

Ärzte und Betreuungsrichter im Dialog – ein historischer Exkurs

Ein Beitrag zum Thema „Ärzte und Betreuungsrichter im Dialog“ von Dr. med. Frank Härtel („Ärzteblatt Sachsen“, Heft 2/2020) [1] veranlasste mich, einen Exkurs zu dem durchaus problematischen Themenkomplex zu machen. Im Prinzip geht es um die Frage, unter welchen Bedingungen ein Patient in einer psychiatrischen Klinik gegen seinen Willen festgehalten, gegebenenfalls fixiert und zwangsweise behandelt werden kann. Dazu sind Regeln und Gesetze erforderlich, denen die beteiligten Akteure unterliegen.

Die medizinischen Regeln werden von Behandlungsrichtlinien, der fachlichen Kompetenz der Ärzte, ihrem Fachwissen, ihrer praktischen Berufserfahrung und ihrem ärztlichen Ethos bestimmt. Die gesetzlichen Bestimmungen wiederum, die der hinzugezogene Betreuungsrichter zu beachten und in seine Entscheidungen einzubeziehen hat, sind in einem umfangreichen Gesetzeswerk verankert, in dem die Psychiatriegesetze der Länder, das Bürgerliche Gesetzbuch (BGB), Entscheidungen des

Bundesverfassungsgerichts und andere Festlegungen zu beachten sind.

Es geht immer um die Frage, wie dem Freiheitsrecht des Individuums in der akuten Situation Rechnung getragen werden kann.

Eine besondere Beleuchtung erfährt die gesamte Thematik durch historische Erblasten, weil in Deutschland durch die Verbrechen, die im Dritten Reich an psychiatrischen Patienten begangen wurden und die mit den Wortmarken Euthanasie und Zwangssterilisierungen charakterisiert sind, eine besondere Sensibilität bezüglich der Sachverhalte besteht.

Nun ergeben sich aus meiner Sicht bei der Behandlung des Themas Widersprüche und Schwierigkeiten. Die Problematik ergibt sich aus dem Begriff der Freiheit bezogen auf den speziellen Kranken.

Der berühmte anthropologisch orientierte Psychiater Prof. Dr. med. habil. Jürg Zutt (1893 – 1980), hat schon 1970,

als in Westdeutschland die ersten Gesetze zur Behandlung psychotischer Patienten erlassen wurden, um Willkür und Unrecht an Kranken auszuschließen, in einer bedeutsamen Schrift „Freiheitsverlust und Freiheitsentzug“ darauf hingewiesen, dass den entsprechenden Patienten durch eine Unterbringung die Freiheit nicht entzogen werde, sondern im Gegenteil werden sie vor den Folgen eines krankheitsbedingten Freiheitsverlustes bewahrt [2].

Um sich zu verständigen, um welche Patienten es denn eigentlich geht, seien drei kurze beispielhafte Fallvignetten dargestellt:

- Der Patient kommt gegen seinen Willen (manchmal von der Polizei vorgeführt) auf die Station, von Wahnvorstellungen befangen, es stehe ihm die Welt (und auch das zur Betreuung bereitstehende Personal) feindlich gegenüber, zum Beispiel im Sinne der aggressiven Abwehr der diffus bedrohlichen Situation. Der Patient ist entborgen, entgrenzt

jenseits der realen Welt. Die für den Patienten unheimliche Welt, die ihm gegenübersteht, führt zu einer massiven Gespanntheit der Situation, die sich leicht auch auf die Umgebung überträgt. Solche akuten Zustände, infolge zum Beispiel schizophrener Psychosen oder Intoxikationszuständen von Drogenkonsumenten, sind nicht ganz seltene Ereignisse auf psychiatrischen Aufnahmestationen.

- Der Patient leidet an einer schweren vitalen Depression. Er ist antriebslos erstarrt, von Schuldgefühlen gepeinigt, hat das Übel der ganzen Welt auf sich geladen, die vegetativen Funktionen liegen darnieder. Er glaubt zu sterben und ist ohne jegliche Hoffnung auf Zukunft. Wenn der psychotische Zustand mit einer gesteigerten inneren Unruhe (mit Agitiertheit) verbunden ist, kann eine hochgradige Suizidalität zu Selbsttötungsversuchen führen, die sich trotz aller Vorsicht unter Umständen nicht einmal im Krankenhaus selbst verhindern lassen.
- Der suchterfallene Mensch hat seine Freiheit an das Suchtmittel abgegeben. Die Fähigkeit, seinen Willen und sein Denken einzuordnen in die menschlichen Dimensionen des „woher komme ich, wer bin ich, wie sieht meine nächste Zukunft aus“, ist verloren gegangen. Er ist eingeeengt auf die Befriedigung der Sucht, die Zuführung des Mittels, koste es, was es wolle. Nicht selten liegt zudem eine massive körperliche Verwahrlosung vor.

Diese und ähnliche Beispiele zeigen, dass es hier nicht nur um die Sicherung von individueller Freiheit geht, sondern um die medizinische Bekämpfung einer Notsituation und zwar sofort und konsequent und dies aus mehreren Gründen. Einmal natürlich um die individuelle Verzweiflung, in der sich der Pati-

ent befindet, zu mildern. Zum anderen, weil bekannt ist, dass sofortige Interventionen insbesondere bei schizophrenen Psychosen einen Einfluss auf die Langzeitprognose haben können.

Ein zweites historisch belegbares Problem tut sich auf. Aus dem Bedürfnis des Rechtsstaates, Unrecht zu verhindern, sind die erwähnten Gesetze entstanden, die umso umfangreicher wurden, je differenzierter der Gesetzgeber meinte, individuelle Rechte zu sichern.

Der tragische Widerspruch besteht in der Vorstellung, man könne damit zukünftiges Unrecht verhindern. Im Dritten Reich wurde 1933 schlagartig die bürgerliche Gesetzgebung umgeworfen, sodass alles legitimiert wurde, was dann, insbesondere auf unseren Themenbereich bezogen, an Verbrechen geschah.

Beispielhaft seien in einem kurzen Exkurs Geschehnisabläufe skizziert, die im Umgang mit psychiatrischen Patienten sich im Erfahrungsbereich des Autors in der DDR-Zeit ereignet haben. Es gab damals eine relativ vernünftige gesetzliche Regelung, was die sogenannte Zwangseinweisung anging (Gesetz von 1968) [3]. Ungeachtet dieser Regelung verfügte der Kreisarzt von

Leipzig, dass zu Zeiten besonderer Anlässe, etwa der Leipziger Messe oder anderer Massenereignisse, stationär in Behandlung befindliche Patienten nicht zu beurlauben oder zu entlassen seien (Abb. 1 und 2). Die Maßnahme, in ähnlicher Weise überall in der DDR praktiziert, war ungesetzlich. Patienten sollten gegen ihren Willen, auch gegen den Willen der Ärzte, zwangsuntergebracht sein. (Es ging dabei nicht um auf rechtlicher Basis Zwangseingewiesene.) Dagegen wurde seitens der Leipziger Universitätsklinik mehrfach schriftlich interveniert, sogar eine Rechtsauskunft der Juristischen Fakultät eingeholt, welche die Ungesetzlichkeit des Vorgehens bestätigte, wobei der Jurist – ein Doz. Dr. jur. – allerdings einräumte, dass er sich jeglichen weiteren Interventionen enthalten wolle.

Der damalige Direktor der Universitätsklinik, Prof. Dr. med. habil. Klaus Weise, hat dem Autor dieses Artikels nach der Wende mitgeteilt, dass er das Problem sogar in der DDR-Fachgesellschaft zur Sprache gebracht habe, wo man ihm unter der Hand mitteilte, es sei wohl von der Stasi ausgegangen.

Die Reaktionen der übergeordneten medizinischen Dienststellen auf unsere Interventionen waren diffus: es diene doch den Patienten, es käme „von

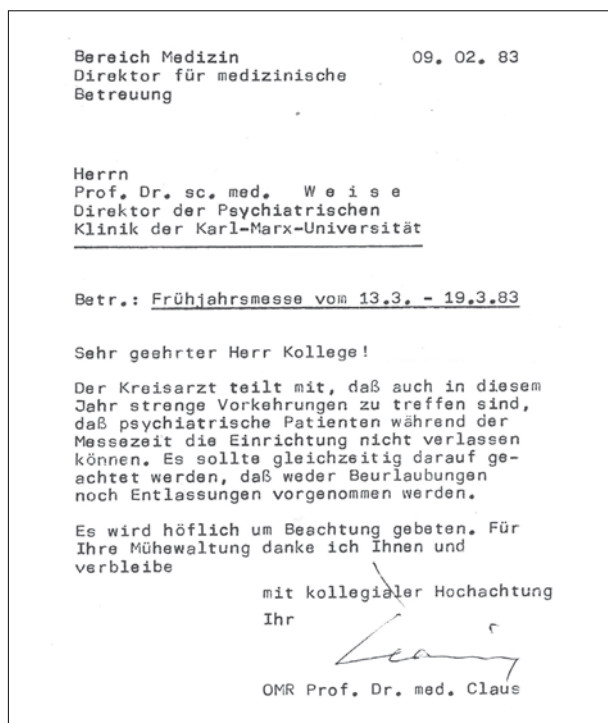


Abb. 1: Anweisung des Kreisarztes

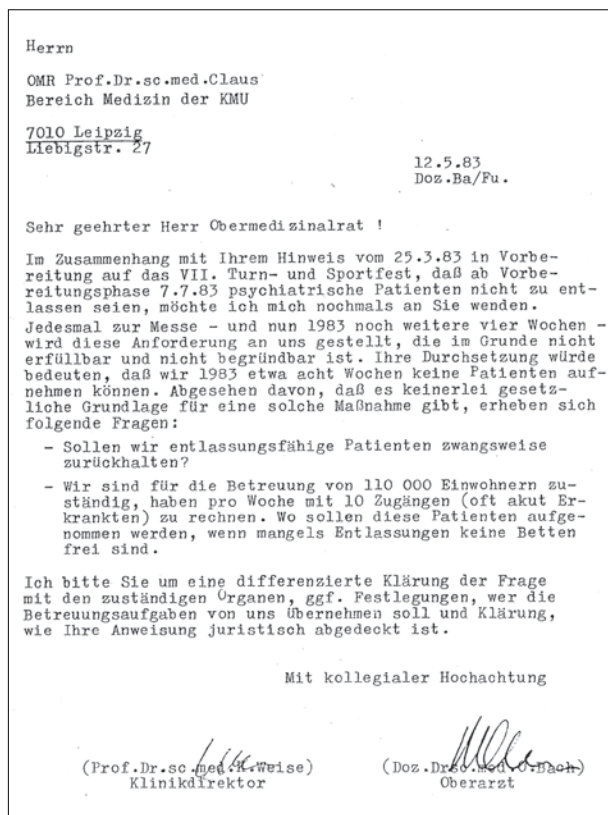


Abb. 2: Reaktion der Universitätsklinik Leipzig

zurückzukommen, sind die interprofessionellen Beziehungen zwischen Arzt und Jurist nicht ganz unkompliziert. Zu nennen wäre zum Beispiel eine „zeitdynamische“ Besonderheit. Der Arzt, der in der Notaufnahmesituation dem Hilfebedürftigen begegnet, möchte und muss sofort handeln, ist aber zunächst auf sich gestellt, was die amtsgerichtliche Seite angeht. Er kann sich medizinische Hilfe (zum Beispiel geübtes Pflegepersonal, chefarztlicher Hintergrund et cetera) holen und idealerweise im fachlichen kollektiven Einvernehmen handeln. Aus vielen genannten Gründen lautet das Credo „sofort“. Dem steht die völlig andere Zeitdynamik verwaltungsrechtlichen Handelns gegenüber. Bis der zuständige Richter zur Verfügung steht, können unter Umständen 24 bis 48 Stunden vergehen; und dadurch (es sei auf eine höchstrichterliche Entscheidung des Bundesverfassungsgerichtes von 2011 und 2013 verwiesen) trat in der Vergangenheit nicht selten der Fall ein, dass Patienten zwar fürsorglich verwahrt werden konnten, aber eine notwendige Therapie abgewartet werden musste

Auf eine weitere „Dialogschwierigkeit“ soll noch hingewiesen werden. Die Sprachwelten der Richter und Psychiater sind höchst unterschiedlich. Was kann der Arzt letztlich mit dem Rechtsbegriff „natürlicher Wille“, der die Verhältnismäßigkeit in die Entscheidungssituation einbringt – erst recht, wenn gar von „mutmaßlichem Willen“ gesprochen wird – anstellen?

Auch der Jurist steht vermutlich der Terminologie des Psychiaters in noch höherem Maß als umgekehrt ratlos gegenüber, wenn es um diagnostische Begriffe oder im engeren Sinne psychopathologische Phänomene geht. Die psychiatrischen Diagnosesysteme sind einem stetigen Wandel unterzogen – sie haben sich in den letzten 100 Jahren viermal verändert. Was soll er zum Beispiel, wenn es etwa um pathologische Rauschzustände geht, mit Begriffen wie „pathologisch gefärbter Rausch“ oder „dämmrige Form des krankhaften Alkoholrauschs“, mit „tiefgreifende Bewusstseinsstörung“ anfangen. Der Autor hat in seiner gutachterlichen Praxis mehrfach das Phänomen erlebt, das unterschiedliche psychiatrische Gutachter zu ganz unterschiedlichen Aussagen kamen.

Was führt aus den Dilemmata?

Zunächst einmal das redliche Bemühen, der in der Situation Handelnden, sich auch auf dem Felde des Gesprächspartners fortzubilden und im interdisziplinären Diskurs zu bleiben. Dieser Diskurs hat übrigens insbesondere in Dresden eine lange Tradition. Am 7. März 1894 wurde in Dresden von 14 Juristen und Medizinern eine „Forensisch-psychiatrische Vereinigung“ gegründet, die in der Folgezeit auf etwa 100 aktive Mitglieder anwuchs und sich paritätisch aus Juristen und Psychiatern zusammensetzte. Die Veranstaltungen fanden in den umliegenden Pflegeeinrichtungen und gerichtlichen

oben“, im Übrigen sollten wir doch tun, was wir für richtig hielten und die Instanzen nicht unnötig belästigen [4]. Um auf den engeren Themenaspekt

bis zum richterlichen Einweisungsbeschluss. Auf die möglichen Folgen wurde im Artikel von Dr. Härtel hingewiesen [1].

Einrichtungen statt. Bis in die Zeit des Dritten Reiches fanden die Treffen regelmäßig statt. Die inhaltlichen Schwerpunkte der interdisziplinären Gespräche lagen in exemplarischen Einzelfalldarstellungen und Übersichtsreferaten sowohl medizinischer als auch juristischer Provenienz. In den etwa 250 Sitzungen (in den Jahren ab 1933 dann den faschistischen Ideologien gewidmet) wurde oft die Wertschätzung der Beteiligten zum Ausdruck gebracht: „Gerade deshalb begrüßen wir Juristen die Zusammenarbeit mit den Ärzten in dieser Vereinigung auf das Wärmste und sind dankbar für jede Belehrung [...] Möge doch diese gemeinsame Arbeit immer fruchtbarer werden und das gegenseitige Verständnis fördern.“ [5]

Das Zitat stammt aus der 210. Sitzung vom 14. März 1929. Der Gründer dieser Vereinigung war der zu damaligen Zeiten bedeutende Psychiater Prof. Dr. med. habil. Georg Ilberg (1862 – 1942), der wesentlichen Einfluss auf die Entwicklung der sächsischen Psychiatrie hatte.

Anfang der 1980er Jahre wurde auf Initiative des damaligen psychiatrischen Ordinarius der Medizinischen Akademie Dresden, Prof. Dr. med. habil. Ehrig Lange, die Tradition wieder aufgegriffen. Die Veranstaltungsreihe ging nach der Wende in regelmäßigen „Forensischen Frühjahrstagungen“ der Universitätsklinik und der Sächsischen Wissenschaftlichen Gesellschaft für Nervenheilkunde auf. Die 25. Tagung wäre, wenn das Corona-Virus nicht dazwischengekommen wäre, in der Sächsischen Landesärztekammer durchgeführt worden. Sie wird nun 2021 nachgeholt.

Zusammenfassung

Abschließend seien einige Grundsätze zusammengefasst:

- Der Fort- und Weiterbildung in der Psychiatrie ist bezogen auf unseren Themenbereich eine besondere Aufmerksamkeit zu widmen und strukturell muss gesichert sein, dass in der psychiatrischen Notfallversorgung kompetente Fachvertreter vor Ort sein müssen.
- In der Situation der Akuität eines psychiatrischen Gesundheitsproblems (etwa im Sinne der oben angeführten Skizzen) sollte der Arzt die vom Richter gedeckte Macht haben, zu entscheiden, was in der Situation das sofortige und angemessene Handeln erfordert. Jenseits der hier im Vordergrund stehenden Situationen der Akutaufnahme psychotischer Patienten, auf

dem weiten Feld anderer zivilrechtlicher Entscheidungen zur Unterbringung und Betreuung von Patienten gewinnt dann die Handlungspriorität des Richters immer größere Bedeutung.

- Was den interprofessionellen Diskurs zwischen Juristen und Psychiatern angeht, verfügt Sachsen über eine vermutlich einmalige Tradition.
- Gesetze können sich nur dann segensreich und sinnvoll entfalten, wenn die gesellschaftlichen Verhältnisse es gestatten. ■

Literatur beim Autor

Prof. Dr. med. habil. Otto Bach, Leipzig