

Die UN-Behindertenkonvention und Zwang - wie geht das zusammen?

Reinhard Peukert

Die UN-Behindertenrechtskonvention hat heftige Kontroversen zwischen Psychiatrie-Erfahrenen, professionellen Helfern und Angehörigen ausgelöst - und mit dem Gesetz zur Vorsorgevollmacht hat sich die Kontroverse und haben sich die Problemlagen noch verschärft.

Dabei sind sich alle drei Dialog-Gruppen in der Ablehnung von Zwang aufgrund einer Behinderung einig; wir sind uns einig (Artikel 14 der Konvention)

- im Recht auf Freiheit und Sicherheit der Person,
- dass Freiheit nicht rechtswidrig oder willkürlich entzogen wird - und wenn, dann nur in sehr eingegrenzten Situationen und im Einklang mit dem Gesetz
- und dass das Vorliegen einer Behinderung in keinem Fall eine Freiheitsentziehung rechtfertigt.

Kontroverse Interpretationen löst der zweite Spiegelstrich aus (Artikel 14 1 b):

Freiheit werde dann nicht rechtskräftig oder willkürlich entzogen, wenn sie im Einklang mit dem Gesetz stehe - und alle Bundesländer haben rechtliche Regelungen für Freiheitsentzug und Unterbringung (somit wäre Freiheitsentziehung grundsätzlich im Einklang mit dem Gesetz). So könnte man das Thema hier beenden: Alles in bester Ordnung in Deutschland, so wie es die Bundesregierung mit ihrer Denkschrift vorgeben wollte.

Allerdings: die Vereinbarkeit dieser Gesetze mit der UN-Behindertenrechtskonvention wird bestritten.

Selbstverständlich sind auch Angehörige keinesfalls für Zwangsmaßnahmen gegenüber ihren Familienmitgliedern im Falle von akuten psychiatrischen Erkrankungen.

Aber wir Angehörigen dürfen nicht verschweigen, worüber nur so schwer zu sprechen ist: das Erleben einer drastischen Entlastung der Familienangehörigen, wenn nach oft über Wochen sich zuspitzenden Verwirrungen schließlich Situationen als unerträglich erlebt werden und wenn dann - mit professioneller Hilfe von medizinischem und oft zusätzlich polizeilichem Notfalleinsatz - Zwangsmaßnahmen durchgeführt werden.

Jeder Angehörige weiß, wie schmerzlich das für die Betroffenen ist. Und dennoch:

Familienangehörige fühlen sich trotz allem positiv entlastet, und sie „bezahlen“ das in aller Regel mit einem plägend schlechten Gewissen und mit Vorwürfen, die andere Familienmitglieder ihnen machen.

Diese Dynamik von Verwirrung, Belastung, familiärer Entlastung, schlechtem Gewissen, Vorwürfen und Befürwortung durchzieht diese Situationen in den Familien und bleibt auch nach Beendigung über eine längere Zeit virulent.

„Zwangs-Erfahrene“ erleben diese Widersprüchlichkeiten an den Reaktionen ihrer Familien - und das macht es ihnen keinesfalls leichter, mit den oft ohnehin traumatisierenden Zwangssituationen klar zu kommen.

Ich kann mir sogar unschwer vorstellen, dass auf Seiten vieler Psychiatrie-Erfahrener ähnliche Ambivalenzen eine Rolle spielen.

Ich könnte mir vorstellen, dass sich bei einer mit Zwang durchgeführte Intervention - selbst wenn zunächst traumatische Aspekte im Vordergrund stehen - auch bei den „Opfern“ von

Zwang Entlastung spürbar macht - Entlastung, die eintritt, wenn eine hoch emotionalisierte, chaotische und vieldeutig erlebte Situation klarer und eindeutiger wird.

Das hat mir mein Bruder, ca. 15 Jahre nach dem Beginn seiner Krankheit, die von vielfältigen freiheitsentziehenden Maßnahmen begleitet war, erzählt - und einige andere Psychiatrie-Erfahrene haben dies bestätigt - aber selbstverständlich gilt dies nicht für jeden Zwangs-Erfahrenen.

Angehörige sind keinesfalls für Zwangsmaßnahmen gegenüber ihren Familienmitgliedern im Falle von akuten psychiatrischen Erkrankungen - aber wir sehen aktuell keine andere Möglichkeit als Zwang durch freiheitsentziehende Maßnahmen, wenn unser krankes Familienmitglied sich selbst oder andere in lebensbedrohliche Gefahr bringt.

Jedoch müssen wir feststellen: Die aktuelle Praxis von Zwangsmaßnahmen geht nicht selten über diese klar definierte Grenze hinaus!

So müssen Psychiatrie-Erfahrene zu oft Zwänge erleiden, die bei einer angemessenen Hilfe -

- d.h. bei einer frühzeitigen,
- flexiblen
- und auf die Situation des Erkrankten
- sowie sein soziales Umfeld abgestimmten Hilfe,
- die das soziale Umfeld in allen Schritten von der Anamnese über die Behandlungs- und Hilfeplanung bis zur Behandlung selbst mit einbezieht

so nicht erforderlich wären.

Solche Hilfen könnten auch uns Angehörige aus von uns unfreiwillig auf uns genommene Zwangssituationen befreien, die hin und wieder aufgrund ihrer Dramatik zu erschreckenden Gedankenexperimenten bei Angehörigen führen, wie es kürzlich in einem Psychoseseminar in Wiesbaden eine ca. 50jährige Schwester (die Eltern sind bereits verstorben) formulierte:

„Er sagt immer wieder, er wolle sich wegen seiner unerträglichen psychischen Situation umbringen, wenn ich nicht dies oder das mache; und schon zwei, dreimal habe ich gesagt: komm, ich mach Dir sogar das Fenster auf. Mit Schrecken habe ich bei mir festgestellt, das ich froh wäre, wenn er springen würde und ich diese Belastung endlich hinter mir hätte!“

Das ist Ausdruck einer extremen subjektiven Belastung in einer völlig unbefriedigenden Behandlungssituation.

Anstatt bei weiterer Eskalation eine Zwangsunterbringung zu initiieren -

- um den Bruder von einem Suizid abzuhalten,
- aber auch um der Schwester eine vorübergehende Ruhepause zu gewähren

wäre eine Unterstützung der Schwester, um mit der Situation fertig zu werden und/oder die Situation zu verändern, um ein vielfaches angemessener!

Die Debatte um die Zwangsbehandlung hat viel gemeinsam mit der Debatte um die Sterbehilfe.

In der Zwangsdebatte geht es um die „Einsichtsunfähigkeit“ aufgrund einer psychiatrischen Erkrankung - und um den konträren Wunsch vieler Psychiatrie-Erfahrener, mit einer Patientenverfügung das Erleiden von Zwang unter allen Umständen zu vermeiden. Bei der Sterbehilfe geht es um die Verhinderung von unerwünschten lebensverlängernden Maßnahmen.

Interessant in der Sterbehilfedebatte ist folgender Tatbestand: 80% der Bürger unseres Landes sind unter gegebenen Umständen gegen lebenserhaltende Maßnahmen - aber nur 10% haben eine entsprechende Verfügung getroffen.

Nicht nur ich lese aus dieser Diskrepanz die Wahrnehmung (der Befragten) eines eklatanten Mangels an professioneller Fürsorge heraus, nämlich die Angst, in den letzten Stunden und Tagen des Lebens fürsorglich behandelt zu werden. Ist die vehemente Ablehnung von Behandlung und Zwang einerseits, aber auch die Befürwortung von Zwangsunterbringungen andererseits auch ein Ausdruck dieser Mangelwahrnehmung? Würde die Zwangsdebatte weniger „fundamentalistisch“ geführt, wenn die Beteiligten (die Psychiatrie-Erfahrenen und ihre Familien) deutlich mehr Vertrauen in professionelle Hilfen hätten?

Unter dieser Perspektive gewinnen diejenigen Paragraphen der UN-Behindertenrechtskonvention für die Zwangsdebatte große Bedeutung, die die Herstellung der Voraussetzungen für ein selbstbestimmtes Leben und Einbeziehung in die Gemeinschaft (Artikel 19) ansprechen. Sie benennen nicht allein die Voraussetzungen für ein selbstbestimmtes Leben und die Einbeziehung in die Gemeinschaft, sondern auch die Voraussetzungen, unter denen Psychiatrie-Erfahrene und Angehörige mehr Vertrauen schöpfen könnten.

- Bildung (Artikel 24),
- Gesundheit (Artikel 25),
- Habilitation und Rehabilitation (Artikel 26),
- Arbeit und Beschäftigung (Artikel 27),
- Angemessener Lebensstandard und sozialer Schutz (Artikel 28),
- Teilhabe am politischen und öffentlichen Leben (Artikel 29),
- Teilhabe am kulturellen Leben sowie an Erholung, Freizeit und Sport (Artikel 30).

Die aktuelle Situation in Deutschland widerspricht in vielen Aspekten dem, was in diesen Artikeln der Bundesrepublik mit der Ratifizierung aufgegeben wurde und - wie in vielen anderen Gesetzen auch - sind die in der Konvention selbst enthaltene Konkretisierungen aus der Perspektive körperlicher und hin und wieder auch geistig behinderter Menschen formuliert; eine Benennung der besonderen Inklusions-Barrieren seelisch behinderter Menschen finden sich an keiner Stelle.

Diese allgemeinen Zielvorgaben - Voraussetzungen, die geschaffen werden müssen, damit die Freiheitsrechte, die Zwang verbieten, gelebt werden können - sind die eigentliche Herausforderung der UN-Behindertenrechtskonvention.

Dies wird erfreulicherweise auch von der Politik so gesehen; nicht nur die Bundesregierung hat in der Koalitionsvereinbarung ein Aktionsprogramm angekündigt, einige Länder (z.B. Rheinland-Pfalz) sind schon in der aktiven Planungsphase eines Landesaktionsplanes! In der Konvention selbst wird kein Zusammenhang hergestellt zwischen dem Maß an gesellschaftlicher Inklusion sowie niederschweligen, flexiblen und situativ angepassten Hilfen einerseits - und dem Erleiden von Zwangsmaßnahmen andererseits. Angehörige und Psychiatrie-Erfahrenen kennen einen solchen Zusammenhang: wenn eine angemessene Hilfe frühzeitig erfolgt, kann häufig auf Zwang verzichtet werden.

Aber: auch bei optimalsten Anstrengungen und Hilferealitäten schließen bei psychischer Erkrankung nicht aus, dass Situationen eintreten, bei denen aus dem subjektiven Empfinden und Wahrnehmen der Betroffenen heraus eine Gefahr für eigenes und/oder fremdes Leben wahrgenommen wird.

Ist in solchen Situationen die Anwendung von Zwang mit der UN-Behindertenrechtskonvention vereinbar?

Ich bin kein Jurist, aber ich kann sagen, was auf dem Hintergrund der Konvention für uns Angehörige ein anzustrebendes Ziel ist, bei dessen Erreichen wir auf den Geist der Konvention und das noch zu implementierende Berichts- und Überwachungswesen bauen. Gesundheit, Unversehrtheit der Person und Inklusion sind die zentralen Ziele der Konvention - und diese treffen die Grundorientierung von uns Allen, die wir mit Psychiatrie befasst sind.

Daraus lässt sich aus meiner Sicht ableiten:

Strikte Orientierung an und Unterstützung von allen Aktivitäten und Maßnahmen, die die sozialen und individuellen Eskalationen beim Erkrankten selbst und in seinem Umfeld bereits bei ersten Anzeichen mit „weichen Methoden“ zu reduzieren versprechen - indem dem Erkrankten selbst und seinem sozialen Umfeld neben freiwillig genutzten, individuell gestalteten psychiatrischen Behandlungsstrategien möglichst alltags- und lebensweltorientierte Unterstützung zuteil werden.

Wenn allerdings trotz dieser Strategien, der Hilfen und Unterstützungen eine Situation eintritt, die für den Erkrankten oder andere Personen eine lebensbedrohliche Gefahr bedeutet, muss aus unserer Sicht

- aufgrund der Unumkehrbarkeit des Todes,
- der damit verbundenen Verzweiflung und Trauer des Umfeldes
- und aufgrund des höchsten Rechtsgutes: „Sicherung des Überlebens“

die Anwendung von Zwang eine Option bleiben!

Solange die oben vorausgesetzten Bedingungen optimaler Anstrengungen und Hilferealitten nicht gegeben sind, wird es im eigentlichen Sinne „unrechtmäßige“ Zwangsmaßnahmen geben: Maßnahmen, die unter optimaleren Bedingungen zur Erreichung des Zieles - Erhalt des Lebens - nicht erforderlich gewesen wären.

Mir persönlich fällt der logische Schluss ungeheuer schwer, solche „unrechtmäßigen“ Zwangsmaßnahmen für illegitim zu erklären - wenn sie in der jeweils vorliegenden Situation das letzte Mittel sind, Leib und Leben zu schtzen.

Mein zwei Jahre älterer Bruder Ingo hat sich von 8 Jahren nach mehr als 40 Krankheitsjahren das Leben genommen, da er aus seiner Sicht - nach Absturz aus einer gigantomantischen Manie - mit seinen ihn quälenden Gefühlen und Gedanken in einer tiefen Depression so nicht mehr leben konnte.

Mit solchen und ähnlichen Situationen war er in seinem Leben schon häufiger konfrontiert worden, und meine Familie und ich waren uns ganz sicher, auch diesmal wird er da raus kommen, obwohl wir den Eindruck hatten, dass es schon etwas länger dauert als früher. Er hat und hätte keine Hilfe abgelehnt - aber leider hatte er jegliche Hoffnung verloren, ihm könne überhaupt noch geholfen werden.

Ich wäre froh, wenn wir - die Profis und die Familienangehörigen - diese seine subjektive Situation rechtzeitig in ihrer Brisanz erkannt hätten und wenn die Hilfen und Unterstützungen, um eine Zwangsmaßnahme ergänzt worden wäre, die ihm den nicht-umkehrbaren Weg versperrt hätten, nämlich seinem Leben mit den Medikamenten, die ihm eigentlich Leben helfen sollten, ein Ende zu setzen.

Solange die vorausgesetzten optimalen Bedingungen nicht gegeben sind, bei denen wir von ausschließlich rechtmäßigen Zwangsmaßnahmen ausgehen dürfen - nebenbei bemerkt. dieser Zustand wird in der wirklichen Welt niemals für alle Situationen erreicht, bleibt aber gleichwohl ein normatives und praktisches Ziel -

solange diese optimalen Bedingungen also nicht vorliegen müssen alle Mittel ausgeschöpft werden,

- die Zwangsanwendung objektiv und im subjektiven Erleben zurückdrängen können - hierzu zählen vorrangig Behandlungsvereinbarungen und Beschwerdestellen
- und jede Zwangsanwendung ist mit demjenigen, der den Zwang erleiden musste und unter Einbeziehung seines unmittelbaren sozialen Umfeldes nachträglich zu überprüfen, zu besprechen sind sie sowieso;
- bei der Überprüfung ist auch die Frage zu behandeln: Wäre Welche Bedingungen der Versorgung hätten diese Zwangsmaßnahme verhindern können?

Eine Psychiatrie, die auf Zwang und Freiheitsentzug in Anstalten baut, ist keine Psychiatrie, sondern ein Abschiebe- und Gefängnisssystem, das mit der Tötung der „Insassen“ ausgeartet ist.

Eine Psychiatrie, in der Zwangsanwendung und Freiheitsentzug grundsätzlich und für alle denkbaren Fälle ausgeschlossen ist, ist eine unmenschliche Psychiatrie, die in der Gefahr steht, das Leid und das Leben der Erkrankten nicht zu achten.

Daher möchte ich die grundsätzliche Ablehnung von Zwang ergänzen um die Aussage:

- aber eine Behinderung rechtfertigt auch nicht das Vorenthalten von Zwang in besonderen Situationen.

Ich glaube nicht, dass es hier einfache Antworten gibt und dass die Widersprüche unserer Thematik restlos aufzulösen sind.

Diese „besonderen Situationen“ sind sehr genau zu definieren, und die Anwendung von Zwang ist in jedem Falle im Nachhinein auf ihre Angemessenheit zu überprüfen, und das dialogisch!

Denn:

voraussichtlich sind wir uns zumindest in einem einig: jede Zwangsmaßnahme ist eine Zwangsmaßnahme zu viel!

Und die Aufforderung, die von der UN-Behindertenrechtskonvention ausgeht, ist die Behandlungs-, Betreuungs-, aber auch sozialen Verhältnisse so zu gestalten bzw. zu verändern, dass Zwangsmaßnahmen auf das absolut minimalste Maß reduziert werden können.

Dabei geht es auch um die allgemeinen sozialen Verhältnisse.

In den General Comments zu den Bestimmungen des internationalen Paktes über wirtschaftliche, soziale und kulturelle Rechte der Vereinten Nationen kann man nachlesen, was mit Inklusion gemeint ist.

Gerade nicht Integration im Sinne von „auch für Behinderte Räume zu schaffen innerhalb bestehender Strukturen“, sondern „gesellschaftliche Strukturen so zu gestalten und zu verändern, dass sie der realen Vielfalt menschlicher Lebenslagen - gerade auch von Menschen mit Behinderung einschließlich seelisch behinderter Menschen - von vornherein besser gerecht werden“.

Das menschenrechtliche Verständnis von Inklusion wird und muss sich in den kommenden Jahren noch stark entwickeln - und mit ihm eine Praxis, die wir bisher nur in Ansätzen beobachten können:

- Durch veränderte Arbeitsplatzstrukturen auch schwer psychisch kranken bzw. seelisch behinderten Menschen sinnvolle Beschäftigung als Arbeit in regulären Betrieben zu ermöglichen,

- durch Aktivitäten in die kommunalen sozialen Räume hinein bisher als „sozial unangepasst und nicht integrierbar“ geltenden Menschen ein Leben in Gemeinschaft mit den üblichen Alltagsmenschen zu ermöglichen,
- durch mobile, im Gemeinwesen verankerte Teams schnelle und unprätentiöse Hilfe und Unterstützung immer dann und immer dort und immer in der Form und in dem Maße zu realisieren, die das Zusammenleben auch in krisenhaften Zuspitzungen erträglich hält.

Das zu stärken, das voran zu bringen ist aus Angehörigensicht der Auftrag, den die Behindertenrechtskonvention uns und unserem Gesellschaftssystem auferlegt.

Packen wir es an - miteinander in dialogischer Auseinandersetzung.