

Das Urteil des Bundesverfassungsgerichtes zur medikamentösen Zwangstherapie sowie die seither ergangenen weiteren Urteile haben zu intensiven Diskussionen sowohl innerhalb unseres Hamburger Landesverbandes als auch auf Ebene des Bundesverbandes der Angehörigen geführt. Zahlreiche weitere Stellungnahmen sind erschienen

Die Bandbreite der Probleme möchte ich an zwei Berichten schildern, wie sie uns in unserer Beratung mitgeteilt wurden:

1. Bericht einer Mutter: Laut Bericht der Mutter ( einer diplomierten Naturwissenschaftlerin) gelang es den Eltern unter erheblichen Mühen, den psychotischen Sohn dazu zu überreden, gemeinsam mit den Eltern in die Klinik zu fahren. In der Klinik sei dann der Sohn von den Eltern getrennt und in ein Behandlungszimmer geführt worden. Hier habe ein Oberarzt angeordnet, ihm eine Injektion zu geben. Als der Sohn sich dagegen wehrte, sei er von mehreren Personen gewaltsam festgehalten worden, wogegen er sich noch mehr gewehrt habe, u.a. sei einem Arzt eine Rippe gebrochen worden. Schließlich habe man ihm die Injektion gegeben, der Sohn habe fortan als gewalttätig gegolten, die Klinik habe eine gesetzliche Betreuung angeregt, der Betreuer habe den Sohn gegen seinen und gegen den Willen der Familie in einer entfernten sozialpsychiatrischen Einrichtung untergebracht.
2. Ein Psychiatrieerfahrener wendet sich an den Angehörigenverband mit der Bitte um finanzielle Unterstützung. Er möchte den Sozialpsychiatrischen Dienst wegen unterlassener Hilfeleistung verklagen, weil man ihn zu spät zwangseingewiesen habe. Dadurch habe er sich in seiner Psychose erheblichen sozialen und finanziellen Schaden zugefügt.

Man kann die Problematik vielleicht in zwei Fragen kleiden:

-Wann schlägt der Respekt vor der Autonomie eines psychisch kranken Menschen in unterlassene Hilfeleistung um?

-Wann schlägt die Hilfeleistung in unangemessene Gewalt, Bevormundung und Rechthaberei um?

Zwischenzeitlich ist das Betreuungsrecht geändert worden, an der Novellierung der PsychKG der Länder. So auch des Hamburgischen PsychKG wird gearbeitet. Eine Neufassung soll demnächst in der Hamburgischen Bürgerschaft beraten werden.

Es scheint bislang das einzutreten, was viele Menschen befürchtet haben: man verändert lediglich die Gesetze, stärkt die Rechte der Betroffenen ein wenig, schraubt die Schwellen für eine Zwangsbehandlung höher, erlässt Vorschriften zur Dokumentation und ähnliches.

Aber die große Chance, die neue Rechtsprechung als Aufforderung zur Umstrukturierung der Psychiatrie zu begreifen, zum Umbau der Psychiatrie hin zu mehr Humanität, zu mehr Prävention, zu einem besseren Umgang zwischen psychiatrischem Personal und den Betroffenen und ihren Angehörigen wird bislang von der etablierten Psychiatrie kaum genutzt.

2

Ich möchte hier Aspekte aus Familiensicht schildern, möchte Punkte benennen, die uns in dieser Diskussion wichtig erscheinen.

Es gibt natürlich nicht die feststehende Meinung „der Angehörigen“, Angehörige bilden einen Querschnitt der Bevölkerung und entsprechend gibt es vielfältige und oft auch differierende Ansichten.

Was möchten Angehörige ganz überwiegend?

**Angehörige möchten, dass dem Kranken auf möglichst humane Weise geholfen wird, damit er ein für ihn befriedigendes, selbstbestimmtes Leben nach eigenen Wünschen führen kann, sie möchten eine humane Psychiatrie, die Zwangsmaßnahmen jeder Art möglichst zu vermeiden versucht.**

**Angehörige möchten, dass die Bemühungen der Familie, dem Kranken zu helfen, respektiert und unterstützt werden.**

Spenden- u. Beitragskonto: Sparda-Bank Hamburg e.G. Kto.-Nr. 605107, BLZ 20690500

Geschäftsführender Vorstand: Dr. Hans Jochim Meyer (Vorsitzender), Renate Bublitz (Stellvertretende Vorsitzende), Imke Meyer (Schriftführerin), Michael Urban (Schatzmeister), Karin Momsen-Wolf (Beisitzerin)

**Eine zwangsweise neuroleptische Therapie wird von den meisten Angehörigen nicht grundsätzlich abgelehnt. Die Vorstellung, eine zwangsweise medikamentöse Behandlung sei per se Folter, wird von den meisten Angehörigen nicht geteilt. Allerdings sollte eine Zwangsbehandlung nur als ultima ratio, als absolute Ausnahme, unter streng definierten Bedingungen und Voraussetzungen durchgeführt werden dürfen. Daran arbeiten jetzt die Juristen.**

**Wir wissen, dass der UN-Hochkommissar für Menschenrechte, Herr Juan Mendez, psychiatrische Zwangsbehandlung grundsätzlich als Folter ansieht und verbieten möchte. In dieser Absolutheit möchte ich mich dem nicht anschließen, es ist aber eine starke Aufforderung, alles zu tun, um die Notwendigkeit von Zwangsmaßnahmen zu minimieren.**

**Wir haben von dem Vorschlag einiger Klinikdirektoren gehört, man solle zwangseingewiesene Kranke, die sich nicht behandeln lassen wollen, in den Justizvollzugsanstalten verwahren. Diesen Vorschlag halte ich für inhuman und unärztlich. Ich bin sicher, dass fast alle Angehörigen mir darin zustimmen.**

Meines Erachtens müssen aus dem Urteil mehrere Konsequenzen gezogen werden:

1. Die Schwellen für medikamentöse Zwangsbehandlungen liegen zukünftig deutlich höher als bislang üblich.
2. Daraus darf keinesfalls die Konsequenz gezogen werden, dass man im ambulanten Bereich zu der Meinung gelangt, eine Einweisung sei sinnlos, da die Klinik doch nicht behandeln dürfe mit der Folge, dass man noch länger zuwartet als es bislang vielfach der Fall ist, bevor man versucht, einzugreifen.
3. In den Kliniken muss man sich wieder mehr daran erinnern, dass Medikamentengabe nur **ein** Bestandteil von Therapie ist, auch Milieuwechsel, Gespräch, Zuwendung usw. sind Therapie.

4. **Fatal wäre es, wenn es statt einer medikamentösen Zwangsbehandlung zu einer Zunahme sonstiger Zwangsmaßnahmen, z.B. Fixierungen, kommen sollte.** Die Vorstellung, die Fesselung eines Menschen unter Einsatz körperlicher Gewalt sei besser mit der Menschenwürde vereinbar als eine zwangsweise Medikamentengabe halte ich für abwegig.
5. Genauso fatal wäre es, wenn sich nun ein therapeutischer Nihilismus ausbreiten würde. Es kann nicht sein, dass mehr psychisch Kranke sich selbst überlassen werden, dass sie womöglich verelenden oder zunehmend in die Forensik gelangen. An dieser Stelle möchte ich anmerken, dass es kritisch zu hinterfragen ist, wenn psychiatrische Kliniken oder sozialpsychiatrische Einrichtungen Anzeigen gegen akut kranke psychotische Patienten erstatten.
6. Es bedarf keiner besonderen Betonung, dass die Bedingungen, unter denen eine zwangsweise Behandlung durchgeführt werden darf, möglichst eindeutig definiert werden müssen. Dies ist Aufgabe von Juristen. Beratend sollte nicht nur medizinischer Sachverstand beigezogen werden, sondern auch die Ansichten und Erfahrungen der Selbsthilfe der Betroffenen und Angehörigen.
7. Anzustreben sind bundesweit einheitliche Regeln.
8. Vor allem aber muss überlegt werden, wie man den Einsatz von Zwang jeglicher Art möglichst vermeiden kann. Dies betrifft sowohl den ambulanten als auch den klinischen Bereich, dies betrifft die Strukturen in der Psychiatrie, dies betrifft das Denken in den Köpfen der Beteiligten, dies betrifft Fragen der inneren Haltung, dies betrifft ethische Fragen. Dies fordert die allgemeine Erklärung der Menschenrechte der UN von 1948 die in der UN-Behindertenrechtskonvention spezifiziert wurde.
9. Falls sich die Auffassung durchsetzen sollte, Zwangsmaßnahmen in der Psychiatrie müssten aufgrund der UN-Antifolterkonvention verboten werden, besteht noch dringenderer Handlungsbedarf. Die UN-Antifolterkonvention ist 1990 in Deutschland in Kraft getreten.

Zunächst möchte ich meine Gedanken zur Zwangsvermeidung im ambulanten Bereich äußern, weil dieser Bereich uns als Angehörige ganz besonders betrifft.

Ein immer wiederkehrendes Thema in unserer Beratung ist folgende Situation:

Angehörige sehen, dass der Kranke sich zurückzieht, sein Leben nicht mehr im Griff hat, seine Wohnung nicht versorgen kann, Ängste hat, sich verfolgt und bespitzelt fühlt, sich nicht mehr ernährt usw.

Es leuchtet Angehörigen nicht ein, wenn in solchen Situationen festgestellt wird, es sei keine akute Fremd- oder Selbstgefährdung vorhanden und man könne nichts unternehmen, der Kranke wolle ja keine Behandlung.

Kein Angehöriger kann verstehen, dass man sehenden Auges die Verschlechterung des Zustandes miterleben muss, bis endlich die Kriterien des PsychKG greifen und eine Zwangseinweisung mit nachfolgender Zwangsbehandlung erfolgt oder dass erst eine ges. Betreuung eingerichtet werden muss, um auf diesem Weg eine Behandlung zu bewirken.

Die Meinung, ein psychisch kranker Mensch habe das Recht, so verrückt zu sein wie er wolle, wird von Angehörigen angesichts des Elends vieler Kranker als zynisch empfunden.

Die Situation ist in der Regel ja nicht so, dass jemand mit seinem harmlosen Spleen glücklich und zufrieden vor sich hinleben möchte, sondern die Menschen sind schwer verängstigt, fühlen sich verfolgt, ernähren sich nicht mehr richtig, weil sie Angst vor Vergiftungen haben etc., d.h. die Menschen leiden und ihr Familien leiden mit.

Aus Angehörigensicht liegt hier allzu oft eine zu starke Betonung der Freiheitsrechte und der Autonomie eines kranken Menschen vor mit der Folge, dass ihm eine frühzeitige Hilfe verweigert wird. Es kann nicht sein, dass tatenlos zugesehen wird, wenn der Zustand eines sog. uneinsichtigen Patienten sich immer mehr verschlechtert und dass die erste „ Hilfe“ irgendwann die Zwangseinweisung mit nachfolgender Zwangsbehandlung ist.

Ein erschütterndes Beispiel, wozu die Respektierung der Autonomie eines psychisch kranken Menschen führen kann, haben wir kürzlich wieder berichtet bekommen und mit eigenen Augen gesehen: Ein psychisch kranker Student lebt an einem auswärtigen Studienort. Er zieht sich in seine Wohnung zurück und lebt mehrere Jahre lang praktisch nur in seinem Bett. Einer Therapie ist er nicht zugänglich, folglich geschieht nichts. Es entwickelt sich allerdings eine schwere Spitzfußstellung, so dass der junge Mann nun im Rollstuhl sitzt, weil er nicht mehr laufen kann. Nach orthopädischem Urteil könnte allenfalls eine Op Chancen zur Besserung seines Zustandes bieten.

**Ich bin der Meinung, dass ein Umdenken und eine Umstrukturierung der ambulanten Versorgung eine zwingende Folge der neuen Rechtsprechung sein muss. Wir brauchen eine frühere Intervention im ambulanten Bereich, wir brauchen eine bessere und frühere Krisenintervention, wir brauchen auch eine bessere Unterstützung der Familien, die oft lange Zeit die Hauptlast der Betreuung tragen und oft völlig überfordert sind, da sie wenig Hilfe erhalten und sich im Dschungel der Zuständigkeiten nicht zurecht finden.**

6

Ein Umdenken muss dahingehend erfolgen, dass man sich bemüht, einen pragmatischen Weg zwischen dem Respekt vor der Autonomie eines kranken, hilfsbedürftigen Menschen einerseits und der Zwangseinweisung und Zwangsbehandlung andererseits zu gehen. Etwas vereinfacht ausgedrückt haben wir jetzt oft die Situation, dass die Freiheitsrechte des kranken Menschen bis zum Äußersten hochgehalten werden, dass dann aber, wenn es gar nicht mehr geht, der ganz große Knüppel kommt: Zwangseinweisung, Polizeieinsatz, Blaulicht vor dem Haus, Nachbarn, die aus dem Fenster hängen, Handschellen, Zwangsmedikation. Ob dies immer als humanes Vorgehen angesehen werden kann, möchte ich in vielen Fällen bezweifeln.

Wir kennen seit Jahrzehnten ein Familie in England mit einem psychisch kranken Sohn, nennen wir ihn Peter. Peter ist inzwischen 70 Jahre alt. Über seine Schwester erfahren wir, wie es mit ihm steht. In den letzten Jahren berichtete seine Schwester, dass Peter sich zunehmend zurück zog, soziale Kontakte abbrach, immer weniger in der Lage war, sich selbst und seinen Haushalt zu versorgen, dass sich also eine zunehmend beunruhigende Entwicklung abzeichnete. Vor einigen Monaten jedoch berichtete sie, Peter

Spenden- u. Beitragskonto: Sparda-Bank Hamburg e.G. Kto.-Nr. 605107, BLZ 20690500

Geschäftsführender Vorstand: Dr. Hans Jochim Meyer (Vorsitzender), Renate Publitz (Stellvertretende Vorsitzende), Imke Meyer (Schriftführerin), Michael Urban (Schatzmeister), Karin Momsen-Wolf (Beisitzerin)

ginge es wieder gut, er nehme wieder an Familienfeiern teil und man könne sich wieder gut mit ihm unterhalten. Was war passiert: er wurde offensichtlich von einem der in England etablierten Community Mental Health Systems betreut. In den Worten seiner Schwester: wenn Peter sich seine Medikamente nicht holt, kommt ein Arzt zu ihm nach Haus und klingelt und klopft so lange an der Tür, bis Peter aufmacht. Es wird also ein sanfter Druck ausgeübt, bevor eine massive Zustandsverschlechterung eintritt, es wird sanfter Druck ausgeübt zu einem Zeitpunkt, wo man noch Chancen hat, den Patienten zu erreichen.

Ich zitiere hier aus einer Arbeit von Martin Zinkler über das englische System . Martin Zinkler ist Chefarzt der Psychiatrischen Klinik in Heidenheim . Vor wenigen Wochen hat er hier im Rahmen dieser Vorlesungsreihe gesprochen.

„Zum Einsatz kommt aufsuchende Arbeit, **auch am Wochenende**, und auch, wenn es vom

**Patienten nicht explizit gewünscht** wird. Richard Ford, Manager des Newham Assertive Outreach Teams, beschreibt es so: wir gehen dabei bis an die Grenze der Belästigung (harassment). Erst wenn uns jemand erfolgreich wegen Belästigung verklagt, ziehen wir uns zurück.

Die Mitglieder des Assertive Outreach Teams lernen motivational interviewing und kognitivverhaltenstherapeutische Techniken, sie supervidieren Medikamenteneinnahme oder geben Depot-Neuroleptika und führen Drogentests durch. Ein Mitarbeiter in Vollzeit betreut 10-12 Patienten, oft über Jahre.“ Zitat Ende

Ich kann es natürlich nicht mit Statistiken belegen, aber ich bin der festen Überzeugung, dass dies in England praktizierte Vorgehen nicht nur menschlicher ist, sondern auch zu weniger Zwangsmaßnahmen führt. Natürlich ist mir klar, dass unser derzeitiges Gesundheitssystem solche Maßnahmen nicht ermöglicht. Dennoch glaube ich, und das sehen viele Angehörige mit Sicherheit genauso, dass wir in Deutschland die ambulante medizinische Versorgung umstrukturieren müssen. Wir fordern dies seit langem und die aktuelle Rechtsprechung unterstützt unsere Forderung.

**Zusammenfassend noch einmal: Wir brauchen eine aufsuchende frühzeitige Behandlung, wir brauchen eine bessere Krisenintervention, wir brauchen eine bessere Einbeziehung und Unterstützung der Familien, die sich um ihre erkrankten Familienmitglieder kümmern. Wir brauchen dies, um Zwangseinweisungen möglichst zu vermeiden, so dass die Frage der Zwangsmedikation sich gar nicht erst stellt.**

**Der Staat hat eine Schutzpflicht gegenüber dem Bürger. Er zwingt uns, beim Autofahren einen Gurt zu tragen, er zwingt Motorradfahrer, einen Helm zu tragen. Der Staat hat in meinen Augen auch die Pflicht, psychisch kranke Menschen zu schützen. Der Staat, Gesetzgeber, Behörden und auch Gerichte müssen ihren Beitrag zur Zwangsvermeidung liefern. Es genügt nicht, die Anwendung von Zwang lediglich in geordnete Bahnen zu lenken.**

Nicht nur England, auch die skandinavischen Länder sind in vieler Beziehung weiter als wir in Deutschland.

In der Zeitschrift "Eppendorfer" vom September 2012 lese ich, in einer psychiatrischen Klinik sei unter dem Personal eine heftige Diskussion ausgebrochen, ob nicht gutes Zureden schon als Nötigung anzusehen sei. Angesichts der massiven sozialen, finanziellen und gesundheitlichen Folgen die sich als Folge einer unbehandelten Psychose einstellen können, halte ich diese Diskussion für abwegig, wenn nicht gleichzeitig die Frage der unterlassenen Hilfe diskutiert wird.

Um ein mögliches Gegenargument gleich vorwegzunehmen: die Verträge zur integrierten Versorgung, wie sie mir aus Hamburg bekannt sind, sind zwar ein Schritt in die richtige Richtung, jedoch bislang völlig ungenügend, weil die Eintrittshürden für viele Kranke viel zu hoch liegen. Ich nenne einige: Die Kranken müssen in der richtigen Kasse sein, sie müssen unterschreiben, bevor sie behandelt werden können, der Einschluss von Neuerkrankten ist zumindest bei einem Teil der Verträge gar nicht vorgesehen. Es liegt auf der Hand, dass man damit viele schwer- oder akut erkrankte Menschen nicht erreichen kann. Wie man hört, nehmen bislang auch eher wenig an Schizophrenie erkrankte Menschen an diesen Programmen teil, zumindest hören wir das aus Hamburg.



Hier in Hamburg bietet das UKE seit einiger Zeit ein sog. Hometreatment für Psychosekranke an. Auch dies ist ein wichtiger Schritt in die richtige Richtung, aber natürlich bislang völlig ungenügend. Auch hier muss der Patient in der richtigen Kasse sein, das Programm kann nur örtlich im Umkreis des UKE angeboten werden, eine aufsuchende Behandlung ist m.W. nur zu normalen Dienstzeiten möglich.

Um nicht falsch verstanden zu werden: Das ist keine Kritik am Home-Treatment selbst. Die Kritik geht dahin, dass diese Ansätze weiter ausgebaut und mehr Menschen zugänglich gemacht werden müssen. Wie ich höre, lässt sich schon nachweisen, dass durch Home-Treatment die Anzahl von Zwangseinweisungen reduziert werden kann. Th. Bock wird vermutlich anschließend hierzu etwas sagen können.

Nun zur Zwangsmedikation selbst, die sich ja ganz überwiegend im stationären Bereich abspielt. Ich glaube schon, dass es Situationen gibt, in denen eine Zwangsmedikation sich nicht vermeiden lässt, sei es als Initialmaßnahme für die Therapie, sei es aus Gründen des Selbstschutzes des Klinikpersonals und der Mitpatienten bei aggressiven Patienten.

Wir selbst haben z.B. erlebt, dass unser Sohn bei seinem ersten Klinikaufenthalt von seinem Zimmernachbarn in der Nacht gewürgt wurde. Der ungerührte Kommentar des Stationsarztes: Das ist eben Psychiatrie. Wir als Eltern haben das anders gesehen. Wir wünschten uns für unseren Sohn eine genesungsfördernde Atmosphäre und keine Umgebung, in der unser Sohn zusätzlich zu seiner Erkrankung durch Mitpatienten in Todesängste versetzt wurde. Es stellt sich doch auch die Frage, wo kollidieren Freiheit und Selbstbestimmungsrecht eines Patienten mit den Rechten und Bedürfnissen seiner Mitpatienten?

Die Kliniken müssen in der Lage sein, nach Möglichkeit präventiv zu handeln und die Notwendigkeit von Zwangsmaßnahmen möglichst zu reduzieren. Damit sind z.B. auch Fragen angesprochen, wie es mit der räumlichen Ausstattung, der Personalausstattung der Kliniken, der Ausbildung, Fortbildung und Schulung des Personals aussieht. Wir hören ja seit Jahren, dass die Kliniken aus finanziellen Gründen immer weniger in der Lage sind, die Vorgaben der PsychPV zu erfüllen.

Spenden- u. Beitragskonto: Sparda-Bank Hamburg e.G. Kto.-Nr. 605107, BLZ 20690500

Geschäftsführender Vorstand: Dr. Hans Jochim Meyer (Vorsitzender), Renate Bublitz (Stellvertretende Vorsitzende), Imke Meyer (Schriftführerin), Michael Urban (Schatzmeister), Karin Momsen-Wolf (Beisitzerin)

Es liegen inzwischen bekanntlich etliche Erfahrungsberichte aus Kliniken vor, die erkennen lassen, dass es in vielen Fällen auch ohne Zwang geht, wenn man sich Zeit nimmt, mehr auf den Patienten eingeht. Ich erinnere an den Vortrag von Herrn Zinkler vor mehreren Wochen.

Damit ist auch der Punkt „ Beziehung“ angesprochen, hier fokussiert auf die Beziehungen zwischen einem psychisch kranken Menschen und seinen Behandlern. Dieser Punkt wird in meiner Wahrnehmung bislang praktisch gar nicht diskutiert. Es wird in der ganzen Diskussion unterschwellig suggeriert, die Ursache für Zwangsmaßnahmen sei einzig und allein im Erkrankten zu suchen. Ich glaube, dies ist eine einseitige, um nicht zu sagen, anmaßende Haltung. Ich möchte dies mit 2 Berichten aus unserer Beratung illustrieren:

1. Eine Mutter berichtet, ihr Sohn käme in der Klinik nicht zurecht. Er pflege sich in voller Bekleidung unter die Dusche zu stellen. Die Reaktion der Klinik sei, dass er zur Strafe in seinem Zimmer isoliert werde und dies nicht verlassen dürfe. Wenige Wochen später berichtete sie, er sei in ein anderes Krankenhaus gekommen. Hier ginge es besser, er stelle sich nicht mehr unter die Dusche und komme insgesamt viel besser zurecht.
2. Ein besonders extremes Beispiel wurde uns von einer anderen Mutter berichtet: der Sohn reagiere nicht selten auf Anforderungen der Klinik mit Abwehr und Verweigerung bis hin zu Tötlichkeiten. Als Folge werde er tagelang, die Mutter sprach sogar von wochenlang, fixiert. Gleichzeitig werde er massiv medikamentös behandelt. Man zeigte mir einen Medikamentenplan mit täglich 4 Neuroleptika und zusätzlich 2 Tranquilizern. Diese Behandlung erstreckte sich über viele Monate ohne Besserung. Nach etlicher Zeit gelangte der Sohn andernorts in Behandlung. Hier gelang es offenbar, eine bessere Beziehung herzustellen, die Medikamente wurden reduziert, der Sohn blühte auf und konnte nach einiger Zeit sogar in ein betreutes Wohnen in einer eigenen Wohnung wechseln.

Zugegebenermaßen sind dies Einzelberichte und wir hören diese Berichte nur aus der Perspektive der Kranken und ihrer Angehörigen. Dennoch drängt sich der Gedanke auf, dass eine misslungene Beziehung zwischen Behandlern und Patient eine entscheidende Rolle spielt und eine Gesundung verhindern kann. Man kann jetzt eine Reihe von Fragen und Überlegungen formulieren, z.B.

Spenden- u. Beitragskonto: Sparda-Bank Hamburg e.G. Kto.-Nr. 605107, BLZ 20690500

Geschäftsführender Vorstand: Dr. Hans Jochim Meyer (Vorsitzender), Renate Bublitz (Stellvertretende Vorsitzende), Imke Meyer (Schriftführerin), Michael Urban (Schatzmeister), Karin Momsen-Wolf (Beisitzerin)

1. In diesen Beispielen hat die Klinik auf die Probleme mit dem Einsatz ihrer Machtmittel reagiert, um den Patienten gefügig zu machen. Man fragt sich, ob die Behandler je auf den Gedanken gekommen sind, dass auch sie selbst zu der Situation beitragen.
2. Jeder weiß, dass auch im normalen Alltagsleben nicht jeder Mensch mit jedem anderen „kann“, dass es Sympathien und Antipathien gibt. Was ist, wenn einfach die zwischenmenschliche Chemie zwischen Behandlern und Patient nicht stimmt?
3. Muss man nicht fordern, dass Behandler in verfahrenen Situationen sich selbstkritisch fragen, ob man nicht versuchen sollte, den Behandler zu wechseln statt immer mehr Gewalt anzuwenden?
4. Wie steht es mit der Möglichkeit des Patienten, einen anderen Behandler zu wünschen.
5. Die Kehrseite der sektoralen Zuordnung ist doch auch, dass der Patient bei wiederholten Klinikaufenthalten Gefahr läuft, immer wieder auf Behandler zu treffen, mit denen er schon früher nicht zurecht gekommen ist.
6. Besonders beunruhigend finde ich die Frage, was misslingende Beziehungen in der Forensik nach sich ziehen können. Hier ist doch die Ohnmacht des Patienten viel ausgeprägter als in der normalen Klinik. Nebenbei sei angemerkt, dass ich mich frage, wie es eigentlich angehen kann, dass in der Forensik alles in einer Hand ist, Diagnose, Therapie, Prognose und damit die Frage, ob jemand aus der Forensik heraus darf.

Zum Schluss möchte ich noch auf Instrumente wie Behandlungsvereinbarung, Patientenverfügung und Betreuungsverfügung hinweisen. Diese Instrumente sollten sicher mehr genutzt werden, auch dadurch könnte in manchen Situationen vermutlich eine Entspannung und Vermeidung von Zwangseinweisung oder Zwangsbehandlung erreicht werden.

**Zusammenfassend möchte ich, in Übereinstimmung mit, wie ich glaube, der großen Mehrheit der Angehörigen, so formulieren:**

1. Die aktuelle Rechtsprechung muss Anstoß sein zu **einer Weiterentwicklung der psychiatrischen Versorgung**. Traurig wäre es, wenn man lediglich versuchen würde, die bestehenden Gesetze besser an den Status quo anzupassen und alles so zu belassen wie es ist.
2. Sowohl im ambulanten als auch im stationären Bereich brauchen wir **Strukturen und Bedingungen, welche die Notwendigkeit von Zwangsmaßnahmen jeglicher Art möglichst überflüssig machen**.
3. Im ambulanten Bereich brauchen wir eine **frühzeitige, aufsuchende Behandlung und eine bessere Krisenintervention**.
4. **Zwangsmaßnahmen jeglicher Art dürfen nur als ultima ratio** unter genau definierten Bedingungen erfolgen.
5. Bei der jetzt in Gang gekommenen Diskussion sind die **UN-Behindertenrechtskonvention und auch die UN-Antifolterdiskussion zu berücksichtigen**.
6. **Betroffene und Angehörige sind in die Diskussionen einzubeziehen**.

12

Ich möchte hier noch ein Zitat aus einer Stellungnahme des Deutschen Instituts für Menschenrechte, wiedergeben. Das DIM ist die offizielle Monitoring-Stelle zur Umsetzung der UN-BRK. Die Stellungnahme wurde Ende letzten Jahres anlässlich der Neufassung des betreuungsrechts veröffentlicht. Diese Stellungnahme ist sehr lesenswert, u.a. ist sie auch auf der Homepage des Angehörigenverbandes nachzulesen.

**Hier nur ein kleiner Auszug;**

**Zitat Anfang:** 11. Vor diesem Hintergrund wird erkennbar, dass eine **Psychiatriereform unabdingbar** ist.

Die politische und gesellschaftliche Aufgabe besteht nunmehr darin, die Psychiatrie in ihren Bestandteilen am Maßstab der Rechte von Menschen mit Behinderungen zu prüfen und die **Ausrichtung auf Freiwilligkeit und dem Grundsatz der Verhältnismäßigkeit in Bezug auf alle Ebenen zu etablieren**.

Spenden- u. Beitragskonto: Sparda-Bank Hamburg e.G. Kto.-Nr. 605107, BLZ 20690500

Geschäftsführender Vorstand: Dr. Hans Jochim Meyer (Vorsitzender), Renate Bublitz (Stellvertretende Vorsitzende), Imke Meyer (Schriftführerin), Michael Urban (Schatzmeister), Karin Momsen-Wolf (Beisitzerin)

Die Politik sollte in der angemessenen Form ihren Beitrag dazu leisten, die dafür notwendige politische Aufmerksamkeit und Unterstützung dafür zu erreichen; denkbar etwa ist eine vom Deutschen Bundestag eingesetzte Enquete-Kommission.

12. Diese erforderlichen Systemveränderungen können ohne die Mitwirkung der Menschen mit Behinderungen, insbesondere (ehemalige) Nutzerinnen und Nutzer der Psychiatrie, nicht überzeugend geleistet werden. Es ist eine menschenrechtliche Verpflichtung, den Betroffenen und den sie vertretenden Verbänden Partizipationsrechte zu verschaffen, ihre Kapazitäten zu verstärken und ihre Mitwirkungsmöglichkeiten zu fördern. Ihre Bedeutung für alle Handlungsebenen (Gesetzgebung, Praxis, Forschung etc.) ist stärker zu würdigen und ihrer Stimme ist weitaus mehr Gewicht als bisher beizumessen. **Zitat Ende**

13

Anzumerken ist, dass auch wir Angehörigen es als unsere Aufgabe ansehen, die Durchsetzung der Menschenrechte in der Psychiatrie einzufordern, dass wir uns auch als Stimme derjenigen unserer erkrankten Familienmitglieder sehen, die nicht in der Lage sind, sich selbst öffentlich für ihre Rechte einzusetzen.

Ganz zum Schluss möchte ich fragen: wo bleibt bei dieser Diskussion über die Weiterentwicklung der Psychiatrie eigentlich die Stimme der etablierten Psychiatrie, wo sind die Beiträge der Fachgesellschaften, wo bleibt der Beitrag der leitenden Psychiater in Hamburg? Ist man ganz zufrieden damit, dass einem das Handwerkszeug der Zwangsbehandlung wieder zurück gegeben worden ist und sieht keinen weiteren Handlungsbedarf?

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit

Dr. med. Hans Jochim Meyer  
Angehörige psychisch Kranker, LV Hamburg  
[drhjmeyer@t-online.de](mailto:drhjmeyer@t-online.de)  
04101/ 65863

Spenden- u. Beitragskonto: Sparda-Bank Hamburg e.G. Kto.-Nr. 605107, BLZ 20690500  
Geschäftsführender Vorstand: Dr. Hans Jochim Meyer (Vorsitzender), Renate Bublitz (Stellvertretende Vorsitzende), Imke Meyer (Schriftführerin), Michael Urban (Schatzmeister), Karin Momsen-Wolf (Beisitzerin)