



Ch. Prüter-Schwarte, E. Gouzoulis-Mayfrank (Hrsg.)

Ethik in der psychiatrischen Praxis

Prinzipien – Werte – Tugenden



Pabst



*Christian Prüter-Schwarte,
Euphrosyne Gouzoulis-Mayfrank (Hrsg.)*

Ethik in der psychiatrischen Praxis

Prinzipien – Werte – Tugenden



PABST SCIENCE PUBLISHERS
Lengerich

Bibliografische Information der Deutschen Bibliothek

Die Deutsche Bibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <<http://dnb.ddb.de>> abrufbar.

Geschützte Warennamen (Warenzeichen) werden nicht besonders kenntlich gemacht. Aus dem Fehlen eines solchen Hinweises kann also nicht geschlossen werden, dass es sich um einen freien Warennamen handelt.

Das Werk, einschließlich aller seiner Teile, ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung des Verlages unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

© 2018 Pabst Science Publishers · D-49525 Lengerich

Internet: www.pabst-publishers.de

E-Mail: pabst@pabst-publishers.de

Print: ISBN 978-3-95853-453-7

eBook: ISBN 978-3-95853-454-4

Titelbild: clivewa (fotolia.com)

Formatierung: Patrick Orths

Druck: KM-Druck, D-64823 Groß-Umstadt

Inhaltsverzeichnis

Vorwort

Christian Prüter-Schwarte, Euphrosyne Gouzoulis-Mayfrank.....4

Fürsorglicher Zwang im Zeichen einer Ethik als Schutzbereich

Martin W. Schnell9

Über die Macht und das Risiko des Machtmissbrauchs in der Psychiatrie

Paul Hoff..... 19

Macht und Umgang mit Macht in der Psychiatrie

Ambros Uchtenhagen.....41

Psychiatrie im Nationalsozialismus – ethische Implikationen

Gerrit Hohendorf.....53

Zur ethischen Orientierung in der Psychiatrie Einblicke aus der Ethikberatung

Stella Reiter-Theil, Jan M. Schürmann.....83

Vorausverfügte Therapieablehnungen in Situationen von Eigen- oder Fremdgefährdung. Ethische und rechtliche Überlegungen zur Umsetzung von Patientenverfügungen in der Psychiatrie

Jakov Gather, Tanja Henking, Georg Juckel, Jochen Vollmann.....105

Advance Care Planning in der Psychiatrie

Katrin Radenbach, Alfred Simon.....123

Palliative Care in der Behandlung von schweren chronischen psychischen Störungen

Martina Andrea Hodel, Manuel Trachsel.....137

Forensische Psychiatrie, Gutachtertätigkeit und die Frage der Verantwortbarkeit

Christian Prüter-Schwarte.....145

Autorenverzeichnis.....173

Vorwort

Ethische Fragen stellen sich in der psychiatrisch-psychotherapeutischen Praxis fast täglich. Was ist richtig und was ist falsch? Wo folgen wir welchen Prinzipien und warum tun wir das? Welche Werte bestimmen unser Handeln und sind diese Werte für Therapeuten und Patienten¹ gleich? Das Thema Ethik erscheint nur auf den ersten Blick als trockene, theoretisch-philosophische Beschäftigung oder gar als praxisferner moralischer Fingerzeig. Ein genauer Blick macht deutlich, dass im Alltag dringend Antworten auf ethische Fragen benötigt werden.

Aufgrund gesellschaftlicher Entwicklungen und den daraus resultierenden Ansprüchen im Hinblick auf das Selbstbestimmungsrecht sah sich die Psychiatrie später als andere medizinische Fächer mit ethischen Anfragen an ihre klinische Praxis konfrontiert. Wie geht die Psychiatrie mit dem Spannungsfeld zwischen dem Respekt vor dem selbstbestimmten Willen des Patienten – seiner Autonomie – und ihrer Verpflichtung, zum gesundheitlichen Wohl ihrer Patienten zu handeln sowie Schaden von diesen abzuwenden, um? Zwangshospitalisierung und Zwangsbehandlung sind zwar extreme, aber in der Wahrnehmung der Gesellschaft wichtige und bezeichnende Beispiele für die Tragweite der ethischen Probleme dieses Fachgebietes. Aber auch die in der Praxis des Faches und insbesondere seines Teilgebietes *Forensische Psychiatrie* vorhandene Spannung zwischen der Behandlung zum Wohl des einzelnen Patienten und dem öffentlichen, teils normativen Auftrag der Gesellschaft an die Psychiatrie führen zu ethisch relevanten Fragestellungen. An welchen Prinzipien, Werten und Tugenden wollen wir unsere Arbeit ausrichten? Dabei könnte die psychiatrische Ethik als Teil der medizinischen Ethik verstanden werden. Allerdings wird vermehrt deutlich, dass die medizinische Ethik mit ihrer Basierung auf einer Prinzipienethik nicht durchgängig über die Instrumente verfügt, um in der Breite auf die praktischen Probleme der Psychiatrie zu reagieren. Es gilt, eine Erweiterung der Prinzipienethik durch andere ethische Modelle zu entwickeln, um Antworten auf die ethischen Fragen in der Psychiatrie zu finden.

Diesen Fragen widmete sich im Juni 2017 das 9. Merheimer Psychiatriesymposium an der LVR-Klinik Köln. Die in diesem Band versammelten Beiträge stammen zumeist von den Referenten dieses Symposiums. Es finden sich aber auch Arbeiten von Autoren, die nicht am Symposium teilgenommen haben, aber aus unserer Sicht wichtige oben angeschnittene Themenbereiche abdecken. Die Beiträge im vorliegenden Band laden dazu ein, sich mit für die psychiatrische Praxis relevanten ethischen Fragen auseinanderzusetzen und den Horizont zu erweitern.

Wir bedanken uns bei allen Autoren, die in ihren Arbeiten die Breite der

1 Aus Gründen der Lesbarkeit wird nur die männliche Form verwendet. Gemeint ist stets sowohl die weibliche als auch die männliche Form.

ethischen Fragestellungen von grundsätzlichen bis zu sehr praxisnahen Themen darstellen und die dem Projekt über die lange Vorbereitungszeit hin treu geblieben sind. Ein besonderer Dank gilt dem Verleger Herrn Wolfgang Pabst, dessen hohes persönliches Engagement wesentlich zum Gelingen des Buches beigetragen hat. Ferner danken wir der Lektorin Frau Andrea Glomb für die gute Zusammenarbeit. Ethik lebt vom Diskurs aller Beteiligten; so hoffen wir, dass dieses Buch einen Beitrag zu diesem Diskurs leisten kann.

Köln, im November 2018

Dr. med. Christian Prüter-Schwarte
Prof. Dr. med. Euphrosyne Gouzoulis-Mayfrank

Fürsorglicher Zwang im Zeichen einer Ethik als Schutzbereich

Martin W. Schnell

Eine Ethik im Gesundheitswesen ist eine nicht-exklusive Ethik – denn ihr Anspruch lautet, dass niemand aus dem Achtungs- und Schutzbereich des Ethischen ausgeschlossen (exkludiert) werden soll – schon gar nicht kranke, pflegebedürftige oder behinderte Menschen. Dieser Anspruch ist wichtig, weil im Zentrum des Ethischen zumeist der gesunde Mensch steht und nicht der kranke. Verdeutlichen wir uns diese Sachlage am Beispiel der Diskursethik.

Diskursethik als exklusive Ethik

Die Diskursethik geht davon aus, dass ein Sprecher mit seiner Rede Geltungsansprüche erhebt und damit anerkennt, dass eine Argumentation auf Gründen beruht. Eine Person, die das einsieht, ist eine rationale Person, die akzeptiert und begrüßt, Mitglied einer Kommunikationsgemeinschaft zu sein. Sollte jemand diese immer schon bestehende Zugehörigkeit systematisch nicht einsehen, dann wird er von der Kommunikationsgemeinschaft nicht mehr als gleichberechtigter Partner akzeptiert, sondern als „pathologischer Extremfall“ (Apel, 1988, 356) ausgeschlossen.

Dieses Argumentationsmuster stammt bekanntlich von Aristoteles. Zum vernünftigen Umgang unter Menschen gehöre es, dass ein jeder den Satz vom Widerspruch und andere Grundsätze der Logik befolgt. Nur dann könnten wir uns untereinander verständigen und erwarten, als gleichberechtigte Person von allen respektiert zu werden. Wenn jemand aber gegen die Logik systematisch verstoße – wie es bei Patienten der Psychiatrie durchaus geschieht –, dann sei er „gleich einer Pflanze“ (*Metaphysik*, 1006a10). Mit einer Pflanze diskutiere man nicht, denn sie wisse nicht, was sie wolle.

Dasselbe gilt für den Logikverweigerer. Er ist ein pathologischer Extremfall, wie Apel sagt, der in einem *vegetative state* existiert, wie die biomedizinischen Nachfahren des Aristoteles behaupten. Der Mensch sinkt auf das Niveau einer Pflanze herab, indem er von seinen bisherigen Mitmenschen zur Pflanze degradiert und damit aus dem Schutzbereich des Ethischen ausgeschlossen wird. Den „Adressatenkreis“ des Ethischen bilden nämlich lediglich „sprach- und handlungsfähige Subjekte“ (Habermas, 1991, 29). Können wir davon ausgehen, dass die Klienten einer Psychiatrie oder einer Forensik in diesem Sinne sprach- und handlungsfähig sind? Oder ist es nicht vielmehr so, dass jene Klienten

zur Blamage kognitivistischer Ethiken beitragen? Eigentlich „darf sich keine Ethik anmaßen, einen Teil des Menschlichen auszuschließen, so unangenehm und schwer es auch sein mag, ihn anzuschauen“ (Agamben, 2003, 55). Dieser Einsicht Giorgio Agambens folgt meine Theorie einer nicht-exklusiven Ethik, die an dieser Stelle den Hintergrund der nachfolgenden Ausführungen bildet (an anderer Stelle ausführlich dargestellt, vgl. Schnell, 2017).

Ich möchte hier lediglich betonen, dass die Begriffe „Exklusion“ und „Nicht-Exklusivität“ als ethische Begriffe verstanden werden und daher von soziologischen, psychologischen und anderen Versionen unterschieden sind (vgl. dazu ausführlich Schnell, 2017, Kap. 17). Insofern läuft der aus Sicht der Systemtheorie von Peter Fuchs an die Adresse einer „nicht-exklusiven Ethik“ gerichtete Vorwurf, eine Begrifflichkeit zu verwenden, die „nichts mit Ethik und Moral zu tun hat“ (Fuchs, 2011, 246), ins Leere.

Psychiatrie und Ethik

Die Psychiatrie ist eine Institution, die von der bürgerlichen Gesellschaft eingerichtet worden ist, um Menschen vor sich selbst zu schützen und die Gesellschaft vor der Gegenwart dieser Menschen. Wie ist ihr ethischer Status? Ist die psychiatrische Ordnung, die uns Michel Foucault und Robert Castel vorgestellt haben, nicht geradezu die Institutionalisierung der ethisch fragwürdigen Exklusion?

In der Psychiatrie kommt es immer wieder zu Zwangsbehandlungen. Sie sind eine Herausforderung für die Ethik, wobei Zwänge als solche oder Formen von Gewalt „unproblematisch“ sind, insofern, als dass sie unakzeptabel und zu verurteilen sind. Aber Zwangsbehandlungen, denen eine Indikation zugrunde liegt und die zum Wohl eines Patienten erfolgen sollen, sind ernst zu nehmen. Wäre eine Zwangsbehandlung nicht auch eine Exklusion aus dem Schutzbereich des Ethischen erster Güte? Zwangsbehandlungen missachten einen Patienten, verletzen ihn buchstäblich, denn sie dringen invasiv in ihn ein. Somit stellt sich die Frage, ob fürsorglicher Zwang in Form einer Zwangsbehandlung eines Menschen ethisch akzeptabel ist. Aus Sicht einer nicht-exklusiven Ethik des bedürftigen Menschen gehe ich dieser Frage im Schnittpunkt von Philosophie, Medizin, Pflegewissenschaft und Behindertenpädagogik nach (vgl. Schnell, 2017).

Beginnen wir mit der elementaren Frage, ob Zwang überhaupt notwendig ist und nicht vielmehr abgeschafft werden kann.

Eine Welt ohne Zwang?

Eine Welt ohne Zwang wäre keine Welt ohne Hindernisse und ohne Einschränkungen. Gegenwind würde mir weiterhin das Gehen erschweren. Das Gedränge vor dem Tor würde den Eintritt ins Stadion noch immer verzögern. Die Buchung des Fluges würde durch die Überlastung des Servers immer noch in die Länge gezogen. Eine Welt ohne Zwang würde daher eine Welt sein, in der Hindernisse und Einschränkungen kein Problem darstellen. Sie wären unproblematisch, weil eine Person die Hindernisse so ansieht, dass sie mit ihrem Willen zu vereinbaren sind. Um ein Beispiel von Sartre anzuführen: „Für den Wanderer zum Beispiel zeigt sich der Berg als zu besteigender“ (Sartre, 2005, 423). Ein Bergsteiger will bergan steigen, der steile Berg ist daher kein Hindernis für ihn. Ein anderes Beispiel stammt von Hegel: Was jemand von sich aus will, entspricht dem, was er der Allgemeinheit nach auch soll. Der Verbrecher sieht die Strafe als das Seinige an und nimmt sie als gerecht entgegen, weil er Reue zeigt. Er ist kein Außenseiter mehr, die Gefängniszelle ist sein Platz im Gemeinwesen. Er ist nicht mehr geächtet, er gehört wieder dazu. Vernunft und Zwang der Strafe gehen ineinander auf. Meist ist dieser „Idealfall“, wenn es so nennen möchte, aber nicht gegeben. Der äußere Zwang wird dann nicht verinnerlicht und somit nicht zu eigen gemacht. Der Zwang ist damit äußerer Widerstand, der meine Intentionen hemmt. Das Problem des Zwangs tritt jetzt erst als Problem hervor und verunmöglicht eine Welt ohne Zwänge.

Orientierung in einer Welt mit Zwängen

Wir haben uns mit Zwängen zu arrangieren und müssen daher nach ihrer Rechtfertigung fragen. In dieser Sache vertrete ich die *These*, dass der Mensch in gewisser Hinsicht *zwangsbedürftig* ist (vgl. auch Schnell, 2015). Zwang hat eine positive Ermöglichungsfunktion, er ist nicht nur Verhinderung. Diese Ansicht mag merkwürdig erscheinen. Das Erstauen rührt meist daher, dass ein Gegensatz von Freiheit und Regel angenommen wird, so dass jede Einschränkung von Freiheit negativ gesehen wird. Dabei wird aber missachtet, dass Freiheit ohne Zwänge keine Freiheit ist, sondern Willkür. Willkür ist der absoluten Freiheit darin gleich, dass sie kein Wohlgefallen, sondern nur Schrecken verbreitet, wie wir seit Hegel wissen. Da niemand Willkür wirklich begrüßt, ist Zwang, der auf Freiheit zielt, in gewissem Maße sogar begrüßenswert. Fraglich ist dennoch unter anderem, ob es ethische Legitimationen eines solchen Zwangs geben kann. Ich komme nun zu zwei Autoren, die die These von der Zwangsbedürftigkeit des Menschen unterstützen, allerdings auf sehr unterschiedliche Weise.

Zur Zwangsbedürftigkeit des Menschen: Rousseau, Kant

Rousseau fordert im ersten Kapitel von *Emil oder Über die Erziehung*, dass es für die Erziehung eines Kindes am besten sei, wenn man „verhindert, dass etwas getan wird“, denn es sei besser, nichts zu tun, als irgendetwas zu tun, besser Zeit zu verlieren als zu gewinnen. Nichts zu tun bedeute, dass Widernisse und Zwänge, die durch Dinge und Umstände gegeben sind, nicht beseitigt werden sollen. Der junge Mensch hat sich durch diese hindurchzuarbeiten. Zugleich bedeute nichts zu tun aber auch, dass die Errichtung künstlicher, vom Menschen geschaffener Maßgaben zu unterlassen ist. Den Zwang der Sachen solle ein Mensch von früher Kindheit an kennenlernen, der Zwang eines fremden Willens solle ihm jedoch erspart bleiben.

Das in der Populärpädagogik bekannte Beispiel von der heißen Herdplatte verdeutlicht die Sachlage recht gut. Rousseau sagt, dass das Kind sich ausprobieren solle und sich zur Not auch verbrennen müsse, da es dadurch lerne, dass künftig der Herd zu meiden sei. Es ist der natürliche Zwang der Umstände, der zu Lernfortschritten führe. Völlig anders argumentiert Kant, der nach Rousseau der zweite Autor ist, der den Menschen für zwangsbedürftig erachtet. Die Eltern müssen das Kind warnen und davon abhalten, die Herdplatte zu berühren. Jetzt ist es der künstliche, vom Menschen aufgebaute Zwang, durch den das Kind lernt und Fortschritte macht.

Grundsätzlich betrachtet Kant den Menschen als ein Geschöpf, das regelrecht erzogen werden müsse. Die Erziehung beinhalte Disziplinierung, Kultivierung, Zivilisierung und Moralisierung. Dieser Gang sei ein Gang des Zwangs. Das Ergebnis der Erziehung sei der Gebrauch der Freiheit, der Weg dahin aber Zwang. Insofern lautet für ihn die Grundfrage der Pädagogik: „Wie kultiviere ich Freiheit bei dem Zwange?“ Das Ziel der Erziehung, die Freiheit, ist ohne Zwang nicht zu erreichen. „Zwang ist nötig.“ Der Freiheit weiß sich nur zu bedienen, wer den „unvermeidlichen Widerstand der Gesellschaft gefühlt“ hat. Kant spricht hier fast wie Emile Durkheim, der den künstlichen Zwang, den die Moral dem Menschen auferlegt und den natürlichen Zwang, der sich aus den Zufällen und Umständen des Lebens in einer Massengesellschaft ergibt, ineinander übergehen lässt.

Die hier skizzierte Debatte um den Zwang, die in der Moderne mit Rousseau und Kant ihren Ausgang nimmt, ist über die Jahrhunderte hinweg weitergeführt worden. Man denke nur an Theodor Litts Fragestellung *Führen oder Wachsenlassen?*, die diese Debatte nach dem zweiten Weltkrieg aufgegriffen und vertieft hat (vgl. Litt, 1967).

Fürsorglicher Zwang

Der Mensch ist zwangsbedürftig! Der Zwang ist ein fürsorglicher Zwang, denn er dient nicht der Unterdrückung, sondern der Kultivierung der Freiheit. Im Hinblick auf die Frage nach der Legitimation des Zwangs sagen die klassischen Positionen, dass die Person, die frei ist, Zwang ausüben darf über eine Person, die unfrei ist, um damit jemandem, der noch nicht frei ist oder nicht mehr frei ist, behilflich zu sein, es auch zu werden oder es wieder zu werden. Personen, die noch nicht frei sind, sind etwa Kinder; Personen, die es nicht mehr sind, sind etwa kranke Menschen. Damit vollziehen wir den Übergang von der Erziehung zum Gesundheitswesen.

Dieser Übergang führt uns einerseits in ein neues und anderes Sozialsystem. Andererseits besteht aber auch eine sachliche Nähe zwischen Erziehung und Gesundheit. Im Krankenhaus üben viele Heilberufler einen selbst erteilten Erziehungsauftrag gegenüber Patienten aus. Krankenhaus und Schule sind beide zudem, mehr oder weniger, totale Institutionen im Sinne Erving Goffmans.

Fürsorglicher Zwang in der Gesundheitsversorgung

Als gesunde und erwachsene Menschen müssen wir uns vorsorglich für die Situation des Verfalls und der Hilfsbedürftigkeit schützen. Wir tun dieses, indem wir autonom Recht delegieren. John Rawls beschreibt das entsprechende Procedere mit folgende Maxime: „Andere erhalten das Recht ..., an unserer Stelle zu handeln und das zu tun, was wir für uns tun würden, wenn wir vernünftig wären.“ Legitimiert ist, wer glaubhaft machen kann, dass „der Betroffene nach Entwicklung oder Wiedergesundung seiner Vernunft ... unsere für ihn ergangene Entscheidung billigen und anerkennen“ würde und daher sagen „würde, daß wir das Beste für ihn getan haben“ (Rawls, 1975, 281f). Das ist der klassische Paternalismus.

Charakteristik des fürsorglichen Zwangs

Der fürsorgliche Zwang ist mindestens durch folgende Aspekte charakterisiert:

- Er ist durch den Menschen gemacht,
- er wird zum Guten eines Anderen ausgeübt und zwar auch wider dessen Willen, welcher als unvernünftig und damit als relativ unbeachtlich gelten kann,

- er ist paternalistisch begründet, also potentiell durch den Anderen selbst legitimiert,
- er ist ein Zwang der Vernunft und damit, so Jürgen Habermas, der allein zulässige und auch der „allein zugelassene Zwang.“

Die entscheidende Voraussetzung dieser Maßgaben ist ein angenommener Sach- und Wertunterschied zwischen einer vernünftigen, moralischen Person und einem unvernünftigen, gar kranken Menschen. Die vernünftige Person übt fürsorglichen Zwang über die unvernünftige und eventuell kranke Person aus – und zwar zu deren Wohl. Die vernünftige, weil gesunde Person akzeptiert im Rahmen des Paternalismus den Wertunterschied. Wenn ich nicht mehr auf der Höhe meiner Vernunftmöglichkeiten bin, akzeptiere und begrüße ich es, wenn gesunde Personen stellvertretend für mich handeln. Diese Maßgabe, die auch von der Diskursethik geteilt wird, ermöglicht Fürsorge um die Kranken, aber um den Preis, dass die Fürsorgeempfänger bloße Objekte und keine zentralen Subjekte des Ethischen mehr sind. Im Zentrum steht die gesunde Person, die sprach- und handlungsfähig ist (Apel, Habermas).

Zum Wertunterschied zwischen Vernunft und Unvernunft

Um den Wertunterschied, den alle klassischen Positionen inklusive der Diskursethik behaupten, verdeutlichen zu können, schauen wir auf Max Scheler. Schelers Ethik stammt aus dem Jahre 1916 und ist unbelastet, was die modernen Debatten um die Bioethik angeht. Wir können Schelers Position schematisch darstellen, um den Wertunterschied zwischen Person und personlosem Menschen erkennen zu können (vgl.: Scheler 2000, 469ff).

Eine „Person“ ist		Ein „personloser Mensch“ ist	
vollständig	= bei Sinnen	wahnsinnig	= von Sinnen
mündig	= spricht mit eigenem Mund	unmündig	= folgt anderen Stimmen
selbstbewusst	= regiert sich selbst	vom Leib beherrscht	= Sklave der Sinne

Der Nachteil der klassischen Position

Der Vorteil klassischer Positionen wie der Schelers ist ihre Legitimation des Paternalismus. Sie hat aber auch einen großen Nachteil: Es werden bestimmte Menschen von Achtung und Würde ausgeschlossen und lediglich zu Fürsorgeempfängern ohne eigenen Status, auf den zu hören wäre, degradiert.

Dabei gelten Vollsinnigkeit, Mündigkeit und Selbstbewusstsein als Kriterien für den Wert einer Person. Wer sie nicht aufweist, ist keine *vollwertige* Person! Diese Eigenschaften sind heute im Zeichen von Gender Studies, Disability Studies, Human-Animal-Studies etc. problematisch geworden, da sie Leib, Geschlecht, Sozialität, Geschichtlichkeit u.a. Aspekte des Mensch- und Personseins als ethisch irrelevant ausblenden. Heute leben wir in Zeiten der Entdifferenzierung der Wertunterschiede zwischen gesunder und kranker Person.

Der Vorteil der Entdifferenzierung der Wertunterschiede

Diese Entdifferenzierung bietet den Vorteil einer ethischen Inklusion. Es kommt zu einer Annäherung zwischen der Vernunft und den Unvernünftigen: Mann und Frau, Mensch und Tier, Leben und Tod, Verwandte und Fremde sowie Kranker und Gesunder. Auch die bisher Unvernünftigen sind als Selbstzweck zu achten. Die Unvernunft ist so nicht unvernünftig und schon gar nicht würde- und wertlos, denn auch die Vernunft ist nicht so vernünftig und rein, wie einst geglaubt wurde. Klaus Dörner bringt diesen Sachverhalt auf die Formel: „Irren ist menschlich“.

Das Problem der Entdifferenzierung

Wenn klare und eindeutige Differenzierungen nicht mehr möglich sind, dann wird auch unklar, ob der Vernünftige über den Unvernünftigen weiterhin fürsorglichen Zwang ausüben darf. In dieser Unklarheit leben wir heute. Sie bereitet auch eine Problematik, die sich nachhaltig im Feld der Gesundheitsversorgung bemerkbar macht.

In den letzten 20 Jahren bescheinigte die Rechtsprechung dem Patienten, jedem Arzt rechtlich auf Augenhöhe zu begegnen und reduzierte dadurch vorhandene Asymmetrien. Ein Arzt ist nicht nur seinem Auftrag verpflichtet, sondern innerhalb der Rechtsordnung auch den Gesetzen, und diese stärken den Willen des Patienten – auch den des komatösen und des sterbenden.

Zur Sache!

1. Die Entdifferenzierung des Wertunterschieds zwischen Vernunft und Unvernunft hat als positiven Gewinn eine ethische Inklusion. Auch wenn diese lückenhaft sein mag, ist sie ein Gewinn.
2. Die Entdifferenzierung erzeugt zugleich das Problem, dass die klassische Legitimation zur Ausübung des fürsorglichen Zwangs nicht mehr wie bisher gilt.
3. Bundesverfassungsgericht hat die Zwangsbehandlung psychisch kranker Täter weitestgehend untersagt. Wie auch in anderen Bereichen der Gesundheitsversorgung begegnen sich hier Arzt und Patient rechtlich immer mehr auf Augenhöhe (Beschluss 2 BvR 882/09).
4. Welchen Sinn macht es, wenn ein Patient in der Psychiatrie eine Behandlung ablehnt, es ihm dadurch erheblich schlechter geht, die Verweildauer steigt und seine Chancen auf Resozialisierung sinken?

Fürsorglicher Zwang als Zwangsbehandlung

Wir wollen nun einige Begriffe präziser fassen, um die Problematik weiter verfolgen zu können. Zur Erinnerung sei gesagt, dass es uns um den fürsorglichen Zwang im Hinblick auf heilberufliche Behandlungen geht und nicht um Zwang und Gewalt im Allgemeinen.

Als *Behandlung* bezeichnen wir eine medizinisch indizierte Maßnahme zum Wohl des Patienten, die durch die Einwilligung des Patienten und seine handelnde Mitwirkung, die als natürlicher Wille bezeichnet wird, legitimiert ist. Unter *Zwang* verstehen wir eine indizierte Maßnahme gegenüber einer Person, die aufgrund von Fremdgefährdung legitimiert ist. Man denke etwa an die Zwangsquarantäne gemäß §30 des Infektionsschutzgesetzes. Eine *Zwangsbehandlung* ist eine ärztlich indizierte Maßnahme in einem Krankenhaus zum Wohl eines Patienten, die nur wider seinen Willen durchgeführt werden kann.

Für den Fall der Einwilligungsunfähigkeit kann eine volljährige Person eine Patientenverfügung verfassen und darin Untersuchungen, Heilbehandlungen und ärztliche Eingriffe befürworten oder untersagen. Diese Autonomie erfährt im Falle der Psychiatrie jedoch eine prinzipielle Einschränkung. Psychiatrische Maßnahmen und ärztliche Untersuchungen, die ein Gericht anordnet, kann ein Patient nicht untersagen oder ablehnen. Wenn ein Patient in der Psychiatrie einwilligungsunfähig ist, dann bezieht sich die Zwangsbehandlung auf eine Überwindung des natürlichen Willens. Weiterhin ist zu beachten, ob eine anstehende Behandlung lebenswichtig ist oder nicht. Wenn die Behandlung sehr stark schädigende Nebenwirkungen haben sollte, dann muss u.U. eine betreuungsgerichtliche Genehmigung eingeholt werden (vgl. Rüsing, 2017).

Der fürsorgliche Zwang

Der *fürsorgliche Zwang* stellt eine indizierte Maßnahme zum Wohl des Patienten und wider dessen Willen dar. Die klassische Position des Wertunterschieds zwischen vernünftiger und kranker Person kann diesen Zwang legitimieren. Für die moderne Position, die den Wertunterschied zugunsten einer ethischen Inklusion ablehnt, ist die Legitimation fraglich. Auch aus rechtlicher Sicht kann, abgesehen von dem gegebenen Beispiel der Quarantäne, für oder gegen eine Zwangsbehandlung argumentiert werden. Die zentrale Frage für die hier vorgenommene ethische Argumentation lautet nun: Können fürsorglicher Zwang und ethische Inklusion zusammen existieren? Oder in Abwandlung von Kant: Wie ist fürsorglicher Zwang bei der ethischen Inklusion möglich?

Ausblick

Die Legitimation von fürsorglichem Zwang war traditionell an den Wertunterschied zwischen vernünftiger und unvernünftiger Person gekoppelt. Eine Folge dieses Unterschieds ist eine ethische Exklusion. Die Aufhebung bzw. erhebliche Abmilderung des Wertunterschieds bewirkt eine Inklusion. Als Folge daraus kann nur eine Entkoppelung des fürsorglichen Zwangs von der personalen Wertunterscheidung resultieren. Exklusiv ist nämlich nicht der fürsorgliche Zwang, sondern die Behauptung, dass ein durchaus vorhandener Unterschied zwischen Vernunft und Unvernunft einen ethischen Unterschied in Achtung, Schutz und Würde bedeuten könne.

Wenn fürsorglicher Zwang auf Grenzen stößt, ist das ein Anzeichen für einen möglichen ethischen Inklusionsgewinn. Dieser Gewinn ist zu achten. Ihm ist öffentlich Gehör zu verschaffen und somit nicht nur den Klagen von Ärzten und anderen Heilberuflern über unklare Handlungsoptionen. Auch die Tatsache, dass Menschen, die als Patienten sogenannte „unvernünftige Entscheidungen“ fällen, Heilberuflern und staatlichen Organen immer mehr auf Augenhöhe begegnen, besagt nicht, dass eine Zwangsbedürftigkeit des Menschen obsolet geworden ist. Sie tritt differenzierter auf und ist differenzierter zu legitimieren, wie die höchst unterschiedlichen Beispiele aus den Bereichen des Strafrechts, der Psychiatrie, des Infektionsschutzes, der Behindertenpolitik und der Demenzversorgung zeigen.

Fürsorglicher Zwang ist mit ethischer Inklusion zu vereinbaren und kann somit einen Anspruch auf Akzeptabilität stellen, wenn er mindestens die Summe nachfolgender Kriterien erfüllt:

Der fürsorgliche Zwang

- verletzt menschliche Personen nicht,
- beraubt menschliche Personen nicht alternativer Artikulationsmöglichkeiten,
- beschädigt menschliche Personen nicht hinsichtlich Achtung und Würde,
- behandelt menschliche Personen nicht als nacktes und ethikfreies Leben.

Somit ist nicht jede Exklusion ein ethisches Problem (vgl. die ausführliche Begründung in Schnell, 2017).

Eine differenzierte und wohlberatene Befürwortung von fürsorglichem Zwang bewegt sich im Rahmen der wohlfahrtsstaatlichen Ethik, die eine offene, kreative und auch konflikthafte Beziehung zwischen den Grundwerten Autonomie (des Individuums innerhalb der Gesellschaft), Gleichheit (als Verhinderung ungerechter Bevorzugungen) und Sicherheit (als Schutz des Individuums vor der Gesellschaft und der Gesellschaft vor Individuen) als demokratische Normalität betrachtet (vgl. Pollmächer, 2015).

Literatur

- Agamben, G. (2003). *Was von Auschwitz bleibt. Das Archiv und der Zeuge (Homo sacer III)*. Frankfurt/M.: Suhrkamp.
- Apel, K.O. (1988). *Diskurs und Verantwortung*. Frankfurt/M.: Suhrkamp.
- Fuchs, P. (2011). „Inklusionssysteme“, in M. Dederich & M.W. Schnell (Hrsg.), *Anerkennung und Gerechtigkeit in Heilpädagogik, Pflegewissenschaft und Medizin. Auf dem Wege zu einer nichtexklusiven Ethik*. Bielefeld: transcript.
- Habermas, J. (1991). *Erläuterungen zur Diskursethik*. Frankfurt/M.: Suhrkamp.
- Litt, Th. (1967). *Führen oder Wachsenlassen?*. Stuttgart: Ernst Klett.
- Pollmächer, T. (2015). „Moral oder Doppelmoral? Das Berufsethos des Psychiaters im Spannungsfeld zwischen Selbstbestimmung, Rechten Dritter und Zwangsbehandlung“. *Nervenarzt* (86/2015).
- Rawls, J. (1975). *Eine Theorie der Gerechtigkeit*. Frankfurt/M.: Suhrkamp.
- Rüsing, U. (2017). „Durch verdeckte Medikamentengabe stationäre Zwangsbehandlung vermeiden?“ *pflegen: Demenz* (43/2017).
- Sartre, J.P. (2005). *Entwürfe für eine Moralphilosophie*. Reinbek bei Hamburg: rowohlt.
- Scheler, M. (2000). *Der Formalismus in der Ethik und die materiale Wertethik*. Bonn: Elibron.
- Schnell, M.W. (2015). Die Zwangsbedürftigkeit des Menschen. In M. Becka (Hrsg.), *Ethik im Justizvollzug*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Schnell, M.W. (2017). *Ethik im Zeichen vulnerabler Personen. Leiblichkeit – Endlichkeit – Nichtexklusivität*. Weilerswist: Velbrück.