

## Ein essayistischer „Versuch“ über die Rechtswirklichkeit bei forensischen Krankenhäusern in Deutschland (aus Sicht eines Erfahrenen)

Die Frage der Strafe ist wahrscheinlich so alt wie die Gesellschaft selbst. Schon in prähistorischen Stämmen wurde sozial abweichendes Verhalten durch das Kollektiv sanktioniert, meist archaisch durch Ausgrenzung oder den Tod. Während es im Tierreich oft zum Überleben des Stärkeren führt, wenn der Alpha einen Herausforderer besiegt, sind Menschen jedoch der Vernunft fähig, die es ihnen erlaubt zu abstrahieren und gewisse Regeln oder Gesetze aufzustellen, die, zumindest theoretisch auch den Betroffenen und das schwächste Glied schützen. Geschichtlich wurden diese Normen vom Gott gegebenen Souveränen und später von Gerichten durchgesetzt bzw. angewandt. Im Strafrecht wird also nach einem Ja-Nein Muster über eine vergangene Tat entschieden. Ja, Raskolnikov hat (aus Gier und Wut) die alte Pfandleiherin erschlagen. Oder: Nein: Dreyfus war nicht der Spionage schuldig, da er keine Geheimnisse an fremde Mächte weiter gegeben hat. Das Strafrecht dient dazu die Rechtsgüter Dritter zu schützen. Es verhindert das Raskolnikov beispielsweise, weiter mordet und wirkt durch die Strafe auch abschreckend auf Andere: es geschehen also sehr wahrscheinlich weniger Morde, als wenn es keine Strafe gäbe. Während in einer modernen Zivilgesellschaft der „Sinn“ von Strafe im Sinne von Rache und (religiöser) Vergeltung immer mehr in Frage gestellt wird, da der Gedanke der Resozialisierung (Siehe auch: das Gefängnissystem in nordischen Ländern, aber auch die Definition von lebenslänglich im westeuropäischen Gefängnissystem, die meist „nur“ 15 Jahre bedeutet) eine immer größere Rolle spielt, hat das Strafrecht unbestritten eine *ordnende* Funktion auf das menschliche Zusammenleben. Manchmal müssen Rechte Einzelner eben eingeschränkt werden (z.B. durch Freiheitsstrafen/Gefängnis), um die Rechte Anderer zu gewährleisten, da meine nach Kants goldener Regel meine Freiheit dort aufhört, wo deine anfängt. Anarchie, jedenfalls, scheint in der Praxis noch nicht erfolgreich versucht worden zu sein. Auch die Menschenwürde, das höchste aller Güter, muss durch staatliche Regeln und demokratische Gesetze „aktiv“ geschützt werden. Die Organe müssen sich dabei gegenseitig kontrollieren, dass kein Missbrauch stattfindet. Insbesondere die Verwaltung und die Exekutive wird von der Judikativen überwacht. Dies ist in der Staatstheorie weitestgehend unbestritten.

Aus der Science-Fiction Literatur, wie etwa im Film *Minority Report*, kennen wir nun viele Fälle - und die Exekutive hat scheinbar auch in der Realität, eine Tendenz dazu ihre Macht und Instrumentarium auf diese Art der „Verbrechensbekämpfung“ auszuweiten- bei denen prophylaktisch-präventiv vorgegangen wird und bereits bei „Verdacht auf“ agiert wird: Täter werden also eingesperrt, ehe die Tat begangen wurde. Im oben erwähnten Film sind es drei höhere, außerirdisch anmutende, in Zukunft sehende und durch Kabel in einem Becken verdrahtete Wesen, die „orakelhaft“ und durch ein nicht näher bestimmtes Verfahren eine Kugel „drucken“ bzw. auswerfen, auf der der Name des nächsten Täters steht. Dieser Täter wird dann für das zukünftige Verbrechen X bestraft bzw. eingesperrt. Auch in der Geschichte gibt es Beispiele, wie die (Geheim)polizei mit Hilfe des Strafrechts, bei „Verdacht auf Volksverhetzung oder Wehrkraftzersetzung“ etwa, agiert haben.

Was auf den ersten Blick wie Geschichte und Science-Fiction erscheint, ist im heutigen Psychiatriealltag in Deutschland tristere Realität, als man zu vermuten mag: Neben der Unterbringung nach Bürgerlichen Gesetzbuch und den Psychisch-Kranken-Gesetzes sind insbesondere die Paragraphen 20, 21 sowie 63 und 64 im Strafgesetzbuch zu erwähnen, welche, so die These, das ansonsten nicht-subsumierbare Recht der Menschenwürde gewissermaßen „aushöhlen“. Außerdem sind sie Ausdruck des Gesetzgebers für eine menschenfeindliche Gesetzgebung, deren „Geist“ in anderen Unterbringungsgesetzen mitschwingt. Bei allen Unterbringungsformen spielt die Expertise des Gutachters eine entscheidende Rolle. In der Dreiecksbeziehung zwischen (selbst-ernannten) fachlichem Experten, meist ein psychiatrischer Facharzt, dem Fach affinen Gutachter und einer

juristischen-rechtlichen Legitimationsinstanz, durch den erstinstanzlichen Richter repräsentiert, entsteht ein quasi-rechtsfreier Raum mit verheerenden Folgen für den Menschen, um den es geht. Die Maximalstrafe für Straftaten wird „aufgehoben“. Aus Sicht des Betroffenen ist es fast egal, welches Gesetz als Grund für die Unterbringung herangezogen wird, da es *praktisch* kaum einen Unterschied macht, ob man „präventiv“ oder wegen „Fremdgefährdung“ weggesperrt wird: Manchmal wäre sogar eine Verurteilung nach §63 oder 64 StGB den anderen Unterbringungsformen vorzuziehen, weil die Freiheitsstrafe für leichte Körperverletzung mit anschließender Verwahrung kürzer gewesen wäre als eine Jahre lange Zwangsunterbringung nach BGB. Beide Formen enthalten nicht verifizierbare Prognosen für die Zukunft über den „Probanden“, die von einem „Experten“ angefertigt werden. Es kommen außerdem Urteile zustande, die nicht nur, wie etwa das Gefängnis, freiheitsentziehender Natur sind, sondern auch im Hinblick auf die Würde fragwürdige Vorgehensweisen legitimieren. Zu erwähnen sind hier Zwangsmedikation, Fixierungen und Elektroschocktherapie. Die Macht, die von der Institution Psychiatrie ausgeht, ist in erster Linie politisch. Um Michel Foucault weiter zu zitieren, Irrenhäuser und Gefängnisse aber in einem geringeren Ausmaß auch Schulen „definieren, klassifizieren und verwalten“ Menschenleben. Der Mensch selbst wird in diesem Kafkaesken Prozess gewissermaßen zum Objekt (im Jargon auch Patient, Proband, Betroffener genannt) gemacht und hat nun mitnichten die Möglichkeiten seine Menschenwürde nach Peter Bieri zu „leben“, da er gar nicht mehr an der Gesellschaft teilnimmt. Und das alles im Namen der Medizin: Zum „Wohl“ und „Besten“ des Menschen, dem während der Unterbringung, die freie Willensbildung abgesprochen wird. Die betroffenen Paragraphen sollen in diesem Essay in ihrer Alltagsauslegung auf ihre Verfassungskonformität überprüft werden und erhebt nicht den Anspruch auf juristische Korrektheit:

Konkret besagen die Artikel im Strafgesetzbuch, dass 1) (nach §20 StGB) man zum Beispiel wegen einer „seelischen Störung“ oder einer „tiefgreifenden Bewusstseinsstörung“ als schuldunfähig (d.h. man ist nicht in der Lage, das Unrecht der Tat einzusehen) eingestuft werden kann 2) dass (nach §21 StGB) der Täter eine mildere Strafe erwarten kann, wenn §20 gegeben/erfüllt ist, 3) dass Täter, bei denen §20 und §21 zutrifft, (nach §63 StGB) aufgrund des *zu erwartenden* „seelischen, körperlichen und wirtschaftlichen“ Schadens in ein psychiatrisches Krankenhaus untergebracht werden können. Dieser Schaden muss „erheblich“ bzw. „schwer“ sein. 4) dass ein Alkohol- oder Drogenabhängiger in einer Entziehungsanstalt untergebracht werden kann, wenn erhebliche rechtswidrige Taten zu erwarten sind.

Zu 1 und 2) Während der Begriff der (verminderten/bedingten/oder kompletten) Schuldunfähigkeit als zivilisatorische Errungenschaft erscheinen mag, weil bei der Urteilsfindung auch exogene Faktoren eine Rolle spielen, wird, wie insbesondere in der Analyse von Punkten 3 und 4 zu sehen sein wird, diese Schuldunfähigkeit oft als Vorwand genommen, um jemanden in ein psychiatrisches Krankenhaus unterzubringen. So ist es wahrscheinlich eher sinnvoll, Jugendliche nicht genau so hart wie Erwachsene zu bestrafen. Man mag darüber streiten, ob es richtig ist, ob einem Drogen- oder Alkoholsüchtigen, der in Beschaffungskriminalität bzw. in einem Autounfall (mit Todesfolge) verwickelt ist, eine „normale“ Strafe verdienen oder nicht. Unser Rechtssystem richtet solche Menschen jedenfalls nicht zu Tode, anders als etwa manchmal in den USA, China o.ä. Doch zurück zum Kernproblem: Während eine Drogen- oder der Alkoholgehalt medizinisch-wissenschaftlich nachgewiesen werden kann, besteht bei der Definition „krankhaften seelischen Störung“ oder „tiefgreifenden Bewusstseinsstörung“ ein erheblicher (subjektiver) Deutungsspielraum. In der Rechtspraxis ist allein die Einschätzung des „fachkundigen Experten“, namentlich ein/e Psychiater/in Ausschlag gebend. Dieses erkenntnistheoretische Problem in der „weiche Wissenschaft“ der Psychiatrie (aber auch der Psychologie) wird dadurch veranschaulicht, dass es keine Scans oder Blutproben gibt, die auf eine „seelische Krankheit“ schließen lassen. Führende Forscher wie Robert Sapolsky von der Stanford Universität vermuten zwar, dass es eine Stoffwechselwirkung im Gehirn zu Schizophrenie führen kann, aber niemand ist sich „sicher“, wie sich die Gehirnsynapsen in den

Modellen wirklich verhalten und welche Faktoren (und Selbstheilungskräfte) eine Rolle spielen. Und messen lässt sich eine „Störung“ auch nicht. Es reicht das „formal-gedanklich“ Von-sich-Gegebene seitens des Betroffenen, damit der Arzt ein Urteil fällen kann. Der Psychiater „analysiert“ dann anhand dessen, ob eine Stoffwechseldefizit im Gehirn vorliegt. Das Verfahren ist nicht objektivierbar. Wie also umgehen mit einem Menschen, der beispielsweise nicht-konform lebt (z.B. obdachlos, Klimaaktivist, pazifistischer Ablehnung von Autorität und Konsumgesellschaft, möglicherweise Querulant und Querdenker, Schwarzfahrer und Hausfriedensbrecher)? Ist hier schon Unterbringung wegen „Eigengefährdung“ gerechtfertigt? Was ist, wenn dieser wegen Einweisung eine Straftat wie Widerstand gegen die Staatsgewalt leistet oder einen Arzt für seine arrogante „eine knallt“? Reicht es schon aus, wenn man barfuß durch die Stadt läuft und teils (unterkühlt) und schlecht ernährt von Tafel zu Tafel bettelt? Ist es richtig in Zweifelsfällen einen Experten/die Institution des psychiatrischen Krankenhaus zu fragen, die ja gerade von solchen Patienten lebt? Ist dies nicht ein vehementer Interessenkonflikt, der sonst nur so glasklar in der ökonomischen Spieltheorie vorkommt? Breitet sich nicht der Leviathan Psychiatrie als Institution samt Pflege- und Betreuungs- aber auch Pharmazie-Apparat aus und greift nach neuem „Material“ um sich? Da die Bewegung der Anti-Psychiatrie oft verlacht wird und die gängige politische Meinung die Schulmedizin unterstützt fehlen leider auch aussagekräftige Zahlen und Statistiken im politischen Diskurs (so weit vorhanden) über diese gesellschaftliche Randgruppe. Fest steht, die Zahl der zwanghaften Unterbringungen, Zwangsmedikationen steigen kontinuierlich an. Gibt es jetzt mehr „Kranke“ als früher? Warum eine Diskrepanz zwischen Ost- und Westdeutschland (vgl. dazu den Investigativjournalismus der TAZ, von Eva Völpel aber auch Martin und Steinert, 2005)? Haben Psychiater wirklich einen Anreiz, jemanden schnell zu entlassen bzw. eine vorhandene Diagnose zu revidieren? Hinzu kommen in der Praxis, dass Vor-diagnosen oft 1:1 übernommen werden und dass Ärzte in der strikten Hierarchie im Krankenhaus gar keine Möglichkeit hätten in der Visite (mit Chefarzt) korrigierend ,d.h. differentialdiagnostisch etwa, einzugreifen, auch wenn sie wollten. Aussagekräftige Statistiken existieren nicht für § 20 StGB. Interessant wäre auch der Ausländeranteil. Während die Inhaftierungsquote von Ausländern in deutschen Gefängnissen hoch ist, gibt es keine Zahlen über den hohen Anteil an Deutschen in deutschen Psychiatrien. Werden Ausländern aus Respekt vor „kulturellen Unterschieden“ weniger oft diagnostiziert? Oder gibt es bei Einwanderern einen stärkeren familiären Zusammenhalt als bei uns Deutschen? Sind die Einweisungen in westlichen Ländern höher als in Entwicklungsländern? Ist die Drehtürpsychiatrie (bei der Patienten immer wieder in derselben Klinik landen) vielleicht Ausdruck einer fehlgeleiteten Therapie und eines verkehrten Ansatzes? Ist es nicht viel mehr Ausdruck von sozialer Ausgrenzung, Arbeitslosigkeit und Prekariat? Kann man seine Schuldfähigkeit wieder erlangen?

Zu 3) und 4): Wird die (in 1. und 2. besprochene) Schuldunfähigkeit festgestellt, liegt die Feststellung von Eigen- und Fremdgefährdung nicht fern. Präventiv wird dann eher für eine weitere Unterbringung plädiert. Auch weil sich kein Gutachter „aus dem Fenster lehnen will“. Er hat also ein Anreiz zum Einsperren. Die Unterbringung wird vom Facharzt in der Klinik, während der „Proband“ beobachtet wird, festgestellt und sehr oft vom richterlich angeordneten Gutachter übernommen. Auch hier fehlen Statistiken, wie oft dies der Fall ist. In Österreich ist die „Übernahme“ erschreckend hoch. Fest steht nur, dass die Unterbringung nach Maßregelrecht deutlich länger dauert als die parallel verhängte Freiheitsstrafe. Laut Ceus-Consulting erfährt jeder dritte „Proband“ eine Unterbringung, die länger als 10 Jahre dauert (aus Ärzte Blatt: Müller, J., 2019). Diese „Zunft“ der Gutachter sind meist ehemalige Psychiater (auch aus dem gleichen Krankenhaus), die nun mehr oder minder selbstständig (meist oft nur für ein Amtsgericht) tätig werden. Sie werden nach Anzahl der Gutachten bezahlt. Besteht ein Interesse daran, sich Folgegutachten mit einem Langzeitpatienten zu sichern? In einem Interview wird festgestellt, ob der „Proband“ eigen- und/oder fremdgefährdend ist. Aus Erfahrung des Autors geschieht, dies viel zu schnell und ohne stichhaltigen Anhaltspunkte. (vgl.: Institut für Rechts- und Kriminalsoziologie, 2019, Wien) Ein wirksamen Rechtsbeistand bekommt der Betroffene hier nicht zugewiesen, da Rechts- bzw. Verfahrenspfleger

vom Gericht bestellt werden und somit nur Formales beobachten: z.B. Hat der Gerichtstermin stattgefunden? Wurde der Betroffene gehört? Etc. Nun die Kafkeske Crux: Wenn man schweigt wird dies als dem Krankheitsbild zugehörig, interpretiert und wenn man redet, kann jede Gewohnheit (auch leichter Alkohol- oder Cannabiskonsum aber auch lediglich verbalaggressives Verhalten oder „Schreien“ und „Unruhig-sein“ bei Fixierung) bereits als Eigengefährdung oder Fremdgefährdung interpretiert werden. Im Strafrecht, es sei daran erinnert darf ein Schweigen nicht negativ ausgelegt werden. Der Richter, die ja nun eigentlich eine kontrollierende Instanz sein sollte, ist oft nur kurz zugegen und verlässt sich auf das Gutachten, was wiederum von dem behandelnden Arzt „vorgegeben“ wurde. Dies ist viel Macht für eine Person, dessen „Gnade man unterworfen“ ist (Foucault). Um nochmal Foucault in diesem Kontext zu zitieren: Mann muss ein Held sein, um der Moral unser Zeit ins Gesicht zu sehen. Die Regel ist leider der Fehler, die Fehldiagnose und das „Verwahren“, also das unnötig lange Einweisen und Zwangsbehandeln: Richter, die mehr mit ihren Diktiergeräten reden als mit dem Betroffenen, Verfahrenspfleger, die Widersprechen und juristische Mittel seitens „Probanden“ als schizophrens Geschwaffel abtun. Wie viele durch die Polizei hergebrachte „Probanden“ werden tatsächlich entlassen? Auch die Polizei wäscht sich die Hände in Unschuld, wenn sie die Frage der „psychischen Gesundheit“ auf Ärzte abwälzt. Meist reicht dann schon die „Fremdanamnese“ seitens der Polizei aus für die Beurteilung durch die Ärzte. Zwischen Personal und Patienten auf der geschlossenen Station entsteht zudem eine nicht zu unterschätzende Wächter-Gefangenen Dynamik, wie es auch in der österreichischen Studie (IRK) festgestellt wird: Schikanen und Strafe gehören zur Tagesordnung. Selbst eine Umfrage des Personals von einer Gewerkschaft belegt, dass aufgrund von Personalmangel „zu oft“ fixiert wird (vgl. Spiegel vom 09.09.2019: Personalnot in Psychiatrien). Personalmangel ist auch oft der Grund, warum Patienten in Psychiatrien ohne Außenbereich über mehrere Monate nicht (in Begleitung) an die frische Luft dürfen. Selbst Gefangene in den USA haben das Recht auf eine Stunde Hofgang und Sonnenlicht *am Tag*.

Eng einher mit der Feststellung der Eigen- und Fremdgefährdung aufgrund eines psychischen Krankheitsbildes (Diagnose), gehen medikamentöse Zwangsbehandlung sowie die Praxis von Zwangsfixierungen. Oft werden „Patienten“ mit der „Wahl“ konfrontiert, die Medikamente „freiwillig“ (d.h. *compliant zu sein*) zu nehmen, was viele aus Angst vor Fixierung, genereller Resignation und Furcht vor einem mehrjährigen Aufenthalt o.ä. auch tun, oder durch richterlichen Zwang zu nehmen. Die Nebenwirkungen, auch wenn die Langzeitfolgen von neuere atypischen Medikamenten nicht ausreichend erforscht sind, sind hinlänglich bekannt und können *dauerhaften* Schaden anrichten. Viele Traumata und Symptome entstehen erst in der Psychiatrie. Oft verursachen sie die Probleme, die sie zu lösen vorgeben: Antriebslosigkeit, Schlappeheit und Libidoverlust, um nur ein paar zu nennen. Wie viele Gegenstudien gibt es, die Patienten mit Placebos einerseits und Antipsychotika andererseits testen und wo der Arzt zuordnen muss, wer „psychotisch“ ist? Auch durch Fixierungen, die nicht nur freiheitsentziehende Massnahme darstellen, widersprechen diametral der Menschenwürde: In der horizontalen Position ist es beispielsweise nicht möglich Wasser zu lassen, da der Urin nicht „hoch/nach oben“ fließen kann. Durch eine fünf oder sieben Punkte Fierung ist auch ein Drehen auf die Seite, wo vielleicht noch bei einer gesunden Blase ein Wasserlassen möglich ist, nicht möglich. Daneben gibt es noch u.a. etwa Tromboserisiken etc. Im Jahre 2018 hat das Verfassungsgericht im Urteil 2BvR 309/ 15 und 2 BvR 502/16 entschieden, dass eine achtstündige Fixierung menschenunwürdig sei. Dennoch wird im Psychiatriealltag (aber auch im Altenheim!) oft die als angebrachte Dauer von 30 Minuten oft (teils extrem und ohne Entfixierung für Toilettengänge) überschritten. Eigene Umfragen bestätigen dies. Selbst Pfleger geben dies zu, dass dies geschieht und schieben es auf den Personalmangel. Die Überwachung des Fixierten findet nur unzureichend statt. An der Würde darf allerdings in einem Rechtsstaat nicht gespart werden, vor allem wenn mildere Mittel, wie etwa eine Gummizelle gibt. Wie viele Psychiatrie-Erfahrene legen erst gar keinen Widerspruch ein gegen eine solche Eingriffe u.a. aus Angst vor Repressalien? Die Dunkelziffer dürfte hoch liegen. Wie viele Landgerichte revidieren das vorangegangene Urteil? Warum bewirbt der Abilify

Konzern sein Medikament auch für Senioren mit Demenz? Und kommt damit durch. Warum müssen Krankenpfleger und Ärzte in ihrer Ausbildung nicht auch eine mehrtägige Fixierung „als Lehre“ erfahren, damit sie wissen wie das ist und damit sie sich der Risiken und Gefahren (möglicherweise Katheter und dauerhafte Blasen/Nierenbeeinträchtigung u.a.) bewusst werden. Ganz ungeachtet der mittelalterlichen Unwürde der Praxis! Wie soll ein festgebundener Mensch noch Würde empfinden oder gar „leben“(Bieri) können. Kann eine kontrollierte Entkriminalisierungspolitik (wie Methadon in Portugal), die Drogenkriminalität unterbinden? Müssen bald auch Klimaaktivisten, Raucher und fettleibige Menschen mit einer Einweisung wegen selbstschädigendem Verhalten rechnen? Wo zieht man die Grenze? Entwickeln wir uns zu einer chinesischen „Punktegesellschaft“, wo abweichendes Verhalten, mit „Medikamenten“ sanktioniert wird? Ist dies noch ein Übrigbleibsel aus vergangenen Zeiten, in denen Menschen u.a. zwangssterilisiert wurden? Was wenn die Justiz in ihrer Kontroll- und Überwachungsfunktion versagt? Was ist mit dem „Recht auf Krankheit“ und dem Recht auf Patientenverfügung, die bei Gefährdung vom Gericht „umgangen“ werden kann?

*In Conclusio*, lässt sich festhalten, dass der Alltag von Psychiatrie-Erfahrenen jedenfalls ein sehr unerforschtes und wenig dokumentiertes Thema ist. Es gibt wenig Statistiken, die Rechtsverletzungen/Eingriffe der Erfahrenen festhalten: Zahl der Zwangsmedizierten, Dauer von Fixierungen, Anzahl der Leute, die durch die Forensik eine höhere und gravierendere Strafe erleiden etc. (vgl. NDR: S.. Horst, 2021: Weggesperrt und vergessen). Die Vorgaben der Justiz, dass innerhalb von kurzer Zeit ein Richter eine Fixierung etwa erlauben muss oder dass ein Gutachter das „Auge“ des Richters ist kommen in der Praxis zu kurz oder bieten zu viel Raum für Missbrauch. Auch, dass Menschen wegen eines *Verdachts* auf etwaigen Schaden länger als die von der Polizei erlaubten 28-48 Stunden festgehalten werden können, ist rechtswidrig und erinnert mehr an eine Gedankenpolizei aus Sci-Fiction Filmen als an eine aufgeklärte Zivilgesellschaft. Was in Zeiten der Inquisition das Geständnis war, sind heute, überspitzt gesagt, die Psychiater im weißen Kittel, wenn sie von „Krankheitseinsicht“ reden. Gegenüber denen, die zugeben tatsächlich Stimmen zu hören, bringt die Zukunft der Psychiater die Medizin und die Kunst des Heilens selbst in Verruf, da sie mit Zwang auftritt und sich mit Gewalt durchsetzt: Vielleicht suche ich als seelisch Aufgewühlter eher keine Hilfe, wenn mir eine vollumfängliche Betreuung, Zwangsmedikation und lebenslange Stigmatisierung droht.

Die Hydra aus Medizin, Pharmaindustrie und Justiz ist zu mächtig und erinnert an den militärisch-industriellen Komplex in den 50er Jahren in den USA: Es hört ja noch nicht bei einem einmaligen Psychiatrieaufenthalt auf. Auch in der sogenannten Nachbetreuung (etwa in Wohnheimen oder der offenen Station) wird de facto Compliance *erzungen*: durch Androhen von Gutachter, Richter und Einweisung. Von menschenunwürdigen Beschäftigungstherapien (bei denen Betreute für einen Stundenlohn von unter einem Euro arbeiten, oder anderen Maßnahmen) profitieren in erster Linie die Industrie rund um den Bereich wie Pfleger, Sozialarbeiter, Ergotherapeuten und Psychologen etc. Alternativen: Wie schauen ob es ohne Medikamente geht, oder die neuere Psychosomatische Energetik (kurz PSE) Methode, von der Psychiatrie abfällig als komplementär abgestempelt, sind Optionen die nicht auf den Tisch kommen: auch weil Kalkül und Interessen eine Rolle spielen. Was ist mit Schadensersatz für psychiatrische Gewalt? Fixierung ist Folter und gehört sofort gänzlich abgeschafft. Es gibt nichts was eine Gummizelle nicht kann. Mollath war ein Extrem-, aber sicherlich kein Einzelfall. Sein Hamburger Anwalt Strate beschreibt in seinem Buch ausführlich, dass die juristischen *checks und balances* in diesem Bereich in Praxis versagen. Missbrauch oder Fehlunterbringung mit de facto demselben Resultat geschehen auch durch das BGB und den PsychKHG. Wäre der verfassungswidrige Geist der Paragraphen im StGB erst einmal gekippt, würden andere Gesetze sicher folgen.

Ich appelliere an die Politik zumindest, Zahlen und Bedarf zu ermitteln, damit sie selbst vernünftig steuern kann, ehe sie blind der „Psychiatrie im weißen Gewand“ ein Blankocheck ausgestellt wird. Quo vadis, Psychiatrie? Ist eine Privatisierung vielleicht sogar erwünscht, weil

dadurch „verkrustete“ Abhängigkeiten im gegenwärtigen Komplex durchbrochen werden oder gibt es genug Gegenbeispiele in den USA, dass eine Privatisierung zu noch schlimmeren Zuständen führen würde? Hat ein Privater mehr Anreiz, Patienten schneller zu entlassen und kann er vielleicht eher haftbar gemacht werden für *malpractice* (d.h. z.B. Körperverletzung)? Die Paragraphen widersprechen in der derzeitigen Auslegung jedenfalls der Menschenwürde: eine Idee wäre die Amtsgericht mit Schöffen auszustatten, um ein Urteil über die „mentalen Hygiene“ eines Menschen demokratischer zu machen. Das Monopol des Gutachters muss irgendwie aufgebrochen werden. Inklusion, wie von der UN-Behindertenrechtskonvention gefordert, muss ja schließlich irgendwo beginnen. Es sei auch der öde Alltag in einer Einrichtung erwähnt. Trotz Millionen für Personal und Ausbau fehlt es an (Fern)studienplatzangeboten und das Recht auf Bildung/Fortbildung wird kleingeschrieben: So wird stattdessen mit dem Internetzugang gutes Verhalten *erpresst* und nach der abendlichen Stunde zwischen 20 und 22 (je nach Einrichtung) wird überhaupt kein Fernsehen oder Internet mehr erlaubt, falls es nicht schon als „gefährliche Reizüberflutung“ klassifiziert wurden ist. Ähnliche Regeln gibt es für Handyzugang. Abgesehen von einer Bibel und ein paar veralteten Krimis gab es nichts. Auch hier fehlt in der Praxis die Teilhabe.