

18. Ethik

Daran nehmen wir Anstoß:

In Artikel 3 der UN-Behindertenrechts-Konvention werden die wesentlichen ethischen und rechtlichen Prinzipien für den Umgang mit Menschen mit jeglicher Art von Behinderung, somit auch psychischer Erkrankung, benannt, insbesondere:

- der Respekt vor der Würde und individuellen Autonomie, einschließlich der Freiheit, selbstbestimmte Entscheidungen zu treffen,
- die Nicht-Diskriminierung,
- die volle und effektive Teilhabe und Inklusion in die Gesellschaft,
- die Achtung vor der Differenz und die Akzeptanz von Menschen mit Behinderung als Teil der menschlichen Verschiedenheit.

Aber in welchem Maße werden die in unseren Arbeitsfeldern bereitgestellten Angebote und Dienste für Menschen, die unter den Bedingungen psychischer Beeinträchtigung leben, diesen Prinzipien gerecht? Und: Da auch wir uns als Personen zu den Grundwerten von Menschenwürde, Selbstbestimmung, Gerechtigkeit, Inklusion und Teilhabe bekennen, stellt sich diese Frage auch für unser eigenes Handeln. Was tun wir, damit diese Grundwerte keine Lippenbekenntnisse sind? Wie deutlich reflektieren wir unser tägliches Handeln in der Sozialpsychiatrie an diesen Werten?

Für eine ethische Legitimation unseres Handelns sind die Fragen des Umgangs mit Macht, Aggression und Gewalt von zentraler Bedeutung. Wie gehen wir mit dem anderen um? Wollen wir ihn verändern? Dürfen wir das überhaupt? Oder können und sollten wir seine Entwicklung begleiten? Handeln wir im Sinne einer verbessernden Therapie oder einer akzeptierenden Unterstützung des eigenen Weges? Geht es um Rehabilitation und Integration, also um ein Zurückholen oder Hereinholen in unsere „normale“ Welt, oder um Habilitation und Sicherung von Inklusion, also um Stärkung des anderen und die Gewährleistung seiner Zugehörigkeit? Wie gehen wir mit Gleichheit um, wie mit Differenz? Wo endet die Freiheit des anderen, wo beginnt Zwang? Kann Freiheitsentzug gerechtfertigt werden, und wenn ja, wie?

Hintergrund:

Selbstbestimmung und Sorge

Die Menschenwürde, die universell für alle Menschen unabhängig von deren Leistung, dem Gesundheitszustand, der Kommunikationsfähigkeit, dem Grad der Hilfebedürftigkeit oder dem Alter gilt, sichert dem Einzelnen das Grundrecht auf Selbstbestimmung zu.

Wir können von Selbstbestimmung oder von selbstbestimmten Aktivitäten eines Menschen, der unter den Bedingungen psychischer Beeinträchtigung lebt, sprechen, wenn er die persönliche Freiheit hat, auch anders sein zu können, wenn er für seine Entscheidung oder sein Handeln Gründe hat und wenn ihm bewusst ist, dass er der Urheber dieser Entscheidung oder Handlung ist.

Menschen mit psychischer Beeinträchtigung können Schwierigkeiten haben, in dieser Weise selbstbestimmt zu entscheiden oder zu handeln. Sie brauchen dann unsere Assistenz und unsere nicht paternalistisch ausgerichtete Sorge, um, soweit es geht, selbstständig und aus ihren eigenen Werten, Empfindungen, Gefühlen heraus Entscheidungen zu treffen. Die Menschenwürde begründet nicht nur das Grundrecht auf Selbstbestimmung, sondern ebenso das Recht auf Unterstützung und Sorge, wenn der jeweilige Selbstbestimmungsträger durch Beeinträchtigung, Krankheit, mangelnde Teilhabe geschwächt ist in der Wahrnehmung der Selbstbestimmungsrechte.

Selbstbestimmung hat da aber ihre Grenze, wo andere, eigene wie fremde, Grundrechte verletzt werden. Eine Nichtbeachtung selbstbestimmter Willensäußerungen oder Handlungen, also ein Handeln gegen oder ohne den Willen der betreffenden Person, bedeutet Zwang und ist nur legitim, wenn die Grundrechte der betreffenden Person oder anderer geschädigt würden, also in Fällen von realistisch drohender oder tatsächlicher Eigen- oder Fremdgefährdung.

Gerechte Verteilung und faire Berücksichtigung des Einzelnen
Gerechtigkeit heißt Berücksichtigung des Jedem jeweils Angemessenen. Dies beinhaltet sowohl die gleiche Achtung aller Betroffenen, die gleiche Zugänglichkeit zu den Institutionen und Diensten und das gleiche Recht auf bestmögliche Behandlung (equality), aber auch die kompensatorische Beachtung der individuell ungleichen Bedarfe und die jeweils angemessene Behandlung unterschiedlicher Bedürfnisse (equity). Gleiche Behandlung bedeutet auch in der Sozialpsychiatrie nicht identische Behandlung.

Die gleichzeitige Beachtung von Equality und Equity gilt für die Mittel, die zur Verfügung gestellt werden, aber auch die Mittel, die wir ganz persönlich einbringen, für die Länge und Intensität der Behandlung wie für die Intensität unserer Beziehung zum Patienten. Es ist eine Tatsache, dass es Patienten mit sehr hohem und solche mit niedrigerem Bedarf gibt. Dies darf niemals zur Rechtfertigung der Kürzung der Mittel für die aufwändigeren Patienten führen oder zur Bevorzugung der leichter zu Versorgenden. Gerade wenn ein Dienst wirtschaftlich geführt wird, muss er die Prinzipien der gerechten Verteilung und der fairen Berücksichtigung des Einzelnen beachten und stets die Bedingungen bei den Finanzierungsträgern und dem Gesetzgeber einfordern, um diese zu erfüllen.

Gerechtigkeit und Fairness bedeuten auch, dass Betroffene eine Behandlung erfahren, die ihren spezifischen Bedürfnissen und jeweils besonderen Erfordernissen entspricht. Deshalb bedarf es trotz der grundsätzlichen Bejahung von Basis- und Regelversorgungsdiensten, die allen in gleicher Weise offenstehen, des Angebots spezialisierter Dienste, Betreuungs- und Therapieangebote, die auf besondere Patientengruppen ausgerichtet sind und die sonst nicht adäquat behandelt werden könnten, selbst wenn damit das Prinzip der Gemeindenähe nicht immer einzuhalten ist.

Inklusion und Verschiedenheit:

Inklusion bedeutet für uns die vorbehaltlose und nicht weiter an Bedingungen geknüpfte Einbezogenheit und Zugehörigkeit. Der Grundgedanke ist die Gemeinschaft aller in den jeweiligen Regionen, Orten oder Quartieren, die innerlich differenziert und vielgliedrig sind und sich durch ihre diversity auszeichnen. Inklusion und Verschiedenheit liegen unserer Auffassung von Gemeinde oder Community zu Grunde. Das Leben in den jeweiligen sozialen Bezügen ist die Grundlage der Teilhabe an diesem Leben. Dies gilt, so unsere Grundüberzeugung, auch in der psychischen Krise. Ausnahmen hiervon bedürfen der genauen Begründung und können jeweils nur vorübergehend sein und auf das Ziel der baldigen Wiederteilhabe und Inklusion ausgerichtet.

Den Ursprung des Diversitätskonzepts kann man historisch in Adornos Reflexionen über Auschwitz verorten, wo er das „Miteinander des Verschiedenen“ als Leitprinzip einer freien Gesellschaft formuliert hat und vor der Betonung der Gleichheit der Menschen, außer der vor dem Gesetz gewarnt hat, weil dieser immer ein unterschwelliger Totalitätsgedanke innewohne.

Die Akzeptanz dieser Verschiedenheit realisiert sich in der Achtung des anderen in seinem So-Sein, für uns insbesondere im Erkennen und dem Respekt vor der Persönlichkeit auch schwer gestörter psychisch kranker Personen und im Willkommen-Heißen des jeweiligen anderen.

Die DGSP fordert vor diesem Hintergrund:

Menschen dürfen in den psychiatrischen Angeboten prinzipiell nur freiwillig behandelt werden. Verweigern sie eine Behandlung, auch wenn dies durch ihre psychische Beeinträchtigung verursacht ist, dürfen sie dennoch nicht zwangsweise behandelt werden. Dies umfasst in Krisenfällen auch ein jeweiliges Ringen um eine Einwilligung des Betroffenen. Eine paternalistische Position jedoch, dass Menschen zu ihrem eigenen Vorteil auch gegen ihren Willen behandelt werden müssen oder ihre Freiwilligkeit durch Mittel wie Vergünstigungen oder Überredung erzwungen wird, lehnen wir prinzipiell ab. Unterbringungen und andere freiheitsentziehende Maßnahmen nach den Psychisch-Kranken Gesetzen der Länder oder gemäß Betreuungsrecht § 1906, BGB, Abs. 1, Satz 1 stimmen wir zu, sofern sie final mit einer tatsächlichen Selbst- oder Fremdgefährdung begründet sind und nicht kausal aus der psychischen Erkrankung oder der Behinderung. Dies schließt auch Unterbringungs-begründungen, wie drohende Selbstgefährdung, die anders nicht abgewendet werden kann, oder den Verlust der Eigensorge ein. Gründe wie ausgeprägter Rückzug, Verfolgungszustände oder Gefahr der Chronifizierung (bei Ersterkrankung) lehnen wir dagegen ab. Kausalen Begründungen für Unterbringungen und andere freiheitsentziehende Maßnahmen, die sich auf eine krankheitsbedingte Nichtauthentizität des Willens beziehen, stimmen wir als Ausnahme nur bei Suizidgefährdung zu.

Zwangsbehandlungen der Anlasserkrankung nach den Psychisch-Kranken-Gesetzen der Länder oder BGB §1906, Abs.1, Satz 2, die mit einem für nicht authentisch gehaltenen oder krankhaft beeinflussten und deshalb nicht ernsthaft zu beachtenden Willen begründet werden, stimmen wir nicht zu.

Zur Verhinderung und Reduzierung von Zwangsmaßnahmen fordern wir:

- Die Reorganisation sozialpsychiatrischer Netzwerkarbeit in den Regionen, wo diese durch Sparmaßnahmen und Administration in den letzten Jahren abgebaut wurden.
- Programme zur Gewaltprophylaxe in den Einrichtungen und Diensten, Programme zur Reduzierung von Fixierungen.
- Schulung in De-Eskalierungsstrategien in Heimen und stationären psychiatrischen Angeboten.

Dr. phil. Michael Wunder

E-Mail: m.wunder@alsterdorf.de