

Zwangmaßnahmen in der Psychiatrie

Von der Bevormundung zur Mündigkeit des psychisch Kranken

I. Vom Wandel des Umgangs mit psychisch Kranken

(1) Der gesellschaftliche Wandel im Umgang

Die Stellung psychisch kranker oder gestörter Menschen in der Gesellschaft und der Umgang mit ihnen in der Medizin unterliegt dem ständigen Wandel, und durchaus nicht immer zum Guten! Diese Menschen waren im Laufe der Geschichte anfänglich Gegenstand mythischer bzw. mystischer Vorstellungen, lösten als Unheilbringer Schrecken und Ängste aus oder wurden als mit magischen Kräften verbundene Seher verehrt. Im Mittelalter wurden sie von der Großfamilie und der Dorfgemeinschaft in ihrer Eigenheit (Sonderlinge, „Dorftrottel“) akzeptiert oder aber als „Besessene“ mit Folter und Teufelsaustreibung verfolgt – und das bis in die Neuzeit.

Später wurden die psychisch Kranken vor allem in den Städten zum Ärgernis (Landstreicher, Bettler, sonst auffällige Menschen). Sie wurden zur Aufrechterhaltung von Sicherheit und Ordnung in „Narrentürmen“ versteckt oder an entlegenen Orten „ausgesetzt“. - Mit der Industrialisierung und der damit verbundenen „Landflucht“ einher ging die Auflösung des Familienverbundes hin zur Kleinfamilie, die nicht mehr in der Lage war, alte und kranke Familienmitglieder zu versorgen. Es entstanden Alters- und Pflegeheime, Arbeits- und schließlich auch Irrenhäuser („Tollhäuser“).

Im 19. Jh. entstehen die ersten „Heil- und Pflegeanstalten“ mit dem Auftrag der Behandlung akuter (Heilung) und chronischer (Pflege) Erkrankungen. Diese Großeinrichtungen blieben über die Schrecken des Nationalsozialismus hinweg bestehen als Einrichtungen, in denen psychisch Kranke „ausgemeindet“ wurden und unter z.T. schrecklichen Bedingungen ohne Hoffnung auf ein Leben „draußen“, in der Gesellschaft, dahinvegetierten. Erst der „Bericht über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland“ (Psychiatrie- Enquete 1975) leitete eine „Wende“ in der Psychiatrie ein mit u. a. dem Ziel der De-Institutionalisierung und gemeindenaher Versorgungsstrukturen, ein Prozess, der trotz unbestreitbarer Fortschritte noch längst nicht abgeschlossen ist.

(2) Psychiatrie als Fachgebiet der Medizin

In den im 19. Jahrhundert entstehenden Heil- und Pflegeanstalten für psychisch Kranke gab es zunächst keine psychiatrisch ausgebildeten Fachkräfte, die Psychiatrie selbst steckte in ihren Anfängen und ihre

Anerkennung als medizinisches Fachgebiet war noch lange nicht ausgemacht. Offen war zunächst die Einordnung als medizinische oder philosophische Disziplin. Sowohl die Leitung der Anstalten wie auch die Mitarbeiter hatten keine spezielle Ausbildung, für die chronisch Kranken (Pflege) gab es nur „Aufseher“ mit oft zweifelhaftem Werdegang, und in der Behandlung waren mehr oder weniger kundige Ärzte aber auch fachfremde Personen tätig. – Mit den Namen und Arbeiten Kraepelins und Bleulers ist die Entwicklung zur heutigen Anerkennung der Psychiatrie als Teilgebiet der Medizin eng verbunden.

Die medizinische Behandlung psychischer Krankheiten hat im Laufe der Zeit viele und aus heutiger Sicht oft barbarische Methoden gekannt. Man sah in der Erkrankung in erster Linie ein somatisches Problem, dem man daher auch mit somatischen Methoden (wie z.B. Aderlassen, Kaltwasserbädern, Schlaftherapien, Entzug von Gehirnflüssigkeit, Elektrokrampftherapie) beizukommen suchte. Erst die Erkenntnis, dass psychische Störungen vielfach auf Stoffwechselstörungen zurückzuführen sind, gab den Anstoß zur Entwicklung von „Psychopharmaka“ und damit „humaneren“ Möglichkeiten der Behandlung – bei allen Vorbehalten zu Wirkungsweise und den hiermit verbundenen Risiken sollte bei der Bewertung („Segen oder Fluch“ der Psychopharmaka) diese Entwicklung in der Behandlung psychischer Krankheiten bedacht werden.

(3) Kein Wandel in den Vorstellung der Gesellschaft

Und wie spiegelt sich die hier - im groben Rückblick gezeigte - insgesamt doch positive Entwicklung der Psychiatrie in den Vorstellungen der Gesellschaft über die Psychiatrie und ihre Patienten wider? Sie sind, wie in Urzeiten auch heute noch – bedingt durch Unkenntnis und Verdrängung – weitgehend geprägt von Ängsten, Vorbehalten und Vorurteilen. Psychisch krank wird mit gefährlich und „abartig“ („so etwas macht doch kein normaler Mensch“; s. auch Formulierung in § 20 StGB – „Abartigkeit“) gleichgesetzt. In den Medien dramatisierte einzelne Vorkommnisse und Polizeiberichte, die mit der Bemerkung enden: „der Täter wurde in die Psychiatrie eingewiesen“ , erzeugen bzw. fördern ein Zerrbild der Psychiatrie und des psychisch Kranken. Alle Anti-Stigma-Bemühungen ändern kaum etwas, erst die eigene Betroffenheit, die unmittelbare Konfrontation mit der Psychiatrie, sei es als Betroffener, sei es als Angehöriger, verändern das Bild und die Einstellung des Einzelnen – wie, das wird von den persönlichen Erfahrungen bestimmt und ist daher sehr unterschiedlich.

Die UN-Behindertenrechtskonvention wird, wie auch die jüngsten Entscheidungen des BVerfG (s. dazu weiter unten), zwar sicherlich die künftige Gesetzgebung und Praxis der Akteure in der Psychiatrie beeinflussen, ob sie auch die Vor- und Einstellungen in der Gesellschaft verändern wird? Es wäre zu wünschen!

II. Formen des Zwangs in der Psychiatrie (Zwangmaßnahmen)

1. Zwangseinweisung (Unterbringung)

Nach der Rechtsgrundlage zu unterscheiden sind die zivilrechtliche (fürsorgliche) Unterbringung nach Betreuungsrecht (a), die öffentlichrechtliche (polizeirechtliche) Unterbringung zur Aufrechterhaltung von Sicherheit und Ordnung bzw. zur Gefahrenabwehr (b) und die strafrechtliche Unterbringung (Maßregelvollzug) als Rechtsfolge einer wegen Schuldunfähigkeit o. verminderter Schuldfähigkeit nicht bestrafbaren Straftat (c).

a) Das Betreuungsrecht des BGB sieht vor, dass ein psychisch Kranker im Falle der Eigengefährdung auch gegen seinen Willen in die Psychiatrie eingewiesen werden kann (man spricht hier auch von „fürsorglicher“ Unterbringung). Die Unterbringung muss gerichtlich angeordnet werden, bei akuter Gefahr kann der Betroffene sofort untergebracht werden, die Genehmigung durch das Gericht ist dann „unverzüglich“ nachzuholen.

b) Die öffentlich-rechtliche Unterbringung setzt Eigen- oder Fremdgefährdung voraus, dient also der Gefahrenabwehr, daher auch als "polizeirechtliche" Unterbringung bezeichnet) und muss gerichtlich bestätigt werden.

Zu a) und b): Das gerichtliche Verfahren ist bundesrechtlich geregelt (Gesetz über das Verfahren in Familiensachen und in den Angelegenheiten der freiwilligen Gerichtsbarkeit – FamFG – 2008; §§ 312 ff). Der Vollzug der Unterbringung, also der rechtliche Rahmen für Maßnahmen während der Unterbringung wie z.B. die Anwendung unmittelbaren Zwangs, die Einschränkung von Rechten und die Behandlung sind landesrechtlich geregelt ("Unterbringungsgesetze" oder "Gesetze über Hilfen und Schutzmaßnahmen für psychisch Kranke", abgekürzt PsychK).

c) Der strafrechtlichen Unterbringung geht ein Strafverfahren voraus, in dem, gestützt auf ein Sachverständigengutachten, die Schuldunfähigkeit oder verminderte Schuldfähigkeit des (psychisch kranken) Täters festgestellt wurde, und daher keine Strafe (Schuldstrafrecht), sondern eine (freiheitsentziehende) „Maßregel der Besserung (d.h. Behandlung !) und Sicherung“ ausgesprochen wird. Die Anordnung erfolgt also durch das Strafgericht, den Vollzug der Unterbringung (nach § 63 StGB in einem „psychiatrischen Krankenhaus“; nach § 64 StGB in einer „Entziehungsanstalt“) regeln die Landespsychiatrie- bzw. gesonderte Maßregelvollzugsgesetze.

2. Körperliche Gewalt („unmittelbarer Zwang“)

Hierunter fallen insbesondere das bloße Festhalten eines Patienten, die Überwältigung, die Fixierung und die Isolation („Zelle“, „Ruheraum“).

Diese Maßnahmen werden vor allem eingesetzt, wenn ein hochgradig erregter und dabei aggressiver Patient anders nicht beruhigt werden kann.

3. Zwangsernährung

4. Zwangsbehandlung, insbes. Zwangsmedikation

Hier ist zu unterscheiden zwischen allgemein-medizinischen Maßnahmen (Zahnbehandlung, erforderliche Operationen u.a.) und der Behandlung der psychischen Erkrankung, derentwegen die Unterbringung erforderlich wurde, insbesondere die zwangsweise Verabreichung von Medikamenten.

Zu Ziff. 2-4 : Hierzu s. die Leitlinien der DGPPN „Therapeutische Maßnahmen bei aggressivem Verhalten in der Psychiatrie und Psychotherapie“; einzelne Kliniken haben für ihre Mitarbeiter eigene „Leitlinien für den Umgang mit Zwangsmaßnahmen“ aufgestellt, was zu einer deutlichen Verringerung der Anwendungsfälle beitragen kann, da hier insbesondere Strategien zur Vermeidung von Zwang (u.a. Deeskalationstechniken) nicht nur beschrieben werden, sondern deren Training vorgeschrieben wird. Über die Häufigkeit der Anwendung von Zwangsmaßnahmen gibt es bisher wenige und auch wenig aussagekräftige Studien. Eine Untersuchung an 10 psychiatrischen Kliniken in BW ergab allerdings nachdenklich stimmende Unterschiede: im Durchschnitt wurden gegenüber 8,5 % der in den Krankenhäusern behandelten Patienten Zwangsmaßnahmen angewendet; auf die einzelnen Kliniken bezogen variierte diese Quote zwischen 2,2 und 13,5 % !

5. Verbale Formen des Zwangs

Neben den bisher genannten, mehr oder weniger „tätlichen“ Formen des Zwangs gibt es auch den verbalen Zwang in vielfältiger Weise. Das kann mit dem zunächst nicht nur zulässigen, sondern auch rechtlich gebotenen Versuch, den Patienten zu überzeugen, beginnen, über verschieden intensive Überredungsversuche bis hin zur Androhung von Nachteilen gehen, wobei es sicher schwierig ist, zu bestimmen, wo hier die Schilderung der tatsächlichen Folgen der Weigerung des Patienten zur Androhung eines „empfindlichen Übels“ wird, und damit der Tatbestand der strafbaren Nötigung erfüllt wird (§ 240 StGB). Treffend wird diese Problematik als „informeller Zwang zur Verbesserung der Behandlungsbereitschaft psychiatrischer Patienten“ umschrieben.

Das BVerfG sieht die Gefahr eines unzulässigen Drucks, wenn „*durch das Inaussichtstellen von Nachteilen im Falle der Behandlungsverweigerung,*

die sich nicht als notwendige Konsequenzen aus dem Zustand ergeben, in dem der Betroffene unbehandelt voraussichtlich verbleiben oder in den er aufgrund seiner Weigerung voraussichtlich geraten wird."

Aber auch in anderen Situationen des Stationsalltags kann es zu verbalem Zwang kommen, etwa im Zusammenhang mit der Gewährung bzw. Verweigerung von Annehmlichkeiten oder bei Androhung von Fixierung oder Isolierung.

Bedeutsam in diesem Zusammenhang ist der Hinweis des BVerfG, dass bei der Abwägung des "Ob und Wie" der Anwendung von Zwang das subjektive Empfinden des Untergebrachten zu beachten ist. Das Gericht betont: *„Für die grundrechtliche Beurteilung der Schwere eines Eingriffs ist auch das subjektive Empfinden (scl. des Betroffenen) von Bedeutung.“*, und das umso mehr, als *„der Betroffene sich dem Geschehen hilflos und ohnmächtig ausgeliefert sieht.“* BVerfG, Beschluss vom 23.03.2011).

III. Legitimation von Zwang in der Psychiatrie

Wie das Ideal einer Welt ohne Krieg ist auch der Wunsch nach einer Psychiatrie ohne Gewalt eine zwar zu begrüßende Zielvorstellung, die in der Realität aber leider eine Illusion bleibt. Auch der Rechtsstaat kann auf die Anwendung von Gewalt (Zwang) nicht ganz verzichten. Ja, er muss sogar Gewalt anwenden, wenn es um den Schutz von Leib und Leben, aber auch anderer Rechtsgüter geht. Das „Gewaltmonopol“ ist ein wesentliches Element des Rechtsstaats und besagt, dass Sanktionen und Zwang nicht der Willkür des einzelnen bzw. dem „Recht des Stärkeren“ überlassen bleiben kann, sondern dies ausschließlich Sache des Staates und seiner Organe (Gewaltenteilung) ist.

Hiervon gibt es Ausnahmen im Strafrecht (Notwehr, Notstand - §§ 32-35 StGB) und im Zivilrecht (§§ 229 f BGB), die aber auf akute Gefährdungen von Rechtsgütern beschränkt sind und immer dem Gebot der Abwägung der in Frage stehenden Rechtsgüter und damit dem Grundsatz der Verhältnismäßigkeit unterliegen.

Diese Begrenzung der „zivilen“ Gewalt gilt unabhängig von dem mit der Gewaltanwendung verfolgten Zweck. Daher ist auch der wohlgemeinte ärztliche Eingriff gegen den Willen des Patienten als Körperverletzung strafbar, unabhängig davon, ob er medizinisch geboten ist oder nicht. Selbst der Straftatbestand der „unterlassenen Hilfeleistung“ (§ 323 c StGB) greift hier nicht, da dieser nur bei „Unglücksfällen“ und „gemeiner Gefahr“ anwendbar ist, nicht aber bei einem Eingriff im Rahmen einer ärztlichen Behandlung.

IV. Rechtsgrundlagen in Bund und Bundesländern

Während die fürsorgliche Unterbringung nach Betreuungsrecht bundes einheitlich im BGB (§ 1906 - freiheitsentziehende Maßnahmen; § 1904 - Heilbehandlung) geregelt ist, fällt der Vollzug der Unterbringung wie die öffentlich-rechtliche Unterbringung insgesamt (Voraussetzungen und Vollzug) in die Gesetzgebungskompetenz der Bundesländer. Diese haben unterschiedlich von dieser Kompetenz Gebrauch gemacht: BW, Bayern, Hessen und das Saarland beschränken sich bisher auf Unterbringungsgesetze („Gesetz zur Unterbringung psychisch Kranker“ abgekürzt UBG), wobei BW und Bayern im UBG auch den Maßregelvollzug erfassen, während Hessen und das Saarland neben dem UBG ein eigenes Maßregelvollzugsgesetz erlassen haben; umfassende „Gesetz über Hilfen und Schutzmaßnahmen für psychisch Kranke“, kurz PsychKG, die auch den Maßregelvollzug einschließen, besitzen Berlin, Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern und Sachsen; in zwei getrennten Gesetzen (PsychKG einerseits, Maßregelvollzugsgesetz andererseits) sind die allgemeine Unterbringung und der Vollzug der strafrechtlichen Unterbringung in Bremen, Hamburg, Niedersachsen, NRW, Rheinland-Pfalz, Sachsen-Anhalt, Schleswig-Holstein und Thüringen geregelt.

Um die Spannweite an Unterschiedlichkeit der Gesetzeslage in den einzelnen Bundesländern zu demonstrieren, zwei Beispiele:

1. Anwendungsbereich – Definition „psychisch Kranke“: Nach § 1 Abs. 2 UBG BW sind Psychisch Kranke *„Personen, bei denen eine geistige oder seelische Krankheit, Behinderung oder Störung von erheblichem Ausmaß einschließlich einer physischen oder psychischen Abhängigkeit von Rauschmitteln oder Medikamenten vorliegt (Krankheit)“*.

§ 1 Abs. 2 des BbgPsychKG lautet: *„Psychisch Kranke oder seelisch Behinderte im Sinne dieses Gesetzes sind Personen, die an einer Psychose, einer psychischen Störung, die in ihren Auswirkungen einer Psychose gleichkommt, oder einer mit dem Verlust der Selbstkontrolle einhergehenden Abhängigkeit von Suchtstoffen leiden und bei denen ohne Behandlung keine Aussicht auf Heilung oder Besserung besteht.“* Im Hamburger PsychKG heißt es (§1 Abs. 2): *„Psychische Krankheiten im Sinne dieses Gesetzes sind Psychosen, behandlungsbedürftige Abhängigkeitskrankheiten und andere behandlungsbedürftige psychische Störungen.“* Das UBG Hessen (§ 1 Abs. 1) spricht von *„geisteskranken, geistes schwachen, rauschgift- oder alkoholsüchtigen Personen“*. Am umfassendsten – und auch wohl sachgerechtesten – ist die Formulierung im sächs. PsychKG (§ 1): *„Dieses Gesetz regelt Hilfen für psychisch Kranke und von psychischer Krankheit Bedrohte, die Anordnung von Maßnahmen für psychisch Kranke, die Unterbringung von psychisch Kranken, und den Vollzug der Maßregeln“*.

2. Zwangsbehandlung: Nach § 8 Abs.2 UBG BW hatte (diese Bestimmung hat das BVerfG für nichtig erklärt) der Untergebrachte *„Behandlungsmaßnahmen zu dulden, die nach den Regeln der ärztlichen Kunst erforderlich sind, um die Krankheit zu untersuchen und zu behandeln“* – ausgenommen waren lediglich operative Eingriffe oder Behandlungsmaßnahmen, die mit *„erheblicher Gefahr für Leben oder Gesundheit verbunden“* sind, solche Maßnahmen bedurften immer der Einwilligung des Untergebrachten. – Dagegen begrenzt das Brandenburgische PsychKG (§ 17) die Duldungspflicht auf *„unaufschiebbare Behandlungsmaßnahmen“*, *„soweit sie sich auf die Erkrankung, die zu den Voraussetzungen der Unterbringung geführt hat, bezieht.“* Und weiter einengend *„Körperliche Eingriffe bedürfen der Einwilligung der untergebrachten Person“* sowie *„Eine*

Behandlung, die die Persönlichkeit der untergebrachten Person dauerhaft in ihrem Kernbereich ändern würde, ist unzulässig."

Wenn auch die verschiedenen Landesgesetze in Aufbau und Inhalt sich vielfach decken, gerade in der so grundrechtsrelevanten Frage der Zwangsbehandlung (auch in den jeweiligen Bestimmungen zu einzelnen Zwangsmaßnahmen) gibt es beachtliche Unterschiede in der Formulierung – eigentlich ein Unding, dass die Landesgesetzgeber mit den Grundrechten bisher offensichtlich so unterschiedlich umgehen konnten. Insoweit ist es sehr zu begrüßen, dass das BVerfG auch für den Gesetzgeber Vorgaben bestimmt hat. Dies war auch im Hinblick auf die UN-Behindertenrechtskonvention (BRK) dringend geboten. Daraus folgt in allen Bundesländern ein aktueller gesetzgeberischer Handlungsbedarf, die bestehenden Gesetze verfassungskonform zu gestalten.

V. Rechtsprechung zur Zwangsbehandlung (Zwangsmedikation)

Die neuere Rechtsprechung des Bundesgerichtshofs und des BVerfG's bestätigt den eingangs geschilderten Wandel im Umgang der Psychiatrie mit ihren Patienten – weg vom Bild des Objekts der Behandlung hin zum mündigen Grundrechtsträger. Das entspricht den verfassungsrechtlichen Geboten und drückt sich in der Anerkennung und Betonung des Selbstbestimmungsrechts auch des psychisch Kranken aus. Sein Wille ist zu beachten, auch wenn das medizinisch nicht „vernünftig“ ist („Recht auf Krankheit“; „Recht des psychisch Kranken, seine Psychose auszuleben“). Der Weg zu dieser Sicht und Anerkennung als verfassungsrechtliches Gebot vollzog sich in mehreren Schritten:

(1) Bundesgerichtshof (BGH): Lange Zeit galt, dass die unter Beachtung der gesetzlichen Vorschriften erfolgte Unterbringung auch die Befugnis zur Behandlung, notfalls auch gegen den Willen des Betroffenen selbstredend einschloss. In mehreren Entscheidungen zum Betreuungsrecht, in denen es darum ging, ob und wie die ärztlich für erforderlich gehaltene Medikation gegen den Willen des Patienten durchgesetzt werden könne, hat der BGH für die Zwangsbehandlung immer engere Grenzen gezogen.

a) Am Anfang dieser Entwicklung stand die Frage der Zulässigkeit einer ambulanten Zwangsmedikation. Der Betreuer hatte beim Betreuungsgericht die Genehmigung der ärztlich gebotenen Medikation (Depotspritze) und die hierfür erforderliche Zwangszuführung zur ambulanten Versorgung des die Medikamenteneinnahme verweigernden Patienten beantragt.

Der BGH kam zu dem Ergebnis, dass es hierfür weder im Betreuungsrecht noch in einem anderen Gesetz eine Rechtsgrundlage gebe. Das Gericht setzte sich auch mit dem Argument auseinander, dass die ambulante



Behandlung gegenüber einer sonst erforderlichen Zwangseinweisung das „mildere Mittel“ sei. Dieses Argument könne jedoch nicht den Gesetzesvorbehalt ausräumen, der für jeglichen Grundrechtseingriff (hier das Recht der körperlichen Unversehrtheit und das Selbstbestimmungsrecht) gilt. So nachvollziehbar das Argument auch sei, bestehe hier eine – dem Gesetzgeber auch bewusste – Gesetzeslücke, die zu schließen Sache des Gesetzgebers, nicht der Rechtsprechung sei (BGH vom 11. 10. 2000).

b) Nachdem einige Oberlandesgerichte - unter Bezugnahme auf diese Entscheidung - zur stationären Zwangsmedikation unterschiedliche Meinungen vertraten, stellte der BGH zunächst in einem Beschluss vom 01. 02. 2006 fest, dass bei einer betreuungsrechtlichen Unterbringung die zwangsweise Unterbringung auch die Zwangsbehandlung einschlieÙe.

c) Mit Beschluss vom 23. 01. 2008 erklärte der BGH, dass eine Zwangsbehandlung auch dann unzulässig ist, wenn der Patient sich in der Klinik freiwillig aufhält, weil es, wenn keine Zwangsunterbringung notwendig ist, es auch keine Rechtsgrundlage für die Zwangsbehandlung gebe.

Allerdings beruhten diese die Zulässigkeit der Zwangsmedikation ablehnenden Entscheidungen auf rein formalrechtlichen Gründen: der BGH stellte lediglich fest, dass es für eine solche Maßnahme an der gesetzlichen Grundlage fehle. Keine Aussagen traf das Gericht zu der materiellrechtlichen (inhaltlichen) Frage, ob und unter welchen Voraussetzungen eine Zwangsbehandlung rechtlich zulässig sein kann.

(2) Bundesverfassungsgericht (BVerfG): Mit seinen Entscheidungen vom 23. März zum Rheinland-Pfälzischen Maßregelvollzugsgesetz und vom 12. Oktober 2011 zum UBG BW hat das BVerfG zwar zunächst auch nur formal einzelne Bestimmungen der genannten Gesetze für nichtig erklärt, doch in den Entscheidungsgründen sich ausführlich mit den dahinter stehenden materiellen Rechts- und Tatsachenfragen auseinandergesetzt und in den amtlichen Leitsätzen das Ergebnis wie folgt zusammengefasst:

„1. Der schwerwiegende Eingriff in das Grundrecht aus Art. 2 Abs. 2 GG, der in der medizinischen Behandlung eines im Maßregelvollzug Untergebrachten gegen dessen natürlichen Willen liegt, kann auch zur Erreichung des Vollzugsziels gerechtfertigt sein.

2. Eine Zwangsbehandlung zur Erreichung des Vollzugsziels ist nur zulässig, wenn der Untergebrachte krankheitsbedingt zur Einsicht in die Behandlungsbedürftigkeit oder zum Handeln gemäß dieser Einsicht nicht fähig ist. Maßnahmen der Zwangsbehandlung dürfen nur als letztes Mittel und nur dann eingesetzt werden, wenn sie im Hinblick auf das Behandlungsziel, das ihren Einsatz rechtfertigt, Erfolg versprechen und für den Betroffenen nicht mit Belastungen verbunden sind, die außer Verhältnis zu dem erwartbaren Nutzen stehen. Zum Schutz der Grundrechte des Untergebrachten sind besondere verfahrensmäßige Sicherungen geboten.

3. Die wesentlichen Voraussetzungen für die Zulässigkeit einer Zwangsbehandlung be-



dürfen klarer und bestimmter gesetzlicher Regelung. Dies gilt auch für die Anforderungen an das Verfahren."

Die beiden Beschlüsse ergingen zwar zur Zwangsbearbeitung im Maßregelvollzug, doch die in den Entscheidungsgründen getroffenen Aussagen des Gerichts sind richtungweisend auch für die Psychiatrie insgesamt. Denn wenn schon der strafrechtlich Untergebrachte die Behandlung ablehnen kann, obwohl er nach geltendem Recht gerade hierzu untergebracht wurde („Maßregel der Besserung und Sicherung“ – wobei „Besserung“ ja für Behandlung steht!), gilt dies erst recht für den betreuungsrechtlich untergebrachten Patienten.

Was aber, wenn der Patient in einer Krisensituation öffentlich-rechtlich untergebracht werden muss oder während der Unterbringung eine Situation entsteht, in der er für sich und andere zur Gefahr wird? Soll auch in diesen Fällen der Gefahrenabwehr die Zwangsbearbeitung eines einsichtsfähigen Patienten unzulässig sein, weil die Sicherheit " auf andere Weise „gewährleistet werden kann, wenn der Betroffene unbehandelt bleibt“?

Offen bleibt somit die Frage, ob und wie weit die Anwendung von geeigneten und angemessenen Zwangsmitteln – und das kann im Einzelfall auch eine Zwangsmedikation sein - zur Gefahrenabwehr, also öffentlichrechtlich begründeter Zwang, nach den selben Grundsätzen zu beurteilen ist, wie sie das BVerfG für die Behandlung im Maßregelvollzug aufgestellt hat.

VI. Die wesentlichen Aussagen des BVerfG im Einzelnen

Zu den materiellen (inhaltlichen) Voraussetzungen der ZB

1. Die Zwangsbearbeitung ist nur zulässig, wenn dem Betroffenen krankheitsbedingt die Einsichtsfähigkeit fehlt. Auf diese "Selbstbestimmungsunfähigkeit" muss die gesetzliche Regelung, d.h. die Ausnahme von der grundsätzlichen Unzulässigkeit der Zwangsbearbeitung, begrenzt werden.
2. Wenn diese Einsichtsunfähigkeit den Betroffenen hindert, seine grundrechtlichen Belange (hier das Freiheitsinteresse) wahrzunehmen, und nur dann, „*darf der Staat – nach Maßgabe des Grundsatzes der Verhältnismäßigkeit – in diejenigen Grundrechte eingreifen, die der Betroffene allein krankheitsbedingt übergewichtet.*“
3. Weder die gute Absicht noch der Schutz Dritter vor künftigen Straftaten kann eine Zwangsbearbeitung rechtfertigen. Zum Schutz Dritter heißt es, dass dieser „*dadurch gewährleistet werden (kann), dass der Untergebrachte unbehandelt im Maßregelvollzug verbleibt.*“
4. Neuroleptika-Behandlung gegen den "natürlichen" Willen des Patienten ist nicht nur ein Eingriff in die körperliche Unversehrtheit, sondern

zugleich ein Eingriff in das Selbstbestimmungsrecht ("Recht auf Krankheit").

5. Die zwangsweise Behandlung mit Neuroleptika ist ein besonders schwerer Grundrechtseingriff und betrifft den Kern der Persönlichkeit, da diese Medikamente *"auf die Veränderung seelischer Abläufe gerichtet"* sind. Und: *"Für die grundrechtliche Beurteilung der Schwere eines Eingriffs ist auch das subjektive Empfinden (des Betroffenen) von Bedeutung"*, das besonders berührt ist *„im Hinblick auf die nicht auszuschließende Möglichkeit schwerer, irreversibler und lebensbedrohlicher Nebenwirkungen und die teilweise erhebliche Streuung in den Ergebnissen der Studien zur Häufigkeit des Auftretens erheblicher Nebenwirkungen."*

6. Die Zwangsbehandlung darf nur als letztes Mittel eingesetzt werden, und dann auch nur, wenn sie "erfolgversprechend" ist und die Belastungen für den Patienten nicht außer Verhältnis zum "erwartbaren" Nutzen stehen

7. Die Bestimmungen der UN-Behindertenrechtskonvention *"verbieten nicht grundsätzlich gegen den natürlichen Willen gerichtete Maßnahmen, die an eine krankheitsbedingt eingeschränkte Selbstbestimmungsfähigkeit anknüpfen. Das ergibt sich deutlich unter anderem aus dem Regelungszusammenhang des Art. 12 Abs. 4 BRK"*.

Zu den verfahrensrechtlichen Anforderungen

Neben den **materiellen** Voraussetzungen muss die gesetzliche Regelung der so begrenzten Zulässigkeit der Zwangsbehandlung auch eine Reihe von **verfahrensrechtlichen Regeln** vorsehen, um dem "Grundrecht auf effektiven Rechtsschutz" (Art. 19 IV Grundgesetz) zu genügen.

1. Vor jeder Zwangsbehandlung – gleich, ob der Betroffene Einwilligungsfähig ist oder nicht, er muss nur „gesprächsfähig“ sein – muss „ernsthaft“ versucht werden, *„seine auf Vertrauen gegründete Zustimmung zu erreichen"*. Dies gilt, da der grundrechtseingreifende Charakter der Zwangsbehandlung nicht von der Einsichts- und Einwilligungsfähigkeit des Untergebrachten abhängt, unabhängig davon, ob der Untergebrachte einwilligungsfähig ist oder nicht." *„Eine den Verständnismöglichkeiten des Betroffenen entsprechende Information über die beabsichtigte Behandlung und ihre Wirkungen erübrigt sich daher nicht."*

2. Die Ankündigung einer Zwangsbehandlung muss so konkret (Art und Dauer) sein, dass sie gerichtlich überprüft werden kann. Das Gericht sieht zwar ein, dass hierdurch die „Flexibilität der fachgerechten ärztlichen Reaktion auf individuelle Unterschiede ... in der Ansprechbarkeit auf die günstigen und ungünstigen Medikamentenwirkungen bestehen“, nicht

„über Gebühr beeinträchtigt“ werden darf. Ob dies im Einzelfall der Fall ist, müsse aber, ggfs. von einem Sachverständigen unterstützt, gerichtlich überprüft werden können.

3. Anordnung und Überwachung der Zwangsbehandlung muss durch einen Arzt erfolgen.

4. Gegen den Willen des Untergebrachten vorgenommene Behandlungsmaßnahmen müssen dokumentiert werden, wobei der „Zwangscharakter, die Durchsetzungsweise, die maßgeblichen Gründe und die Wirkungsüberwachung“ darzustellen sind.

5. Schließlich fordert das Gericht, ausgenommen werden „akute Notfälle“, die „Einschaltung externen Sachverständs“. Das „Wie“ überlässt es den Landesgesetzgebern, die Regelungen zu treffen haben, mit denen sichergestellt wird, *„dass vor Durchführung einer Zwangsbehandlung zur Erreichung des Vollzugsziels eine – sich nicht in bloßer Schreibtischroutine erschöpfende – Prüfung in gesicherter Unabhängigkeit von der Unterbringungseinrichtung stattfindet.“*

Versuch (!) einer eigenen Bewertung

Zu begrüßen ist, dass das Bundesverfassungsgericht Vorgaben für die Landesgesetzgeber postuliert und so dem "Wildwuchs" in den Landesgesetzen (hoffentlich) ein Ende setzt. Es geht hier um gravierendste Grundrechtseingriffe, die so unterschiedliche Regelungen, wie sie sich heute in den einzelnen Landesgesetzen (PsychKG, MRV-G, UnterbringungsG) finden, verbieten. Zu begrüßen ist auch die Forderung des Gerichts, dass ein Zwangseingriff nur als "letztes Mittel" unter klar begrenzten Voraussetzungen zulässig ist und hierbei ein überprüfbares Verfahren einzuhalten ist.

So weit, so gut! Wie allerdings diese Grundsätze in "verfassungsfesten" gesetzlichen Bestimmungen zu formulieren sind und vor allem, wie die in der Psychiatrie Tätigen diese Grundsätze umsetzen können - das sind Fragen, die das BVerfG zwar nicht beantworten muss, wohl aber hätte stärker bedenken sollen, als dies in den Gründen der Entscheidung erkennbar wird. Wo liegt die Grenze zwischen "einsichtsfähig" und "einsichtsunfähig", wann ist der Einsatz eines Mittels "erfolgversprechend", wann ist die Belastung durch ein Medikament im Verhältnis zum "erwartbaren Nutzen" vertretbar, wann nicht?

Nicht ganz zu Unrecht hat der Bundesverband der Psychiatrieerfahrenen dazu angemerkt, eigentlich habe das BVerfG hier Bedingungen gesetzt, die es selbst für unerfüllbar hält, wenn in dem Urteil ausgeführt wird:



*„Die Angemessenheit (scl. einer Zwangsbehandlung) ist nur gewahrt, wenn unter Berücksichtigung der jeweiligen Wahrscheinlichkeiten, der zu erwartende Nutzen der Behandlung den möglichen Schaden der Nichtbehandlung überwiegt. Im Hinblick auf die bestehenden Prognoseunsicherheiten und sonstigen methodischen Schwierigkeiten des hierfür erforderlichen Vergleichs trifft es die grundrechtlichen Anforderungen, wenn in medizinischen Fachkreisen ein **deutlich** feststellbares Überwiegen des Nutzens gefordert wird. Daran wird es bei einer auf das Vollzugsziel gerichteten Zwangsbehandlung regelmäßig fehlen, wenn die Behandlung mit mehr als einem vernachlässigbaren Restrisiko irreversibler Gesundheitsschäden verbunden ist.“*

Und ein Weiteres: Wie wirken sich die geforderten Verfahrensregeln auf die Arbeit der Therapeuten aus? Eines ist gewiss: dies alles bedeutet für die in der Psychiatrie Tätigen noch mehr Zeitaufwand, noch mehr - internen wie externen - Rechtfertigungsdruck und so noch weniger Zeit für ihre eigentliche Aufgabe, die Arbeit mit den Patienten. - Ob das wirklich immer im Interesse der Betroffenen liegt?

VII. Die Sicht der Beteiligten

Es ist immer gut und fördert die Sachlichkeit, sich auch mit den verschiedenen Sichtweisen und Argumenten anderer an einem Problem Beteiligter auseinander zu setzen, sie wenigstens zu verstehen zu versuchen.

1. Betroffene – Verfechter der „Anti-Psychiatrie“ feiern die Entscheidungen des BVerfG als „das Ende der Zwangspsychiatrie“; auch der BV der Psychiatrieerfahrenen sieht in den Entscheidungen das Verbot jeglicher Zwangsbehandlung. – Ganz anders – wenigstens teilweise – die Sicht von einzelnen Betroffenen, die nach erfahrener Zwangsbehandlung diese Maßnahme als notwendig und richtig beurteilen. – Hier stoßen Wunsch (natürlich wäre es schön, wenn man ganz ohne Zwang auskommen könnte) und Wirklichkeit, Theorie und praktische Erfahrung, Fundamentalismus und auf eigener Erfahrung beruhende Sachlichkeit aufeinander.

2. Therapeuten – zumindest in dem Punkt, dass man in einer akuten Krise zur Gefahrenabwehr als letztes Mittel auch Zwang anwenden darf, scheint Übereinstimmung zu bestehen. Untersuchungen zur Häufigkeit von Zwangsmaßnahmen haben jedoch gezeigt, dass nicht nur zwischen den einzelnen Bundesländern, sondern auch innerhalb eines Bundeslandes von Klinik zu Klinik erhebliche Unterschiede bestehen. Das lässt auf unterschiedliche Auffassungen zu Notwendigkeit und Voraussetzungen von Zwangsmaßnahmen schließen.

3. Pflegekräfte – sie sind ständig im direkten Kontakt mit den Patienten, sollen auf deren Bedürfnisse eingehen, zugleich aber auch die Stationsordnung im Auge behalten. Ihre Einstellung zur – ja auch von ihnen in aller Regel nicht gewollten, aber manchmal doch notwendigen – Anwendung

von Zwang in akuten Situationen wird durch ihr eigenes Erleben im täglichen Umgang mit oft schwierigen Patienten bestimmt.

4. Angehörige – sie wissen um die Anwendung von Zwang zumeist nur im Nachhinein über den Kranken, von der Klinik erhalten sie allenfalls die Information dass Zwang erforderlich war, nicht aber die näheren Umstände, die dazu geführt haben. Andererseits haben viele Angehörige selbst in der Familie Krisensituationen erlebt, die ohne Anwendung von Zwang nicht zu bewältigen war – sei es, dass sie selbst eingreifen mussten (und konnten), sei es, dass sie Hilfe von anderen (Arzt, Polizei) brauchten.

Ohne eigene Erfahrungen mit andere gefährdenden Krisen und bei fehlender Information seitens der Klinik entstehen Misstrauen und Missverständnisse. Daraus folgt oft unberechtigte Kritik an Zwangsmaßnahmen – bei mehr Transparenz könnten die in der Psychiatrie Tätigen mehr Verständnis bei den Angehörigen wecken.

5. Juristen – Gerichte wie Rechtsanwälte sind in der Regel psychiatrische Laien; sie müssen sich in ihrer Beurteilung auf die Fachleute, sei es die behandelnden Therapeuten, seien es hinzugezogene Sachverständige, stützen. Vor allem: sie kennen weder die Auswirkungen einer psychischen Erkrankung (es sei denn, sie sind in der eigenen Familie damit konfrontiert) noch die Verhältnisse im Alltag einer Psychiatrie. Das führt leicht zu abstrakt zwar nachvollziehbaren Beurteilungen, die jedoch oft den tatsächlichen Gegebenheiten der Psychiatrie nicht gerecht werden.

Schlussbemerkung

Die Frage der Zulässigkeit von Zwangsmaßnahmen in der Psychiatrie darf nicht losgelöst vom Anlass der Zwanganwendung betrachtet werden. Zwang im Rahmen einer (planbaren) Behandlung ist etwas anderes, als Zwang in einer für den Betroffenen selbst oder für andere gefährlichen Krisensituation. Im ersteren Fall entscheidet, wie bei jeder ärztlichen Behandlung, der Wille des Patienten über das „Ob und Wie“ der Behandlung mit der vom BVerfG anerkannten Ausnahme, wenn der Patient krankheitsbedingt nicht in der Lage ist, seinen durch Grundrechte geschützten Interessen entsprechend zu entscheiden („Selbstbestimmungsunfähigkeit“).

Geht es jedoch um Abwendung von Gefahren, die vom psychiatrischen Patienten ausgehen (also in Notwehr- oder Notstandssituationen), steht die Sicherheit anderer auf dem Spiel. Dann ist die Anwendung von Zwangsmaßnahmen nicht nur zulässig, sondern zur Gefahrenabwehr geboten. Das schließt die Entscheidung der Handelnden über das anzuwendende Zwangsmittel und damit auch eine lege artis erforderliche und angemessene Zwangsmedikation ein. Unter diesen Voraussetzungen kann

auch eine Patientenverfügung die notwendigen Maßnahmen nicht hindern. Denn hier geht es nicht um das Selbstbestimmungsrecht des Betroffenen, sondern um die Sicherheit seiner selbst und anderer.