

26. Oktober 2003

Zwangsmedikation

Kaum findet man eine Regelungslücke, schon muss wieder eine Regelung her, und nachher predigt man das Deregulieren, was auch wieder Regelungen erfordert. Die Idee, die zwangsweise Zuführung zur ärztlichen Heilbehandlung durch einen Betreuer im BGB zu regeln, ist ein Beispiel für eine kurzschlüssig gefasste und die Probleme vergrößernde Regelung. Was den Gegenstand der Regelung betrifft, wäre sie im Ergebnis fatal. Man kann nur hoffen, dass ihre konkreten Auswirkungen vielerorts minimal sein würden, da viele in der psychiatrischen Versorgung nicht auf eine solche Option zurückgreifen werden. Dort wo man sie sich wünscht, wird es mehr Betreuungen geben, weil man sich von ihr Wunder verspricht. Im einzelnen möchte ich ganz vorläufig folgende Thesen formulieren:

1. Nachwievor sollte es, wie vor 1990 gefordert, nur ein *einziges* rechtliches Verfahren zur Legitimation von Unterbringungen außerhalb des Strafrechtsbereichs geben. Das gilt zumindest für Zwangseinweisungen in Kliniken. Ich denke, dass insbesondere ehrenamtliche Betreuer sowie Berufsbetreuer, die nicht über sozialpsychiatrische Kenntnisse und Erfahrungen verfügen, inhaltlich damit überfordert sind. Diese Betreuer funktionieren dann nur als verlängerter Arm der Psychiatrie, nicht als Schützer der Rechte und Interessen ihres Klienten. Die meisten PsychKGs lassen heute eine Unterbringung zum Schutz des Kranken zu, allerdings nur in Kliniken.
2. Sieben Jahre habe ich in einem Sozialpsychiatrischen Dienst gearbeitet, der in der Art eines gemeindepsychiatrischen Zentrums sich langfristig um die Rehabilitation chronisch psychisch Kranker bemüht hat. Einen unabweisbaren *Bedarf* an ambulanten Zwangsbehandlungen habe ich in dieser Zeit nicht beobachten können. Als sinnvoll erwies sich dagegen das Angebot an Patienten und deren Ärzte, verordnete Medikamente im Rahmen eines Patientenclubs zu geben. Es gibt in der gemeindepsychiatrischen Praxis wie auch in der Literatur (z. B. bei Thomas Bock oder Klaus Obert) genügend Belege, dass viele psychisch Kranke überzeugt werden können, wenn man es denn versteht und sich die Mühe macht. Manchen Mitarbeitern in psychiatrischen Kliniken und Praxen mangelt es aber an entsprechender Kommunikations- und Beziehungsfähigkeit. Sie verstehen es nicht, ihre Patienten zu überzeugen, und ebenso nicht, im Dialog mit dem Patienten sich von ihm überzeugen zu lassen. Zwang ersetzt viele Worte und Anstrengungen.
3. Die Notwendigkeit ambulanter Zwangsmedikation scheint zu einer ähnlichen *Patentlösungs-ideologie* einfallslöser Psychiater zu werden wie die Elektroschock-Behandlung. Ich habe in drei Landeskrankenhäusern gearbeitet, in denen Schockbehandlungen überhaupt nicht statt fanden. Doch unseren Patienten ist es dadurch besser, nicht schlechter gegangen. Vielleicht hatten wir allerdings manchmal etwas mehr Arbeit mit ihnen.
4. Sollte ich in meinem bisherigen Berufsleben übersehen haben, welchen therapeutischen Fortschritt ambulante Zwangsmedikation bedeutet, so kann diese nur Aufgabe fachkompetent und angemessen ausgestatteter Gemeindepsychiatrischer oder *Sozialpsychiatrischer Zentren* und Dienste sein. Dann sollten die für die psychiatrische Versorgung zu-

ständigen Länder für ein Legitimationsverfahren im Rahmen des PsychKG sorgen. Betreuer hätten dabei nur die Funktion, als Interessenvertreter ihres Klienten am Verfahren mitzuwirken, nicht aber für die Legitimation psychiatrischer Behandlungspläne zu sorgen.

5. Was hätte ein Betreuer im Rahmen einer dank seiner Bemühungen legitimierten Zwangsmedikation eigentlich tun, außer für die gerichtliche Genehmigung psychiatrischer Behandlungspläne zu sorgen? Ein solcher Beschluss muss auch vollzogen werden. Soll der Betreuer – was über die eigentliche Aufgabe rechtlicher Betreuung hinausginge und Teil sozialpsychiatrischer Behandlungsleistungen wäre – seinen Klienten einfangen und zum Arzt schleppen? Soll der Betreuer *soziotherapeutische* Behandlungsleistungen nach dem SGB V überflüssig machen, indem er diese Aufgaben über die Anwendung von Zwang viel einfacher bewerkstelligt? Wie würde sich das dann auf sein Zeitbudget auswirken, das doch mit dem von der Bund-Länder-Arbeitsgruppe vorgeschlagenen Vergütungspauschalen stark limitiert werden soll? Dabei würde doch die Idee einer ambulanten Zwangsmedikation vor allem langfristig Betreute treffen, die nach den Plänen der Arbeitsgruppe dem Betreuer künftig nur wenig Arbeit machen dürfen.
6. Was für Absichten verfolgt die heutige Rechtspolitik eigentlich mit den Berufsbetreuern? Deren Vergütung soll unterhalb der eines Handwerkers liegen, und ein Berufsbild, das zu fachlichen Standards für die Betreuungsarbeit und damit zum Ansehen eines Fachberufs führen würde, lehnt sie ab. Will sie, dass der Betreuer wieder in die Rolle eines Vollstreckers von unpopulären Entscheidungen psychiatrischer Einfallsllosigkeit zurückfällt, wie das vor 1992 von Vormündern häufig erwartet wurde? Der Betreuer in der gesellschaftlichen Rolle des *mittelalterlichen Henkers*, auf dessen Dienste man keinesfalls verzichten wollte, der aber wegen seines unrühmlichen Berufs ausgegrenzt, verachtet und in einem Zustand der Ehrlosigkeit gehalten wurde? In diese Funktion dürfen sich Betreuer nicht drängen lassen, sie sind Vertreter des Willens und der Interessen ihrer Klienten, nichts anderes. Als rechtliche Betreuer tragen sie - unabhängig von ihrem Aufgabenkreis - wesentlich bei zur Verwirklichung des sozialen Rechts (§ 10 SGB I) behinderter Menschen auf Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft und eine möglichst selbständige und selbstbestimmte Lebensführung.

Wir brauchen keine Legitimationsverfahren für ambulante Zwangsmedikationen außerhalb des strafrechtlichen Bereichs, sondern qualifiziert und überzeugend arbeitende ambulante gemeindepsychiatrische Dienste. Rechtliche Betreuer aber sollen als Vertreter des Willens und der Rechte ihrer Klienten zuvörderst darauf achten, dass diese Dienste nicht leichtfertig mit dem Mittel des Zwangs umgehen.