

Psychosoziale Unterstützung ohne Zwang: Konsequenzen, Dilemmata und mögliche Auswege

Wenngleich die Diskussion um die von der UN-BRK geforderte Abschaffung von Zwang nach wie vor hohe Wellen schlägt, so ist die Forderung auch in professionellen Kreisen mitnichten neu. Bereits im Jahr 1999 publizierte die US-amerikanische Vereinigung der leitenden Personen staatlicher Psychiatrieprogramme ein Positionspapier, das den Gebrauch von Zwang zwar unter gewissen Umständen rechtfertigte, aber das Ziel formulierte, »den Gebrauch von Isolation und Fixation zu verhindern, zu reduzieren und schließlich zu eliminieren« (NASMHPD 1999). Dieser Forderung schlossen sich in den darauffolgenden Jahren viele professionelle Vereinigungen an (Zaami et al. 2020). Interessanterweise waren diese Forderungen zu der Zeit unumstritten. Dies lag möglicherweise daran, dass die Reduktion im Vordergrund stand und nicht die Elimination.

Der Streit begann mit der Forderung nach der Abschaffung von Zwang, so wie er auch in diesem Buch formuliert wird. Was würde denn geschehen, wenn Zwangsmaßnahmen nicht mehr erlaubt wären, wenn Menschen mit psychosozialen Problemen die volle Autonomie über ihr Leben zugestanden würde?

Der amerikanische Psychiater Paul Appelbaum, einer der vehementesten Kritiker der UN-BRK, befürchtet, dass dies zu Verurteilungen und Gefängnisaufenthalten für Menschen führen würde, die vormals als nicht schuldig galten (Appelbaum 2016). Viele Betroffene, die heute in forensischen Kliniken gegen ihren Willen behandelt werden, würden in Gefängnissen landen und oftmals keine psychosoziale Unterstützung bekommen.

Auch wenn ich Appelbaums Fundamentalopposition zur UN-BRK nicht teile, kritisiert er meines Erachtens zu Recht, dass die Befürwortenden der UN-BRK sich über diesen Sachverhalt ausschweigen. Und nicht nur Fremdgefährdung und kriminelles Verhalten werden nicht thematisiert, auch selbstgefährdendes und suizidales Verhalten nicht (Duffy & Kelly 2017). Damit tun die Verfechtenden der Konvention sich und der Sache keinen Gefallen, wie

ich finde. Sollten schwerwiegende Verbrechen von Menschen mit psychosozialen Problemen begangen werden, die gegen ihren Willen hätten behandelt werden können, so würden Öffentlichkeit und Medien dafür vermutlich kein Verständnis zeigen. Ähnliches würde wohl für den Suizid eines jungen Erwachsenen gelten, der in Kontakt mit psychiatrischen Diensten stand, aber mit Verweis auf die UN-BRK dort nicht festgehalten werden konnte.

An der bisherigen Diskussion über die Abschaffung von Zwang in der Psychiatrie fehlt mir daher die Analyse der offenkundigen Folgen und Probleme, die solch ein Schritt mit sich bringen würde. Welche Konsequenzen hätte dies für die forensische Psychiatrie? Wie gehen wir mit Menschen um, die sich das Leben nehmen wollen? Wie halten wir es mit Menschen, die eine demenzielle Entwicklung erleben?

Sollte die Abschaffung von Zwang eine Chance haben, müssen diese Dilemmata und die damit einhergehenden Schwierigkeiten adressiert und analysiert werden. Das soll nachfolgend – zumindest im Ansatz – geschehen. Im Einzelnen werden folgende Aspekte behandelt:

- die möglichen Folgen einer Selbstdeklaration als krank oder nicht krank;
- die möglichen Folgen einer präferenzorientierten psychosozialen Unterstützung, hier insbesondere der Umgang mit Fremdgefährdung, Selbstgefährdung und demenziellen Erkrankungen.

Folgen einer Selbstdeklaration als krank oder nicht krank

Zur Erinnerung: Die Fremddeklaration und -diagnose von »psychisch krank« basiert auf nicht ausreichend validen und teilweise willkürlichen Kriterien. Gleichwohl ist das Konzept einer »psychischen Krankheit« in der modernen Gesellschaft weitverbreitet und wird von vielen Menschen akzeptiert. Jedoch gibt es auch Menschen, welche dieses Konzept im Allgemeinen oder für sich in bestimmten Situationen nicht anerkennen. Das führt zu verschiedenen Problemen, wenn die heutigen Verhältnisse im Gesundheitswesen und in der Justiz vorausgesetzt werden.

Bleiben wir zunächst im Gesundheitswesen. Aktuell ist die Sachlage so, dass medizinische, therapeutische, psychologische, (zumeist auch) pflegeri-

sche und (unter Umständen auch) sozialarbeiterische Unterstützungsleistungen an eine medizinische Diagnose gebunden sind. Ohne Diagnose, also ohne die Feststellung einer Krankheit, wird keine Leistung im Gesundheitswesen von Sozialversicherungen übernommen. Dies gilt selbst im System der sozialen Hilfen. Ohne die Feststellung eines entsprechenden Gesundheitsproblems darf die ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health) eigentlich nicht angewendet werden (Kostanjsek et al. 2011).

Würde die Notwendigkeit einer Fremddeklaration einer psychischen Krankheit entfallen, würde sich die Frage stellen, ob das generell zu einer Leistungsausweitung und einem damit verbundenen Kostenanstieg führen könnte. Das ist meiner Ansicht nach nicht sicher. Zwar würden Personen Unterstützungen in Anspruch nehmen wollen, die heute ohne Diagnose nicht zugänglich sind. Entfallen würde aber mancher Besuch bei einer ärztlichen Fachperson und auch die Kosten für die Medikalisierung bestimmter sozialer Probleme würde sinken.

Gravierend wären die Folgen im Justizsystem. Bei Gerichtsverfahren würde es der angeklagten Person selbst überlassen, festzustellen, ob sie strafbare Handlungen im Rahmen einer »psychischen Krankheit« begangen hat. Sollte sie dies ablehnen, würde sie einem regulären Verfahren unterzogen werden, ohne dass eine verminderte Schuldfähigkeit zu ihren Gunsten von der Verteidigung eingebracht werden könnte. Entgegen vielen Mythen um die verminderte Schuldfähigkeit führt diese eben nicht zu kürzeren Strafen oder schnelleren Entlassungen (Perlin 2016). Da die Unterbringungen in forensischen Einrichtungen nicht terminiert sind, führt dies oft zu deutlich längeren Strafen. Nicht nur aus diesem Grund sind viele Betroffene nicht mit der Feststellung einer verminderten Schuldfähigkeit einverstanden.

Ein großes Dilemma entsteht durch die oftmals inadäquate psychosoziale Unterstützung in Strafanstalten. Psychosoziale Probleme sind dabei nicht unbedingt schon bei Antritt der Strafe vorhanden, auch die Haft selbst kann diese auslösen. Bekanntermaßen kommen Suizide in Gefängnispopulationen deutlich häufiger vor als in der Allgemeinbevölkerung (Fazel, Hayes et al. 2016). Diese Effekte sind insbesondere vor dem Hintergrund nicht erreichbarer Rehabilitationsziele zu sehen, mit denen Gefängnisaufenthalte immer noch begründet werden. Gefängnisstrafen haben so gut wie keine Auswirkung auf die Kriminalität, wie ältere (Gendreau et al. 1999) und neuere (Beckett & Gold-

berg 2022) empirische Arbeiten wiederholt festgestellt haben. Sie dienen allein dazu, Menschen für eine gewisse Zeit von anderen Menschen fernzuhalten. Sie helfen nicht, die bestraften Menschen von weiteren Straftaten abzuhalten.

Sollte eine Person sich für »psychisch krank« erklären, auf verminderte Schuldfähigkeit plädieren und zu einer Behandlung bereit sein, dann wäre sie gewissermaßen in freiwilliger psychiatrischer forensischer Behandlung, die mit einem Strafmaß kombiniert werden könnte. Freiwillige forensische Behandlungen sind bereits heute in der Schweiz in ambulanten Settings nicht unüblich (Krammer et al. 2020). Sicher würden jedoch auch stationäre Einrichtungen gebraucht, in denen freiwillige forensische Behandlungen möglich wären.

Schwierigkeiten können entstehen, wenn die Meinung der verurteilten Person sich ändert, dann ist die Frage, was gilt nun: krank oder nicht krank? Voraussetzungen, in denen die betreffenden Personen sich für diesen Fall festlegen, könnten hier unter Umständen aus dem Dilemma heraushelfen.

Folgen einer präferenzorientierten psychosozialen Unterstützung

Die präferenzorientierte psychosoziale Unterstützung würde die Zahl der Nutzenden evidenzbasierter therapeutischer Verfahren nicht zwingend in die Höhe schnellen lassen. Auch Menschen, die sich als krank deklarieren, könnten nicht evidenzbasierte Interventionen vorziehen. Andere Menschen würden von vornherein Coaching- oder Peerangebote präferieren, die konventionell nicht von Krankenversicherungen bezahlt werden. Und dann ist natürlich die Inanspruchnahme verschiedener Kombinationen aus evidenz- und nicht evidenzbasierten Angeboten denkbar.

Eine solche Entwicklung hätte vermutlich keine drastischen Konsequenzen für die psychische Befindlichkeit in der Allgemeinbevölkerung. Die derzeitigen konventionellen und evidenzbasierten psychiatrischen Interventionen haben, wie verschiedentlich festgestellt wurde, zu keiner Verbesserung der psychischen Gesundheit auf Bevölkerungsebene geführt (Ormel et al. 2022; Richter et al. 2019). Eine weniger evidenzbasierte Entwicklung dürfte daran wenig ändern.

Größer wären die Folgen möglicherweise für die Ökonomie. In der einschlägigen gesundheitsökonomischen Forschung geht man von Substitutionseffekten aus, wie sie etwa bei Homöopathika und Phytotherapeutika festgestellt wurden (Bauer et al. 2021). Die entscheidende Frage wäre dann, wer welche Leistungen finanziert. Müssten Krankenkassen allem zustimmen, was ihre Versicherten in Anspruch nehmen wollten, auch wenn sich die Versicherten nicht als »krank« einstufen? Oder wäre es Sache der Sozialversicherungen, nichtmedizinische Leistungen im engeren Sinne zu finanzieren?

Ein Ausweg könnte ein definierter Katalog von Leistungen sein, die von Menschen mit psychosozialen Problemen präferiert werden. Solch ein Verfahren wäre nicht ohne Beispiel. Schon heute können Versicherte Leistungen von Krankenversicherungen erstattet bekommen, die eher präferenz- denn als evidenzbasiert gelten. In der Schweiz etwa sind Leistungen der »Ärztlichen Komplementärmedizin« (Etter 2019) erstattungsfähig. Darunter fallen unter anderem die Akupunktur, die anthroposophische Medizin oder die Homöopathie. Auch in Deutschland wird die Homöopathie von einzelnen Krankenkassen bezuschusst.

Auch im Bereich der Sozialhilfe gibt es entsprechende Vorbilder. Im Kanton Bern etwa können Menschen mit Behinderungen sowohl Leistungen in definierten Bereichen als auch die Dienstleistenden demnächst frei wählen (BZ 2022). Um die Zahl der Nutzenden auf ein personell und finanziell leistbares Maß zu begrenzen, müssen sie sich einer Bedarfsabklärung unterziehen. Ein ähnliches Instrument besteht in Deutschland mit dem Persönlichen Budget (Sobota 2012).

Möglicher Umgang mit Fremdgefährdung

Entscheidend für die Akzeptanz eines präferenzorientierten Unterstützungssystems wird sein, wie mit Menschen mit psychosozialen Problemen umgegangen wird, die andere Menschen gefährden. Im Gegensatz zur weiter unten diskutierten Selbstgefährdung steht in der modernen Gesellschaft im Prinzip ein System zur Verfügung, das mit allen Menschen, die für andere eine Gefahr sind, umgehen kann. Polizei- und Justizinstitutionen sind grundsätzlich darauf ausgelegt, solch schwierige Personen und Situationen in den Griff zu

bekommen. Warum sollten Polizei und Justiz nicht auch mit Menschen zu-rechtkommen können, die heute wegen einer Fremdgefährdung gegen ihren Willen in eine psychiatrische Klinik eingewiesen werden? Ein grundsätzliches Gegenargument ist meiner Ansicht nach nicht ersichtlich, wenn denn entsprechende Unterstützungsmöglichkeiten vorgehalten würden, auf die auch Menschen einen Anspruch haben, die andere Menschen gefährden. Dass das nicht so ist, ist eines der grundlegenden Dilemmata, das zu lösen wäre, wenn eine psychosoziale Unterstützung ohne Zwang in psychiatrischen Settings umgesetzt werden sollte.

Ob sich dieses Dilemma im Rahmen der aktuell vorgehaltenen Justizeinrichtungen lösen lässt, da bin ich skeptisch. Es braucht vermutlich ein deutlich verändertes System im Umgang mit Strafen generell. Ich hatte bereits beschrieben, dass Strafen keine großen Auswirkungen auf die Straffälligkeit haben, sondern lediglich Menschen, die für andere ein gewisses Risiko darstellen, für eine bestimmte Zeit von Straftaten abhalten können. Diesen Umstand weiterdenkend, könnte ein möglicher Ausweg ein »Quarantänemodell« sein. Die US-amerikanischen Philosophen Gregg Caruso (Caruso 2021) und Derk Pereboom (Pereboom 2019) haben dieses Modell in den letzten Jahren als Gegenmodell zum Konzept der moralisch begründeten Strafen entwickelt, wie es vor allem in den Vereinigten Staaten immer wieder vertreten wird.

Hintergrund des Quarantänemodells ist die Diskussion um den freien Willen, den Caruso und Pereboom grundsätzlich infrage stellen. Sie vertreten dagegen den Ansatz des »Neuroexistenzialismus« (Caruso & Flanagan 2017). Diesem Ansatz zufolge sind alle Handlungen, Entscheidungen und Erfahrungen biologisch determiniert, eine Seele, ein Geist oder ein entsprechendes Bewusstsein als nichtphysisches Etwas existiert demnach nicht. »Das Universum ist kausal geschlossen und der Geist ist das Gehirn.« (Caruso & Flanagan 2017: 8) Unter dieser Voraussetzung wird im Neuroexistenzialismus gefolgert, dass Menschen keine moralische Verantwortung für ihre Handlungen tragen und deshalb für ihre Handlungen nicht bestraft werden dürfen. Allerdings dürften sich Menschen und Gesellschaften gegen Menschen wehren, die eine Gefahr oder ein Risiko für sie darstellen. So wie es während der COVID-19-Pandemie zulässig war, infizierte Menschen gegen ihren Willen unter Quarantäne zu stellen, sei es auch zulässig, Menschen mit psychosozialen Problemen von anderen Menschen fernzuhalten, wenn sie – etwa im Wiederholungsfall und

nach einschlägigen prognostischen Verfahren – eine Gefahr für andere Menschen sind.

Was das Quarantänemodell zudem anschlussfähig macht, ist die Überlegung, dass die Unterbringung zum einen nur mit den geringstmöglichen Einschränkungen erfolgen darf und zum anderen rehabilitativ ausgerichtet sein sollte. So fordert Caruso, die Rehabilitation nach dem menschenrechtlichen Capabilities-Ansatz von Martha Nussbaum und Amartya Sen zu organisieren (Nussbaum 2007). Capabilities sind Befähigungs- und Verwirklichungschancen, beispielsweise in Bezug auf körperliche Gesundheit, soziale Beziehungen und Kontrolle über das eigene Umfeld. Wie leicht nachvollziehbar ist, werden diese Befähigungs- und Verwirklichungschancen auch in der psychiatrischen Rehabilitation gefordert und als Voraussetzung für Inklusion und Recovery betrachtet (Richter 2018).

Darüber hinaus fordert Caruso, dass grundlegende soziale Bedingungen erfüllt sein sollten, wie etwa ein Recht auf Wohnen, Gesundheitsversorgung, ausreichendes Einkommen und anderes mehr. Diese Bedingungen sind nach seiner Ansicht Voraussetzung für die Prävention von Straftaten. Sie sind, nach meiner Überzeugung, zudem Bedingungen für die Prävention vieler psychosozialer Problemen und psychischer Probleme im engeren Sinne.

Ob und wie sich ein Quarantänemodell praktisch umsetzen lässt, dies ist unter den aktuellen Bedingungen sicher zweifelhaft. Aus der hier skizzierten Perspektive einer Psychiatrie ohne Zwang ist das Modell jedoch in verschiedener Hinsicht attraktiv. Zum einen wird auf die Feststellung einer »Störung« oder »Krankheit« verzichtet. Zum zweiten stehen rehabilitative Ziele im Vordergrund. Und drittens erfolgen Therapien ausschließlich auf freiwilliger Basis. Ein Strafcharakter psychosozialer Unterstützungsangebote muss vermieden werden.

Möglicher Umgang mit Selbstgefährdung

Im Gegensatz zur Fremdgefährdung gibt es bei existenziellen Selbstgefährdungen derzeit keine soziale Institution oder ein soziales System, das als Alternative zur psychiatrischen Klinik dienen könnte. Sollten Zwangseinweisungen also im Umgang mit Suizidalität alternativlos sein?

Die Ausgangslage kann so beschrieben werden (Wang & Colucci 2017):

- Zwangseinweisungen können das Leben von Menschen retten, die sich sicher ohne die Maßnahme suizidiert hätten;
- falsch positive Entscheide für Zwangsmaßnahmen sind unvermeidbar, da die Vorhersage eines Suizids nicht möglich ist;
- es ist wahrscheinlich, dass allein durch den Zwangscharakter in der aktuellen psychiatrischen Versorgung Menschen davon abgehalten werden, sich Unterstützung zu suchen, und unter Umständen einen Suizid begehen.

Das heißt: Eine mit der UN-BRK kompatible Alternative zu Zwangsmaßnahmen ist bei Suizidalität nicht in Sicht.

Erschwerend kommt zudem hinzu, dass nach Studienlage medikamentöse Behandlungen (Huang et al. 2022) genauso wenig wie psychosoziale Interventionen suizidale oder selbstgefährdende Handlungen verhindern (Itzhaky et al. 2022). Gleiches gilt für psychotherapeutische Verfahren (Teismann & Gysin-Maillart 2022) oder kurze Kontaktinterventionen nach Entlassung aus stationärer Behandlung (Tay & Li 2022). Es ist heute vollkommen unklar, wie suizidales oder selbstgefährdendes Verhalten behandelt werden kann (Fox et al. 2020).

Diese Schwierigkeiten sehen auch Menschen, die suizidal waren. Und sie machen deutlich, dass ihrer Erfahrung nach in konventionellen psychiatrischen Einrichtungen so gut wie keine Möglichkeiten bestehen, in einem geschützten Rahmen von Suizidalität zu berichten (Webb 2021). Dagegen stehen die soziale Tabuisierung des Suizids sowie die möglichen Zwangsmaßnahmen, die angewendet werden können. In einem Zeitungsartikel über die zunehmende Zahl von Anrufen wegen suizidaler Gedanken bei der schweizerischen Telefonseelsorge war zu lesen, dass Menschen in therapeutischer Behandlung ihre Suizidalität gegenüber Fachpersonen oftmals nicht erwähnen. Der Leiter der Zürcher Telefonseelsorge wurde folgendermaßen zitiert:

»Dort aber vermeiden sie, von ihren suizidalen Fantasien zu reden, weil ihnen sonst die Einweisung in eine Klinik droht – auch gegen ihren Willen.« (Büttner 2023)

Im Handbuch für die Suizidprävention der deutschen Telefonseelsorge wird das Einschalten von Polizei und Rettungsdiensten zwar nicht zwingend gefordert, aber explizit auch nicht ausgeschlossen (Telefonseelsorge 2009).

Wenn man will, dass sich Betroffene öffnen, darf der Wunsch nach dem Tod nicht bestraft werden und die Autonomie der Betroffenen muss gestärkt werden. Das Recht auf den selbstgewählten Tod sollte nicht von medizinischen oder anderen Kriterien Dritter abhängen, fordert beispielsweise Alexandre Baril (2022). Er lehnt eine ärztlich reglementierte Praxis der assistierten Selbsttötung ab und fordert stattdessen einen universellen Zugang zu Möglichkeiten der unterstützten Selbsttötung. Ich selbst habe vorgeschlagen, dies für Menschen zu ermöglichen, die sich nicht in einer akuten psychischen Krise befinden und einen wohlerwogenen Todeswunsch haben (Richter 2021). Es wäre nach meiner Überzeugung eine fundamentale Aufgabe für Fachpersonen im psychosozialen Unterstützungssystem, Menschen auf diesem Weg zu begleiten. Gleichzeitig bräuchte es ein Unterstützungssystem für Menschen, die suizidal sind, bei dem nicht am Ende die Zwangseinweisung erfolgt. Derzeit wird Zwang im Zusammenhang mit Suizidalität viel zu häufig angewendet.

Ob und inwieweit nichtpsychiatrische Anlaufstellen für Menschen mit Suizidgedanken entsprechende Handlungen verhindern könnten, ist meines Wissens noch nicht empirisch untersucht worden. Es wäre sicher ein lohnenswertes Vorhaben. Darüber hinaus sollte diskutiert werden, welches Verhältnis psychosoziale Akteure zum Suizid haben wollen. Meines Erachtens sollte die Verhinderung nicht in jedem Fall an erster Stelle stehen. Wir müssen akzeptieren, dass Menschen mit und ohne psychosoziale Probleme in der Selbsttötung einen legitimen Ausweg aus dem Leben sehen können.

Möglicher Umgang mit demenziellen Entwicklungen

Ein besonderes psychosoziales Problem, das sowohl mit Selbstgefährdung wie auch mit Fremdgefährdung assoziiert sein kann, ist die Demenz, die bekanntermaßen mit zunehmendem Alter wahrscheinlicher wird. Aktuell ist es nach Feststellung der Urteilsunfähigkeit legal und ethisch gerechtfertigt, Maßnahmen gegen den Willen der Person durchzuführen. Mit Blick auf die UN-BRK ist dies im Prinzip nicht zulässig. Die betroffene Person würde auch bei einer aus der Fremdperspektive vermuteten Urteilsunfähigkeit ihre Rechtsfähigkeit behalten und dürfte entsprechende Maßnahmen ablehnen.

Einen Ausweg aus dieser Problematik bieten Vorausverfügungen. Solche Dokumente sind schon heute bei der Frage des Umgangs mit lebensverlängernden Maßnahmen üblich (Harrison Denning et al. 2019). Den Umgang mit Zwang in bestimmten Situationen könnte man ebenfalls in Vorausverfügungen regeln; diese Regeln könnten beispielsweise Odysseus-Klauseln enthalten, die es ermöglichen, auch gegen den in Krisensituationen geäußerten Willen zu handeln. Zur Erinnerung: In der »Odyssee« von Homer ließ sich der Protagonist auf dem Schiff festbinden, weil er befürchtete, dem verlockenden Gesang der Sirenen nicht widerstehen zu können. Eine derartige Vorausverfügung kann entweder indiziert bei einer beginnenden demenziellen Entwicklung gemeinsam mit dem betroffenen Menschen entwickelt werden oder aber – wie bei der Organspende – unter Umständen sogar bevölkerungsweit zum Zuge kommen.

Bei Vorausverfügungen für demenzielle Entwicklungen ist es ratsam, diese mit Fachpersonen zu erarbeiten, die eine Schulung bezüglich des Krankheitsbilds, möglicher kognitiver Einschränkungen und angemessenen Gesprächsführungstechniken erhalten haben (Dixon et al. 2020). Auch muss man wissen, dass es mit einer einmaligen Verfügung nicht getan ist. Im Rahmen einer Krisensituation kann das »Jetzt-Selbst« möglicherweise nicht mehr mit den Entscheidungen des »Damals-Selbst« (Opgehaffen et al. 2022) einverstanden sein. Insofern sollten die Verfügungen regelmäßig mit der betroffenen Person evaluiert und womöglich revidiert werden. An Interaktionsverfahren, die auch über das gesprochene Wort hinausreichen, wird derzeit in der Forschung gearbeitet, um auch Menschen mit einer fortgeschrittenen Demenz die Möglichkeit zu geben, ihren Willen zu artikulieren (Keady et al. 2022).

Schlussfolgerungen: Auf dem Weg zu einer psychosozialen Unterstützung ohne Zwang

Die gerade dargestellten Sachlagen und Dilemmata lassen nicht vermuten, dass eine psychosoziale Unterstützung ohne Zwang in absehbarer Zukunft Realität wird. Aus soziologischer Perspektive hätte eine Psychiatrie ohne Zwang erhebliche Folgen für verschiedene gesellschaftliche Systeme und Institutionen. Es bräuchte nicht nur ein anderes Verständnis von »psychischer Krankheit«, sondern auch eine grundlegend andere Psychiatrie.

Eine solch grundlegend andere Psychiatrie ist von Diana Rose und ihrem Mann Nicholas Rose unlängst beschrieben worden. Als selbst Betroffene hat Diana Rose verschiedene Reformvorschläge analysiert. Am Ende kommt sie mit ihrem Mann zu der folgenden Skizze einer »anderen Psychiatrie«:

»Grundlegender wäre es, den Blickwinkel umzukehren, aus dem Not und Belastungen zu verstehen sind; es würde erfordern, dass alle Fachleute auf jede erdenkliche Weise versuchen, den Standpunkt des Patienten einzunehmen, zu versuchen, sich die Welt so vorzustellen, wie sie vom Patienten erlebt wird. Der Übergang zur epistemischen Gerechtigkeit erfordert, dass die Stimme des Patienten und die erlebte Realität des Patienten im Mittelpunkt eines jeden Unterstützungssystems stehen. Das umfassende Wissen über das tatsächliche Leben, das dies mit sich brächte, würde die Vorstellung von verschiedenen ›Komponenten‹ überflüssig machen. Eine andere Psychiatrie wäre eine Psychiatrie, die aus der ›Patientenbeteiligung in der Forschung‹ eine Beteiligung von ›Forschenden an patientengeführten Systemen‹ machen würde.«
(Rose & Rose 2023: 7)

Und damit wäre es nicht getan. Es bräuchte zudem ein verändertes Rechts- und Strafsystem und ein drastisch verändertes Sozialrecht, das den Zugang zu Leistungen nicht von Diagnosen abhängig macht. Die Medikalisierung des Rechtssystems ist eines der großen Hindernisse auf dem Weg zur Abschaffung von Zwang in der Psychiatrie. Ein weiteres Hindernis ist die verbreitete Überzeugung von der Existenz und der Validität psychischer Krankheiten und psychiatrischer Diagnosen. All dies lässt sich nicht schnell verändern.

Bis dahin könnten jedoch auch schon unter den geltenden rechtlichen und gesellschaftlichen Bedingungen erste Schritte unternommen werden. Diese reichen von offenen Stationstüren über Home Treatment, Open Dialogue und Wohnbegleitung, Weglaufhäuser, Unterstützung bei Suizidalität, Deeskalations- und Aggressionsmanagement für alle Mitarbeitenden bis hin zu Vorausverfügungen. Bei allen psychosozialen Unterstützungsangeboten kommt es darauf an, Zwangsmaßnahmen konsequent als letztes Mittel einzusetzen und Einschränkung auf ein Minimum zu begrenzen. Dies alles sind Themen, die schon heute angegangen werden können.

Die Abschaffung von Zwang in der Psychiatrie wird nicht vom einen Tag auf den anderen geschehen. Der Weg dahin ist jedoch unumgänglich.