten sollen, soweit irgend möglich, angewendet werden. Die konventionellen Termini wie Krankheit, Störung oder Versorgung werden auf bestehende Sachverhalte angewendet und, wenn sie kritisch hinterfragt werden, in entsprechende Anführungszeichen gesetzt.

Der Plan des Buchs

Zunächst soll deutlich werden, dass psychiatrischer Zwang nicht länger zu rechtfertigen ist. Dabei werden die Legitimationsprobleme der Psychiatrie aufgezeigt. Daran schließt sich die Rekonstruktion der aktuellen Rechtfertigung von Zwang in der Psychiatrie an. Dabei wird gezeigt, dass diese im Lichte der Forschung keinen Bestand hat. Anschließend soll gezeigt werden, wie Zwang in der Psychiatrie überwunden werden kann. Dies geht, so meine Annahme, nur über eine grundlegende Neukonzeption des Krankheitskonzeptes, das zu diesem Zweck ausführlich beschrieben wird. Darüber hinaus wird sich die Unterstützung von Menschen mit psychosozialen Problemen verändern müssen. Zum Schluss werden die möglichen Folgen des Verzichts auf psychiatrische Zwangsmaßnahmen gegen den Willen von Menschen diskutiert, die in zahlreiche Dilemmata führen können. Aufgezeigt wird, wie sie mindestens zum Teil ausgeräumt werden können, damit wir uns auf den Weg zu einer psychosozialen Unterstützung ohne Zwang machen können.