Bundesarbeitsgemeinschaft Psychiatrie-Erfahrener e.V.

Schleswig-Holsteinischer Landtag
Umdruck 18/2609

Geschäftsstelle:
Haus der Demokratie und Menschenrechte
Greifswalder Straße 4
10405 Berlin
Fax: 030-7828947
die-bpe@gmx.de
www.die-bpe.de

die-BPE ● Greifswalder Straße 4 ● 10405 Berlin

An die Mitglieder des Sozialausschusses
des Schleswig-Holsteinischen Landtags
den Vorsitzenden Peter Eichstädt sowie
Heike Franzen
Karsten Jasper
Katja Rathje-Hoffmann
Wolfgang Baasch
Birte Pauls
Dr. Marret Bohn
Dr. Andreas Tietze
Anita Klahn
Wolfgang Dudda
Flemming Meyer
Postfach 7121
24171 Kiel

Donnerstag, 13. März 2014

Hinweis: Der vollständige Umdruck kann im Ausschussbüro - Zi. 138 - eingesehen und über das Internetangebot unter sh-landtag.de->Dokumente->Umdrucke aufgerufen werden.

Wie gewünscht zugestellt als .pdf per E-Mail

Ihr Zeichen: **L 212**

Betr.: Schriftliche Anhörung zum Gesetz zur Änderung des Psychisch-Kranken-Gesetzes und des Maßregelvollzugsgesetzes

Sehr geehrter Herr Eichstädt,
Sehr geehrte Damen und Herren,

wir bedanken uns für die Einladung zu einer schriftlichen Stellungnahme zu den beiden in erster Lesung verabschiedeten Psychisch-Kranken-Gesetzen. Uns fehlt inzwischen aber der Glaube, dass Sie noch irgendein Argument wahrzunehmen bereit sind, weil Sie die wiederholt vorgetragenen Hinweise auf die Unvereinbarkeit der Gesetzentwürfe mit dem Grundgesetz schlichtweg ignoriert haben. Entsprechend hatten wir jeweils allen Abgeordneten des Landtags 3-mal persönlich geschrieben:

22.10.2011	als Anlage beiliegend:	*Anschreiben_I.pdf*
	inkl. der Denkschrift als Anlage beiliegend:	*Denkschrift.pdf*
	inkl. dem Gutachten von Prof. Narr et al:	*Gutachten_Narr.pdf*
	inkl. einer Kurzversion des Gutachtens:	*Gutachten_Kurzfassung.pdf*
Als einziger antwortete Johannes Callsen am 7.11.2011		
	als Anlage beiliegend:	*Brief_Callsen.pdf*
Wir antworteten ausführlich als Anlage beiliegend:		*Antwort_Callsen.pdf*
14.3.2013	als Anlage beiliegend:	*Anschreiben_II.pdf*
19.5.2013	als Anlage beiliegend:	*Anschreiben_III.pdf*
	inkl. der ausführlichen Stellungnahme von Prof. Narr et al zur Gesetzes Novelle:	*Stellungnahme_II.pdf*

Da wir ansonsten keine Antworten mehr bekommen haben, stattdessen nur der Abgeordnete Patrick Breyer und die Landesregierung einen Gesetzentwurf in den Landtag eingebracht haben, müssen wir den Schluss ziehen, dass der Landtag, bzw. die die Regierung bildenden Parteien auf Biegen und Brechen so ein Gesetz verabschieden wollen, das weder die menschenrechtlichen noch den grundgesetzlichen Normen und sowieso gar niemals die Anforderungen der Behindertenrechtskonvention erfüllt.

Um trotzdem noch ein Übriges zu tun, haben wir Rechtsanwalt Thomas Saschenbrecker beauftragt und bevollmächtigt, für Sie - außer in seinem eigenen Namen - auch in unserem Namen nochmals eine Stellungnahme zu erarbeiten und Ihnen direkt zukommen zu lassen. Sie liegt uns ebenfalls vor und wir teilen dessen Standpunkt, dass beide Gesetzentwürfe weder die menschenrechtlichen noch die verfassungsrechtlichen Anforderungen erfüllen können. Es sind Gesetzentwürfe, die versuchen sollen, Folter bzw. grausame, unmenschliche oder erniedrigende Behandlung zu legalisieren. Dies geht unter keinen Umständen, wie wir es schon in unserem Brief vom 19.5.2013 (als Anlage beiliegend) mit den Aussagen des UN-Sonderberichterstatters über Folter Juan E. Méndez begründet haben.

Weil wir aber sehen, wie ein solches Gesetz nun auf Teufel-komm-raus verabschiedet werden soll, bleibt uns nur noch, schon jetzt anzukündigen, dass wir jedes entsprechende grund- und menschenrechtswidrige Gesetz mit allen uns zur Verfügung stehenden Mitteln bekämpfen werden und dass wir nach Inkrafttreten jeden Aufstand der in den geschlossenen Abteilungen der Psychiatrien in Schleswig-Holstein Zwangsbehandelten als Notwehr unterstützen werden.
Selbstverständlich werden wir außerdem jede Klage mit allen unseren Mitteln unterstützen, bis so ein Menschenrechts-Verbrecher-Gesetz in Karlsruhe oder spätestens in Straßburg gescheitert sein wird.

Sie haben also die Chance ihr Gesicht als Abgeordnete zu wahren, wenn Sie im Weiteren beiden Gesetzesvorschlägen grundgesetztreu die Zustimmung verweigern.

Mit freundlichen Grüßen

(Der Vorstand von die-BPE: gez. René Talbot gez.Uwe Pankow gez. Roman Breier

P.S. Wir wollen noch auf den Zynismus hingewiesen, den Ihr Vorgehen zeigt: Für windige Schein“gutachten“ (wie es Prof. Kröber z.B. bei Gustl Mollath bewiesen hat) von Psychiatern für angeblich je 225,- € sollen laut dem Gesetzentwurf der Landesregierung jährlich 50.000.- € ausgegeben werden. Aber für eine Stellungnahme in diesem Gesetzgebungsverfahren soll z.B. der Spezialist für Psychiatrierecht, RA Thomas Saschenbrecker, von Ihnen nichts bekommen.
Und da wir gerade bei der Bezahlung einer Stellungnahme sind: Fragen Sie doch mal die DGPPN, wie viel sie für die Stellungnahme von Prof. Dr. Dirk Olzen bezahlt hat. Dass Prof. Dr. Dirk Olzen bereit ist, für die DGPPN auch mit einer *Petitio principii* zu argumentieren - auf Deutsch ein Gefälligkeitsgutachten zu machen – wird in diesem Memorandum von Prof. Wolf-Dieter Narr und den Rechtsanwälten Alexander Paetow, Thomas Saschenbrecker und Dr. Eckart Wähner nachgewiesen: *www.die-bpe.de/memo*

CC zur Information: Annemarie Lütkes

Bundesarbeitsgemeinschaft Psychiatrie-Erfahrener e.V.

Geschäftsstelle:
Haus der Demokratie und Menschenrechte
Greifswalder Straße 4
10405 Berlin
Fax: 030-7828947
die-bpe@gmx.de
www.die-bpe.de

die-BPE ● Greifswalder Straße 4 ● 10405 Berlin

An die Abgeordnete
Frau «Titel»«Vorname» «Nachname»
«Fraktion»
«Anschrift»

22. Oktober 2011

Sehr geehrte Frau «Titel»«Nachname»,

am 23. März dieses Jahres hat das Bundesverfassungsgericht (BVerfG) mit seinem Beschluss 2 BvR 882/09 Maßstäbe dafür gesetzt, wie die Unversehrtheit eines Menschen durch das GG auch in der Psychiatrie geschützt ist. Das Hohe Gericht erklärte direkt nur das Maßregelvollzugsgesetz von Rheinland Pfalz sofort für nichtig. Aber durch die in der Begründung der Entscheidung aufgeführten Kriterien sind grundsätzlich und bundesweit die Teile der Maßregelvollzugsgesetze und der PsychKGe, die eine psychiatrische Zwangsbehandlung durch ein Ländergesetz legaliseren sollen, mit dem GG unvereinbar und damit hinfällig.
Die Grundsatzentscheidung des BVerfG finden Sie in der Anlage.

Der Beschluss des BVerfG war für das Komitee für Grundrechte und Demokratie der Anlass, Prof. Wolf-Dieter Narr und zwei im Psychiatrierecht besonders erfahrene Anwälten gemeinsam mit einem Gutachten zu beauftragen. Dieses Gutachten wurde uns nun zur freien Verwendung zur Verfügung gestellt und ist ebenfalls in Langversion und in einer Zusammenfassung in der Anlage beigefügt.

Aus Sicht der Psychiatrie-Erfahrenen möchten wir noch hinzufügen:
Psychiatrische Zwangsbehandlung wird von uns mit aller Entschiedenheit verurteilt und verdammt. Psychiatrische Hilfen müssen grundsätzlich, wie alle anderen Hilfsangebote auch, erwünscht sein bzw. freiwillig angenommen werden. Selbst Sozialhilfe muss – zurecht – beantragt werden. Wer psychiatrische Zwangsmaßnahmen will, soll sie durch eine positive Vorausverfügung jeweils für sich selbst autorisieren. Niemals darf eine solche Ermächtigung aber stellvertretend von anderen vorgenommen werden, auch nicht vom einem Gesetzgeber, um Richtern die Kollaboration mit Ärzten zu ermöglichen.
Die in den Zwangsparagraphen «Gesetz» aufgeführte Selbstgefährdung ist Teil der *conditio humana*. Sie ist zulässig, wenn Menschen sich selbst gefährden, ohne für geisteskrank erklärt worden zu sein. Denken Sie an Motorradfahrer, Basejumper und andere Extremsportler oder an waghalsige Börsen-Jongleure, die sich durch ihr riskantes Verhalten um Gesundheit und/oder Vermögen, ja sogar ihr Leben bringen.

Für Fremdgefährdung gibt es auch für „geistig Gesunde“ in diesem Staat rechtlich keinen Spielraum. Denken Sie zum Beispiel an Bombenbasteleien (sog. „Sauerland Bomber“) oder die Drohung mit einer (Spielzeug-)Waffe.
Es bleibt also nur ein Grund übrig für die Sondergesetze bei Selbst- und Fremdgefährdung von angeblich oder tatsächlich psychisch Kranken: rechtliche Diskriminierung. Oder um es auf den Punkt zu bringen:
Wir wollen genauso gefährlich sein dürfen wie alle anderen auch.

Durch das beigefügte Gutachten wird der politische Vorgang offensichtlich, der die Entscheidung des Bundesverfassungsgerichts verständlich macht: nach 60 Jahren ist dem Bundesverfassungsgericht endlich bewusst geworden, welche Erniedrigung und Entwürdigung psychiatrische Zwangsbehandlung ist und dass sie mit den Grund- und Menschenrechten unvereinbar ist. Dass es 60 Jahre bedurfte, um zu dieser Erkenntnis zu gelangen, ist beschämend. Vermutlich insbesondere, um sich selbst über diese Beschämung hinwegzutäuschen, versucht das BVerfG mit seinem Beschluss den Gesetzgebern den „Schwarzen Peter“ für dieses Versäumnis zuzuschieben. Es errichtet praktisch unüberwindbar hohe Hürden für eine Zwangsbehandlung, nennt diese sogar noch explizit: an einem notwendigen *"deutlich feststellbaren Überwiegen des Nutzens ... wird es bei einer ... Zwangsbehandlung regelmäßig fehlen"*, scheut aber die naheliegendste Konsequenz, nämlich Zwangsbehandlung ohne Wenn und Aber und endgültig für Unrecht zu erklären. Es soll dagegen der falsche Eindruck erweckt werden, dass nun die Gesetzgeber am Zuge seien, das BVerfG habe ja die notwendige Bedingungen für eine Zwangsbehandlung benannt.

Wir als bundesweite Organisation der Betroffenen möchten Sie auffordern, diesen „Schwarzen Peter“ zurückzuweisen, sondern stattdessen anzuerkennen, dass das Bundesverfassungsgericht die Weiterentwicklung zu einer gewaltfreien Psychiatrie verordnet hat. (Siehe dazu unsere Denkschrift in der Anlage am Ende.)

Wir schreiben Ihnen als einer ihrem Gewissen verantwortlichen Abgeordneten und würden uns deshalb über eine substantielle Antwort von Ihnen persönlich freuen.

Mit freundlichen Grüßen

Denkschrift

Endlich:
Das Bundesverfassungsgericht hat die gewaltfreie Psychiatrie verordnet!

Das Bundesverfassungsgericht hat mit seinem Beschluss 2 BvR 882/09 am 15.4.2011 das Startsignal für die Freiheit von institutionalisiertem Zwang und Gewalt in der Psychiatrie gesetzt.
Hurra - darüber freuen wir uns!
Die deutsche Psychiatrie entwickelte in psychiatrischer Hybris den Horror des systematischen Massenmords an ihren Gefangenen, der die Blaupause für die Verbrechen an den europäischen Juden, Sinti, Roma und Schwulen war und der bis 1949 andauerte. Unverändert wurde danach zwangsweise diagnostiziert und behandelt, eingesperrt und entmündigt. Nun hat das Bundesverfassungsgericht durch grundgesetzkonformes Urteilen allen legalisierten Zwangsbehandlungen in der Psychiatrie den Boden entzogen. Das ist das Signal dafür, dass in der BRD das gesellschaftliche Projekt einer Psychiatrie, die nur noch zwanglos und gewaltfrei betrieben wird, begonnen hat.* Deutschland hat sich damit weltweit an die Spitze einer Revolution der Gewaltfreiheit gesetzt, indem endlich, endlich das Grundrecht auf körperliche Unversehrtheit gerade auch in der Institution Psychiatrie ausnahmslos anerkannt wird.

Das Bundesverfassungsgericht hat in tatsächlicher Hinsicht auch Phantasien den Weg abgeschnitten, doch noch ein Gesetz zur neuerlichen Legalisierung psychiatrischer Zwangsbehandlungen schaffen zu können. In seinem Beschluss hat es für die Durchführung von Zwangsbehandlungen Bedingungen gesetzt, die es selbst für unerfüllbar erklärt. Zitat Abschnitt 61 des Beschusses:

> cc) Über die Erfordernisse der Geeignetheit und Erforderlichkeit hinaus ist Voraussetzung für die Rechtfertigungsfähigkeit einer Zwangsbehandlung, dass sie für den Betroffenen nicht mit Belastungen verbunden ist, die außer Verhältnis zu dem erwartbaren Nutzen stehen. Die Angemessenheit 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 (vgl. SAMW, a.a.O., S. 7; Garlipp, BtPrax 2009, S. 55 <57 f.>; s. auch Maio, in: Rössler/Hoff, a.a.O., S. 145 <161>). 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 (vgl. Garlipp, BtPrax 2009, S. 55 <58>; für die Unvereinbarkeit irreversibler Eingriffe mit der UN-Behindertenrechtskonvention Aichele/von Bernstorff, BTPrax 2010, S. 199 <203>; Böhm, BtPrax 2009, S. 218 <220>).

Das Bundesverfassungsgericht erklärt also selbst: **an einem *"deutlich feststellbaren Überwiegen des Nutzens ... wird es bei einer ... Zwangsbehandlung regelmäßig fehlen"***. Damit hat das Hohe Gericht ein unüberwindbares Hindernis für eine gesetzliche Regelung der Zwangsbehandlung aufgestellt.
Welcher Gesetzgeber wird also jetzt noch versuchen wollen, Menschen eine Duldung der Verletzung ihres Körpers vorzuschreiben? Ein solches Ansinnen käme dem Versuch der Legalisierung von Folter gleich.

Übrigens, trotz dieses richtungsweisenden Urteils kann man dem Hohen Gericht eine Kritik nicht ersparen, die allerdings angesichts der Unmöglichkeit einer gesetzlichen Regelung zur Legalisierung von Zwangsbehandlung nur noch von theoretischer Bedeutung ist: Der einzige zulässige Rechtfertigungsgrund für eine psychiatrische Zwangsbehandlung eines/r Einwilligungsunfähigen ist laut Urteil die Wiederherstellung deren/dessen Einwilligungsfähigkeit. Dadurch ergäben sich aber für einen Gesetzgeber folgende unlösbaren Aufgaben, für deren praktische Lösung das Bundesverfassungsgericht jedoch gesetzlich eindeutige und klare Verfahrensvorschriften vorgeschrieben hat:

---

* Davon kann nur noch abgesehen werden, wenn Erwachsene schriftlich festgelegt haben, dass sie geisteskrank erklärt werden dürfen und in diesem Fall auch verschiedene explizit benannte Einschränkungen ihrer grundgesetzlichen Rechte durch Ärzte autorisieren. Solche Erklärungen müssen in einem für die zuständigen Stellen zugänglichen Register hinterlegt werden, sodass diese schnellstmöglich feststellen können, ob eine Zwangseinweisung in eine Psychiatrie von der betroffenen Person legalisiert wurde.

a) Wie soll festzustellen sein, ob jemand **krankheitsbedingt** in seinem Wollen so eingeschränkt ist, dass er/sie deshalb nicht zustimmen kann? Genauer: Aufgrund welcher Kriterien sollte nachgewiesen werden können, dass die Person nicht **Gründe** für ihre ablehnende Haltung hat, sondern dass diese Haltung durch eine Krankheit **verursacht** wird? Wie soll das zum Beispiel bei einer Person festgestellt werden, die krankheitsuneinsichtig ist, die Krankheit ableugnet, wie es am weitreichendsten durch das Bestreiten jeglicher Existenz von psychischer Krankheit erfolgt? Es müsste ja nachgewiesen werden können, dass diese aktuell geäußerte Überzeugung (Nichtexistenz von psychischer Krankheit) auf einer (hirnorganischen?) Erkrankung beruht.
Wie sollte jemals derselbe Denkinhalt – hier das Bestreiten jeglicher Existenz von psychischer Krankheit – einmal geistesgesund z.B. von einem Psychiatrieprofessor vorgetragen werden können und ein andermal davon scharf abgegrenzt von einem Geisteskranken, der dadurch einwilligungsunfähig und zwangsbehandlungsbedürftig geworden sein soll?

b) Wie soll festgestellt werden können, wann ein/e Betroffene/r ausreichend zwangstherapiert wurde, um wieder einwilligen zu können? Wie soll dafür der Zeitpunkt bestimmt werden, vor allem dann, wenn der/die Betroffene schweigt und so sein/ihr Inneres verhüllen sollte? Aus einem Schweigen kann ja nicht die Rechtfertigung einer fortgesetzten Körperverletzung konstruiert werden, denn das wäre die "stumpfe" Gewalt schlechthin.

Dieser Aspekt ist aus folgenden Gründen besonders brisant:
c) Unterstellt, die Feststellungen von a) und b) wären sicher möglich, was ist dann, wenn der Betroffene nach der erzwungenen Wiedererlangung seiner Einwilligungsfähigkeit feststellt, dass er immer noch nicht weiter geheilt werden will und "Nein" sagt, weil er sein Recht auf Krankheit in Anspruch nehmen will? Was war denn dann seine vorherige Misshandlung? Eben doch eine unzulässige Körperverletzung, da er ja auch nun, im einwilligungsfähigen Zustand, immer noch nicht behandelt werden möchte. Also ergibt sich für die Behandelnden die Notwendigkeit, einen solchen Zustand gar nicht erst entstehen zu lassen, sondern so lange weiter zwangszubehandeln, bis der Betroffene schließlich „Ja“ sagt und eingesteht, dass er sich vorher geirrt habe. Dann, und nur dann, kann sich im Nachhinein der vorher angewendete Zwang als zulässige Körperverletzung erweisen.

d) Diese Einbahnstraße, nur mit einem nachträglichen "Ja" das vorherige Vorgehen rechtfertigen zu können, macht also umgekehrt die Behandelnden zu den Gefangenen eines geschlossenen Systems, und eben gerade nicht abwägend und frei handelnd (sie werden dabei in einen tiefen Interessenkonflikt gestürzt, denn eigentlich soll ja, ohne Berücksichtigung der eigenen Interessen, das Wohl der Behandelten im Vordergrund stehen). Auch ein legalisierendes Gericht ist in diesem logischen Käfig mit eingesperrt - ohne ein nachträgliches "Ja" würde eine Legitimierung der Zwangsbehandlung zur Rechtfertigung einer unzulässigen Körperverletzung. Der an sich paradoxe Versuch, eine Körperverletzung mit den Freiheitsrechten des Betroffenen zu begründen, wie er dem Bundesverfassungsgericht als Legalisierungsmöglichkeit vorschwebt, wäre gründlich gescheitert. Auch die Richter müssten deshalb zwangsbehandeln lassen, bis ein "Ja" aus dem Betroffenen heraus gequetscht ist - dies wäre jedoch die Erpressung eines Geständnisses und die Zwangsbehandlung damit eine Folter.
Eine solche Konfliktlage kann unmöglich von einem Gesetzgeber gelöst werden, ohne dass dieser sich selber schwer schuldig machte.

Daraus ergibt sich die menschenrechtliche Minimalforderung:
Keine Abgeordnetenstimme für die Restauration und Relegalisierung psychiatrischer Gewaltmethoden – Nirgendwo !

Im Juli 2011: Diese **Denkschrift** wird herausgegeben von: **Bundesarbeitsgemeinschaft Psychiatrie-Erfahrener**: die-bpe.de, **IAAPA Polska**: anty-psychiatria.info, **Irren-Offensive**: antipsychiatrie.de, **Landesverband Psychiatrie-Erfahrener Berlin-Brandenburg**: psychiatrie-erfahren.de, **Landesverband Psychiatrie-Erfahrene Hessen:** lvpeh.de**, Landesverband Psychiatrie-Erfahrener NRW:** psychiatrie-erfahrene-nrw.de, **Unabhängige Psychiatrie-Erfahrene Saarbrücken:** asl-sb@gmx.de, **Werner-Fuß-Zentrum**: psychiatrie-erfahrene.de, **Antipsychiatrische und betroffenenkontrollierte Informations- und Beratungsstelle:** weglaufhaus.de/beratungsstelle

Freie Universität Berlin
Fachbereich Politik- und
Sozialwissenschaften
Otto-Suhr-Institut für Politikwissenschaft

Wolf-Dieter Narr

Freie Universität Berlin
Potsdamer Strasse 41, 12205 Berlin

FU | **BERLIN**

Ihr Zeichen	Ihre Nachricht vom	Unser Zeichen	Telefon:	(030) 833 7162	Datum
			Email:	narrwd@zedat.fu-berlin.de	
			Telefax:	(030) 834 09220	Im August 2011

BEHINDERUNG, MENSCHENRECHTE UND ZWANG

Gutachten im Auftrag des Komitees für Grundrechte und Demokratie anlässlich der Entscheidung des Bundesverfassungsgerichts vom 23. März 2011 in Sachen Zwangsbehandlung einer im Pfalzklinikum Klingenmünster im Massregelvollzug untergebrachten Person (BVerfG, 2 BvR 882/09):

Zu den Graden und Grenzen legalen und legitimen Zwangs im Umgang mit psychisch behinderten Menschen am Beispiel der Psychiatrie als Wissenschaft und Praxis.

Von Prof. Wolf-Dieter Narr, RA Thomas Saschenbrecker, RA Dr. Eckart Wähner

Das BVerfG hat in seiner Entscheidung im März 2011 Zwang im Rahmen der medizinischen Behandlung von psychisch behinderten Menschen im Maßregelvollzug grundrechtlich nicht vereinbar erkannt.
„Die medizinische Behandlung eines Untergebrachten“, statuiert es in Absatz 39, *„gegen seinen natürlichen Willen (kurz: Zwangsbehandlung) greift in das Grundrecht auf körperliche Unversehrtheit ein (Art. 2 Abs. 2 Satz 1 GG). Dieses Grundrecht schützt die körperliche Integrität des Grundrechtsträgers und damit auch das diesbezügliche Selbstbestimmungsrecht. Zu seinem traditionellen Gehalt gehört der Schutz gegen staatliche Zwangsbehandlung (vgl. BVerfGE 79, 174 <201>)“* Konsequent lautet Absatz 40:
„2. Dem Eingriffscharakter einer Zwangsbehandlung steht nicht entgegen, dass sie zum Zweck der Heilung vorgenommen wird. Eine schädigende Zielrichtung ist nicht Voraussetzung für das Vorliegen eines Eingriffs in das Grundrecht auf körperliche Unversehrtheit (vgl. BVerfGE 89, 120 <130>; BVerfG, Beschluss der 2. Kammer des Ersten Senats vom 5. März 1997 - 1 BvR 1071/95 -, NJW 1997, S. 3085).“

Infolge dieser Entscheidung und ihrer konstitutiven Normen sind die insoweit entgegenstehenden Landesgesetze des Maßregelvollzugs speziell und für psychisch behinderte Personen allgemein (PsychKGs) dringend und fristig zu ändern.

Allerdings sind in der Entscheidung des BVerfG vorbehaltsvolle und auflagenreiche Reste möglicher Zwangseingriffe notiert. Ihretwegen ist es erforderlich zu prüfen, ob diese regulativen Normen mit dem Duktus der Entscheidung übereinstimmen, insbesondere seinen konstitutiven Verfassungsnormen. Nicht nur die wissenschaftliche Kompetenz, Heilbegriff und Heilpraxis psychiatrischer Eingriffe werden zu bedenken sein. Es wird nach deren Verwirklichung oder Implementation im institutionellen Rahmen gefragt werden müssen. Außerdem ist zu erörtern, ob das BVerfG sich auf den „traditionellen“ Gehalt der Begriffe „Integrität“ und „Selbstbestimmung“ im Sinne seiner konsequenten Logik der Bestimmung des Wesensgehalts des Grundrechts und seines Schutzes beschränken darf.

Im Gutachten wird in folgenden Schritten verfahren:

I. Zum Kerngehalt der BVerfGE 2 BvR 882/09 vom 23.3.2011

II. Schattenlinien des Urteils

III. Das Menschenrecht der Integrität und Selbstbestimmung im Lichte des Grundgesetzes und der UN-Behindertenrechtskonvention: Markierungen und Maßverhältnisse

IV. Psychiatrie, Zwang, das Werden als Wissenschaft und Praxis des Heilens und die PsychKGs der Bundesländer

V. Das Bundesverfassungsgericht, die Behindertenrechtskonvention und menschenrechtliche Folgen im Umgang mit psychischen Behinderungen

I. Vom Kerngehalt der Entscheidung des Bundesverfassungsgerichts am 23. März 2011

I.1. Der Hauptfunktion des BVerfG gemäß sind die Leitplanken seines Beschlusses dem Kern-Grund- und Menschenrecht des Art. 2 GG entnommen:
(1) „ Jeder hat das Recht auf die freie Entfaltung seiner Persönlichkeit, soweit er nicht die Rechte anderer verletzt und nicht gegen die verfassungsmäßige Ordnung und das Sittengesetz verstößt."
In Sonderheit gilt der ausschlaggebende grund- und menschenrechtliche Bezug auf Art. 2 Abs. 2 Satz 1 und 2 GG:
„Jeder hat das Recht auf Leben und körperliche Unversehrtheit. Die Freiheit einer Person ist unverletzlich."
(referiert und zitiert wird im Folgenden nach der Einteilung der BVerfGE vom 23. März 2011)
Abs. 39
„1. Die medizinische Behandlung eines Untergebrachten gegen seinen natürlichen Willen (kurz: Zwangsbehandlung) greift in das Grundrecht auf körperliche Unversehrtheit ein (Art. 2 Abs. 2. Satz 1 GG). Dieses Grundrecht schützt die körperliche Integrität des Grundrechtsträgers und damit auch das diesbezügliche Selbstbestimmungsrecht. Zu seinem traditionellen Gehalt gehört der Schutz gegen staatliche Zwangsbehandlung (...)."
Damit ist im Charakter der physischen Befindlichkeit „Integrität" als Menschenrecht logisch begründet: Das Grundrecht auf körperliche Integrität ist kein passives Abwehrrecht gegen staatliche Eingriffe. Durchgehend ist es ein aktives Recht. Es gibt dem Menschen die Kompetenz, erstrangig seine eigene Integrität zu bestimmen. Integrität und menschliche Selbstbestimmung bilden eine unlösbare Einheit.
Abs. 40
„2. Dem Eingriffscharakter einer Zwangsbehandlung steht nicht entgegen, dass sie zum Zweck der Heilung vorgenommen wird. Eine schädigende Zielrichtung ist nicht Voraussetzung für das Vorliegen eines Eingriffs in das Grundrecht auf körperliche Unversehrtheit (...)."
Körperliche Integrität wird also letztlich vom Menschenrechtseigner, dem einzelnen Menschen, subjektiv bestimmt. Ihre mögliche Verletzung ist durch keine Zielbezüge außerhalb des betroffenen Menschen zu legitimieren.
Abs. 41
Aus den beiden Obersätzen folgt:
„...Die medizinische Behandlung eines Untergebrachten, die ihrer Art nach das Grundrecht auf körperliche Unversehrtheit berührt, greift in dieses Grundrecht allenfalls dann nicht ein, wenn sie von der frei, auf der Grundlage der gebotenen ärztlichen Aufklärung, erteilten Einwilligung des Untergebrachten gedeckt ist."
Jegliche medizinische Stellvertretung ist ausgeschlossen, und seien die Absichten noch so einsichtig und edel. Diese Exklusion einer Fremdbestimmung in Sachen Grundrecht auf Integrität gilt selbst dann, wenn eine *„krankheitsbedingte Einsichtsunfähigkeit des Untergebrachten"* gegeben ist.
Abs. 42
Dort heißt es weiter: *„Fehlende Einsichtsfähigkeit lässt den Schutz des Art. 2 Abs. 2 GG nicht von vornherein entfallen."*

I.2. Aus den konstitutiven Normen, wie sie in Art. 2 Abs. 2 GG enthalten sind, ergibt sich eingriffsspezifisch:
Abs. 43
„3. Bei der medizinischen Zwangsbehandlung eines Untergebrachten mit Neuroleptika handelt es sich um einen besonders schwerwiegenden Grundrechtseingriff."
Abs. 44
Die Feststellung einer faktischen Verletzung des Grundrechts auf Integrität und seines Eigenseins durch Selbstbestimmung wird in mehreren Aspekten dargetan und belegt:

- *„Der Betroffene wird genötigt, eine Maßnahme zu dulden, die den Straftatbestand der Körperverletzung erfüllt (...)."*
- *„Ein von anderen Menschen gezielt vorgenommener Eingriff in die körperliche Integrität wird als umso bedrohlicher erlebt werden, je mehr der Betroffene sich dem Geschehen hilflos und ohnmächtig ausgeliefert sieht."*
- *„Die Gabe von Neuroleptika gegen den natürlichen Willen des Patienten schließlich stellt – unabhängig davon, ob nach fachgerichtlicher Einschätzung der Eingriff die in § 6 Abs. 1 Satz 1 Halbsatz 1 MVollzG Rh.-Pf. statuierten Voraussetzungen der Einwilligungsfähigkeit erfüllt oder im betreuungsrechtlichen Zusammenhang die Voraussetzungen der Genehmigungsbedürftigkeit nach § 1904 Abs. 1 Satz 1 BGB erfüllen würde – einen besonders schweren Grundrechtseingriff auch im Hinblick auf die Wirkungen der Medikamente dar."*
- Die sich anschließende Erläuterung ist hervorzuheben: *"Dies gilt schon 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.* ***Psychopharmaka sind zudem auf die Veränderung seelischer Abläufe gerichtet. Ihre Verabreichung gegen den natürlichen Willen des Betroffenen berührt daher, auch unabhängig davon, ob sie mit körperlichem Zwang durchgesetzt wird, in besonderem Maße den Kern der Persönlichkeit."*** (fett durch uns).

Im Wortspiel, jedoch nicht spielerisch gesprochen, bewahrt das Bundesverfassungsgericht in den zitierten Passagen die Unversehrtheit des Grundrechts auf Integrität im Sinne von Art. 2 Abs. 2 GG. Integrität ist die integrale Eigenschaft der Person. Sie ist nicht von ihr heraus- oder abzulösen. Also ist sie, und sei´s mit den besten Absichten, nicht extern zu bestimmen. Integrität ist insofern „objektiv" als Menschen Naturobjekte, sprich ihre eigenen Körper sind. Integrität wird zur subjektiv „aufgehobenen" Objektivität, als Menschen gattungsgemäß, aber je individuell in ihrer Eigenschaft als homines sapientes ihr körperliches Objektsein als vorbewusstes und bewusstes Wesen mit Verstand zu sich selber machen. Sie sind nur soweit, wie sie einschließlich ihrer Vernunft immer zugleich ihr Körper sind. Darum ist in Art. 2 Abs. 2 GG die Integrität der Person erst fertig, indem sie selbst bestimmt wird. In diesem Sinne kann sie sich auch ändern, was selbstbestimmt heißt; infolge eines natürlichen Alterungsprozesses und aufgrund kulturell angeeigneter Natur.

II. Schattenlinien des Urteils und seines Integritätsbegriffs

Der Ausdruck Schattenlinie ist dem Titel eines Romans von Joseph Conrad entnommen. Sein Roman *„Shadow line"* handelt von einem Jugendlichen, der, wie bei Conrad selbstverständlich, im Zuge einer Meerfahrt die nicht genau markierbare, aber vorhandene Grenze zwischen seinem jugendlichen Habitus und dem eines erwachsenen Mannes überschreitet. Darum die klar markierte, aber nicht eindeutige Schattenlinie.

II. 3. Die eindeutigen und klaren Folgerungen aus den konstitutiven Normen relativieren regulative Normen und entsprechende Konsequenzen, die in den Absätzen 45 ff. präsentiert werden.

Abs. 45

Als hebe es das konstitutive Grundrecht auf Integrität und seine prioritäre Selbstbestimmung auf, lautet die regulative, also prinzipiell sekundäre Norm des BVerfG: *„Ungeachtet der Schwere des Eingriffs, der in der Zwangsbehandlung eines Untergebrachten liegt, ist es dem Gesetzgeber nicht prinzipiell verwehrt, solche Eingriffe zuzulassen."* Die Verletzung der konstitutiven (oder auch substantiellen) Norm wird mit der potentiellen Ersetzung des Selbstbestimmungsrechts durch eine stellvertretende, besserwissende Instanz außerhalb des Grundrechtsrepräsentanten verbunden. Der nachfolgende Satz des Gerichts lautet: *„Dies gilt auch für eine Behandlung, die der Erreichung des Vollzugsziels (§ 136 StVollzG, §1 Abs. 2 MVollzG Rh.-Pf.) dient, also darauf gerichtet ist, den Untergebrachten entlassungsfähig zu machen."*

Wird demgemäß eine alte Bemerkung Rousseaus in geänderter, grund- und menschenrechtlich bestimmter Verfassung übernommen: ´gezwungen, frei zu sein´? So scheint es potentiell. Nach einem Zwischenabschnitt, der dem Verbleib des therapeutischen ´Objekts´ im Maßregelvollzug gilt, heißt es:

Abs. 47

„Zur Rechtfertigung des Eingriffs kann aber das grundrechtlich geschützte Freiheitsinteresse des Untergebrachten selbst (Art. 2 Abs. 2 GG) geeignet sein, sofern der Untergebrachte zur Wahrnehmung dieses Interesses infolge krankheitsbedingter Einsichtsunfähigkeit nicht in der Lage ist."

Abs. 48 und 49

Die folgenden Absätze sind kontrapunktisch angeordnet. Schwere Gewichte werden hin- und hergewogen. Als da sind strikt der Person ´gehörende´ Grundrechte hier und Belange dort, die vom Gesetzgeber und seinen praktischen Repräsentanten unter Umständen stellvertretend für die Grundrechte eignende Person vertreten werden.

Zuerst (Abs. 48): *„Die Freiheitsgrundrechte schließen das Recht ein, von der Freiheit Gebrauch zu machen, der – jedenfalls in den Augen Dritter – den wohlverstandenen Interessen des Grundrechtsträgers zuwiderläuft. Daher ist es grundrechtlich Sache des Einzelnen, darüber zu entscheiden, ob er sich therapeutischen oder sonstigen Maßnahmen unterziehen will, die ausschließlich seiner „Besserung" dienen (...).* ***Die grundrechtlich geschützte Freiheit schließt auch die „Freiheit zur Krankheit", und damit das Recht ein, auf Heilung zielende Eingriffe abzulehnen, selbst wenn diese nach dem Stand des medizinischen Wissens dringend angezeigt sind (...)."*** (hervorgehoben durch uns).

Nicht konträr, sprich aufhebend, aber widersprüchlich wirkt die folgende ambivalente Formulierung.

Abs. 49

„Das Gewicht, das dem eingeschränkten Grundrecht in der Abwägung mit denjenigen grundrechtlichen Belangen zukommt, die durch den Eingriff in dieses Recht gewahrt werden sollen, kann jedoch nicht vollkommen losgelöst von den tatsächlichen Möglichkeiten des Grundrechtsträgers zu freier Willensentschließung bestimmt werden (...)."

Die eingeschränkte Selbstbestimmung macht möglicherweise weitere, von außen gesetzte Schranken nötig.

„Der Gesetzgeber ist daher berechtigt, u n t e r e n g e n V o r a u s s e t z u n g e n (gesperrt durch uns) ***Behandlungsmaßnahmen gegen den natürlichen Willen des Grundrechtsträgers ausnahmsweise zu ermöglichen*** (fett durch uns), *wenn dieser zur Einsicht in die Schwere seiner Krankheit und die Notwendigkeit von Behandlungsmaßnahmen oder zum Handeln gemäß solcher Einsicht krankheitsbedingt nicht fähig ist."*

Daraus folgt – und wird als erneut von außen bestimmte zeitweilige Suspension der Grund- und Menschenrechte in seiner Bedeutung nicht ausgelotet:

„Das Bundesverfassungsgericht hat angenommen, dass unter dieser Voraussetzung der schwerwiegende Grundrechtseingriff, der in der Freiheitsentziehung liegt, zum Schutz des Betroffenen selbst gerechtfertigt sein kann, und – ungleich mehr als eine Kopula, d. Verf. – *die nach Landesunterbringungsrecht für einen solchen Fall vorgesehene Möglichkeit fürsorgerischer Unterbringung zum Zweck der Behandlung gebilligt (...)."*

In den Absätzen 50 und 51 folgen mögliche Einschränkungen derselben Stellvertretungslogik. In Abs. 50 heißt es: *„Demgemäß erachtet die herrschende Auffassung in Rechtsprechung und Literatur Maßnahmen der Zwangsbehandlung Untergebrachter – auch solche, die auf deren Entlassung gerichtet sind – nicht für generell unzulässig (...).“* Noch deutlicher stellt Abs. 51 fest: *„Ist ein Untergebrachter krankheitsbedingt nicht zur Einsicht in die Krankheit fähig, deretwegen seine Unterbringung notwendig ist, oder kann er krankheitsbedingt die nur mit einer Behandlung gegebene Chance der Heilung nicht erkennen oder nicht ergreifen,* ***so ist der Staat nicht durch einen prinzipiellen Vorrang der krankheitsbedingten Willensäusserung verpflichtet, ihn dem Schicksal dauerhafter Freiheitsentziehung zu überlassen***. (hervorgehoben durch d. Verf.) *Ein Eingriff, der darauf zielt, die tatsächlichen Voraussetzungen freier Selbstbestimmung des Untergebrachten wiederherzustellen, kann unter diesen Umständen zulässig sein (...). Krankheitsbedingte Einsichtsunfähigkeit hindert den Betroffenen, seine grundrechtlichen Belange insoweit wahrzunehmen, als es um die Wiedererlangung der Freiheit geht. Weil der Betroffene insoweit hilfsbedürftig ist (...), darf der Staat – nach Maßgabe des Grundsatzes der Verhältnismäßigkeit – in diejenigen Grundrechte eingreifen, die der Betroffene allein krankheitsbedingt übergewichtet.“*

II.4. Grundrechtlich skrupulös verengt das Bundesverfassungsgericht seine ausnahmsweise Einschränkung der selbstbestimmten Wahrnehmung eigener Grundrechte seinerseits wieder ein.

Zunächst wird unter Bezug auf die UN-Behindertenrechtskonvention (BRK) in den Abs. 52 und 53 argumentiert – vgl. Art 12 Abs. 4 Satz 2 BRK –, diese verbiete nicht *„grundsätzlich gegen den natürlichen Willen gerichtete Maßnahmen“* bei krankheitsbedingter Unfähigkeit, sich selbst zu bestimmen. Das ergebe sich aus *„Art. 12 Abs. 4 BRK, der sich gerade auf Maßnahmen bezieht, die den Betroffenen in der Ausübung seiner Rechts- und Handlungsfähigkeit beschränken.“*

Allerdings werden hohe Hürden aufgebaut.

Abs. 55 macht deutlich, dass aus der staatlichen Kompetenz, den Einzelnen *„ausnahmsweise…‘vor sich selbst in Schutz zu nehmen‘“ „keine ‚Vernunfthoheit‘ staatlicher Organe über den Grundrechtsträger“* auf den Verfassungspodest gestellt werde. *„Auf eine eingriffslegitimierende Unfähigkeit zu freier Selbstbestimmung darf daher nicht schon daraus geschlossen werden, dass der Betroffene eine aus ärztlicher Sicht erforderliche Behandlung, deren Risiken und Nebenwirkungen nach vorherrschendem Empfinden im Hinblick auf den erwartbaren Nutzen hinzunehmen sind, nicht dulden will. Erforderlich ist eine krankheitsbedingte Einsichtsunfähigkeit oder Unfähigkeit zu einsichtsgemäßem Verhalten (...).“*

Abs. 56 verbindet die nicht im einzelnen methodisch und an ausgewiesenen Kriterien durchleuchtete *„krankheitsbedingte Einsichtsunfähigkeit“*, die *„medizinische Zwangsbehandlung“* eventuell erlaube, angesichts der *„Schwere des Eingriffs“* mit der zusätzlichen Überprüfung *„unter engen Voraussetzungen“*. Sie ergäben sich aus dem *„Grundsatz der Verhältnismäßigkeit“*. Dazu gehören, so Abs. 57:

- dass das rechtfertigende *„Behandlungsziel“ „Erfolg“* verspreche;
- dass die Dauer des Eingriffs begrenzt werde;
- dass *„Zwangsmedikation“* nicht fortgeführt werde, um die *„Betreuung des Patienten“* zu erleichtern;
- außerdem – s. Abs. 58 – dürfe Zwangsmedikation nur als *„letztes Mittel“* eingesetzt werden, zu dem keine Alternative gegeben sei;
- zusätzlich müsse, notfalls aufwändig versucht werden, den Betroffenen zu überzeugen. *„Ohne Ausübung unzulässigen Drucks“*;
- selbst bei *„Einwilligungsunfähigen“* sei *„ärztliche Aufklärung“ „nicht von vornherein entbehrlich“*;
- insgesamt gilt, so Abs. 60: *„Der Grundsatz, dass der Eingriff nicht über das Erforderliche hinausgehen darf, hat auch die Auswahl der konkret anzuwendenden Maßnahmen nach Art und Dauer – einschließlich der Auswahl und Dosierung einzusetzender Medikamente und begleitender Kontrollen – zu bestimmen.“*

II.5. Weitere Sicherungen, die jeweils in nicht vorweg kalkulierbarem Wägen bestehen, werden verfassungsgerichtlich verlangt:

- Die Zwangsbehandlung“, siehe Abs. 61, dürfe nicht *„außer Verhältnis zu dem erwartbaren Nutzen stehen“*;
- den *„grundrechtlichen Anforderungen“* entspreche es, *„wenn in medizinischen Fachkreisen ein* ***deutlich*** *feststellbares Überwiegen des Nutzens gefordert wird“*;
- das Gericht fügt nüchtern und erfahren hinzu: *„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(…)“*;
- die nahezu dauernd unterstellte und unterstellbare Analogie zwischen dem Umgang mit psychisch Behinderten im Maßregelvollzug und außerhalb desselben verlangt bei Untergebrachten *„in einer geschlossenen Einrichtung“* in Sachen Zwangsbehandlung *„Sicherungen“* wie die oben aufgereihten *„in besonders hohem Maße“* (Abs. 62);
- dazu gehört, dem Betroffenen *„die Möglichkeit“* zu eröffnen, *„rechtzeitig Rechtsschutz zu suchen“* (Abs. 63);
- *„die Wahrung der Verhältnismäßigkeit des Eingriffs“* heische ein mehrfaches **„Konkretisierungserfordernis“** (fett durch uns) (u. a. *„fachgerechte ärztliche Reaktion“* auf individuelle Unterschiede im Hinblick auf günstige oder ungünstige *„Medikamentenwirkungen“*) (Abs. 64);
- *„dem Konkretisierungserfordernis steht nicht entgegen, dass die Planung und Entscheidung über die Einzelheiten einer Medikation in erster Linie Sache der ärztlichen Beurteilung ist“*;
- im Zusammenhang gehört die *„gerichtliche Überprüfung“* zu den Grundrechten des Betroffenen. Die Ge-

richte haben sich zur *„Sachverhaltsaufklärung“* des *„ärztlichen Sachverstandes“* zu *„bedienen“* (Abs. 64);

- *„Verhältnismäßigkeit“* könne nur gewahrt werden, wenn *„durch einen Arzt“ „die Anordnung und Überwachung einer medikamentösen Zwangsbehandlung“* erfolge (Abs. 66);
- die *„grundrechtliche(n) Garantie des gerichtlichen Rechtsschutzes“* erfordere vorweg – Abs. 67 – *„ergriffene Behandlungsmaßnahmen, einschließlich ihres Zwangscharakters, der Durchsetzungsweise, der maßgeblichen Gründe und der Wirkungsüberwachung, zu dokumentieren (…).“ „Die Dokumentation“* sei *„auch zur Sicherung der Verhältnismäßigkeit des Eingriffs geboten.“* Entsprechend sind eine *„systematische verbesserungsorientierte Qualitätskontrolle und Evaluation“*;
- Diese ins Detail der Organisation – Arbeitsteilung, Zeitökonomie u.a.m. – gehenden Auflagen folgen aus *der „Situation außerordentlicher Abhängigkeit“*, in der der Untergebrachte *„vor allem bei schwerwiegenden Eingriffen besonderen Schutzes bedarf.“* (Abs. 69)

II.6. Abs. 71, 72 und 73 packen dem Gesetzgeber die Aufgabe feinziselierter Eingriffsvoraussetzungen, Eingriffsabläufe und Eingriffskontrolle auf die Schultern. Sie simulieren darum rechtssicher ihre grundrechtspeinlichgenaue Implementation. Darum öffnen sie sich – so die hintergründige Annahme – mühelos dem Kontrollblick und sind unangestrengtem Kontrollgriff zugänglich:

- Dass *„die Zwangsbehandlung des Untergebrachten“* nur aufgrund *„eines Gesetzes zulässig“* sei, überrascht im grundgesetzlichen Kontext nicht (s. Abs. 72). Auffälliger ist, dass die *„Einschaltung eines Betreuers“* erwogen und nur im Sinne einer Kann-Bestimmung für möglich erachtet wird. – Abs. 71 – *„Eine verfassungsrechtliche Notwendigkeit, die Rechte des Betroffenen gerade auf diese Weise zu schützen, besteht jedoch nicht. Für den Betroffenen wird der Eingriff, der in der medizinischen Zwangsbehandlung liegt“*, so schätzt das Bundesverfassungsgericht, *„nicht dadurch weniger belastend, dass gerade ein Betreuer ihr zugestimmt hat. Die entscheidende objektive Schutzwirkung, die in der Einschaltung eines externen Dritten liegt, kann nicht allein auf diese Weise, sondern auch mit anderen Mitteln erreicht werden. Es sind keine durchgreifenden Gründe ersichtlich, deretwegen eine Betreuerlösung von Verfassungs wegen vorzugswürdig wäre beispielsweise gegenüber einem Richtervorbehalt (...) .“* Insgesamt gilt: *„Die Ausgestaltung der Art und Weise, in der 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, ist danach Sache der jeweils zuständigen Gesetzgeber.“*
- Diesem verfassungsgerichtlichen Verlangen entsprechend – an den Gesetzgeber, seine Produkte, die Gesetze, und folgerichtig die Streitfälle entscheidenden Gerichte – sind als gesetzliche Formelemente *„für die Zulässigkeit des Eingriffs“* erheblich. Sie müssen
- *„hinreichend klar und bestimmt“* sein (Abs. 73);
- *„Der Gesetzgeber ist gehalten, seine Vorschriften so bestimmt zu fassen, wie dies nach der Eigenart der zu ordnenden Lebenssachverhalte mit Rücksicht auf den Normzweck möglich ist (...)“*;
- *„Die notwendige Bestimmtheit fehlt nicht schon deshalb, weil eine Norm auslegungsbedürftig ist (...)“*;
- *„Die Betroffenen müssen jedoch die Rechtslage erkennen und ihr Verhalten danach einrichten können“*;
- *„und die gesetzesführende Verwaltung muss für ihr Verhalten steuernde und begrenzende Handlungsmaßstäbe vorfinden“*;
- *„Zur notwendigen Erkennbarkeit des Norminhalts gehört die Klarheit (...) der Norm“*;
- *„Die Anforderungen an den Grad der Klarheit und Bestimmtheit sind umso strenger, je intensiver der Gundrechtseingriff ist, den eine Norm vorsieht (...)*;
- *„Für die näheren Anforderungen kann, nicht zuletzt in der Frage, inwieweit Maßgaben, die sich aus dem Grundgesetz ableiten lassen, ausdrücklicher und konkretisierender Festlegung im einfachen Gesetz bedürfen, auch der jeweilige Kreis der Normanwender und Normbetroffenen von Bedeutung sein (...).“*

II.7. Das Bundesverfassungsgericht kommt im III. Teil (Absätze 74-80) zurück auf sein eingangs ergangenes Urteil und spezifiziert es. *„Nach diesen Maßstäben stellt § 6 Abs. 1 Satz 2 Halbsatz 1 MVollzG Rh.-Pf. keine ausreichende gesetzliche Grundlage für eine Zwangsbehandlung dar.“* Wir werden darauf im IV. Abschnitt „Psychiatrie“ zurückkommen. Im II. Teil „Schattenlinien“ sollte erkenntlich geworden sein, dass sich das Bundesverfassungsgericht an die von ihm bestätigten konstitutiven Normen von Art. 2 Abs. 2 GG gehalten hat. Zugleich wollte es jedoch den psychiatrischen Umgang mit psychisch Behinderten im Maßregelvollzug – Norm vermittelnd – messen und in seiner Wirklichkeit einholen. Dadurch kam ein Maßverhältnis zustande, das mit dem Ausdruck „Schattenlinie“ bezeichnet werden sollte. Die konstitutive Norm Integrität als selbstbestimmte Größe der Person bleibt klar. Sie verliert jedoch ihre Eindeutigkeit. Sie wirkt dort widersprüchlich, wo der Gesetzgeber instand gesetzt wird unter einer Reihe von Bedingungen, Zwangsbehandlungen psychisch Behinderter zu verrechtlichen. Wenngleich das Verfassungsgericht einschneidende Vorbedingungen fordert und eine Reihe von harten Auflagen verlangt, werden unter Umständen Zwangsbehandlungen ohne oder wider den Willen Betroffener möglich. Die Integrität der Person kann also vorübergehend aufgehoben, die Selbstbestimmung kann durch Fremdbestimmung zeitweise ersetzt werden. Die Fragen, die unter anderem in den folgenden Kapiteln behandelt und gegen Ende beantwortet werden müssen, lauten:

Sind solche ausnahmsweisen und vorbehaltsvollen, sind solche prozedural eingehegten und zeitbegrenzten Zwänge mit der hauptsächlichen Argumentationslinie des BVerfG im Einklang? Wie steht es mit einem Hauptpfeiler der Grundrechte: Dem Schutz der Integrität und ihrer grundrechtsessentiellen Selbstbestimmung?

Kann die potentiell exzeptionellem Zwang geöffnete Lücke ihrerseits durch Auflagen und Verfahrensbestimmungen so klar und eindeutig gegen Missbrauch gesichert werden, dass das Grundrecht und seine Eigner, die Personen, keinen Schaden erleiden? Noch zugespitzter gefragt: Lässt das Grundrecht die vom Verfassungsgericht als möglich erachteten Einschränkungen zu? Ist das BVerfG nicht seinerseits in Gefahr, an seinem eigenen Grund und seiner zentralen grundrechtlichen Schutzfunktion Erosionen zuzulassen? Mit ähnlichen Fragen ist insistierend Artikel 12 Abs. 4 BRK zu testen. Er wird dahingehend auch verfassungsrichterlich interpretiert, als lasse die BRK trotz dem darin enthaltenen, geradezu frontalen Widerspruch gegen den Geist der Konvention insgesamt und in einzelnen Artikeln Zwangsbehandlungen, einzelgesetzlich geregelt, unter restriktiv bestimmten Umständen doch zu.
Hat das BVerfG alle nötigen Prämissen, Bedingungen und prozeduralen Regeln ausreichend bestimmt, die gegeben und erfüllt sein müssen, um die von ihm u.U. gebilligte Zwangsbehandlung zuzulassen? Anders und zusätzlich gefragt: Ist nicht in den Prämissen, Bedingungen und Prozeduren, die dem BVerfG zufolge gegeben sein und eingehalten werden müssen, Zwangsbehandlungen zulässig erscheinen zu lassen, die Gefahr einer Eigendynamik des Zwangs und eine nur normativ überdeckte Kasuistik angelegt?
Unterstellt, die verfassungsgerichtlichen Kautelen reich(t)en aus, eine Zwangsbehandlung unter Umständen als grundrechtskonform zu beurteilen, ist nach (sozial-) wissenschaftlichem Ermessen und aufgrund bis zur Verbindlichkeit geltender Erfahrung eine je und je fallkonkrete Kontrolle der Kaskade von Kontrollvorkehrungen auch nur wahrscheinlich, die das BVerfG abstrakt jenseits organisatorischer Erfordernisse und Erfahrungen postuliert?

III. Das Menschenrecht der Integrität und Selbstbestimmung. Grundsätzliche Markierungen oder Maßverhältnisse mit besonderem Bezug auf die Grundrechte des Grundgesetzes der Bundesrepublik Deutschland (Art. 1 bis Art. 19 GG) und die UN Convention on the Rights of Persons with Disabilities

III. 8. In den folgenden Ausführungen wird meist nicht auf Literatur, verfassungsgerichtliche Entscheidungen, Fallbeispiele und dergleichen verwiesen. Sie könnten erforderlichenfalls nachgeliefert werden. Abgesehen vom dann beträchtlichen Umfang wird angenommen, dass die meisten Feststellungen, Differenzierungen und Problematisierungen sich aus der unverstellten Logik der Grund- und Menschenrechte wie der Behindertenrechtskonvention geradezu von selbst verstehen. Die Annahme gilt dann, wenn man Menschenrechte und Demokratie unbeschadet aller Differenzierungen und Ergänzungen normativ unverstellt, das heißt als praktische Weisungen, ernst nimmt. Allzu nahe und häufig begegnet man freilich verschiedenen symbolic uses of human rights.[1] Diese Annahme setzt voraus, dass man die Begriffe Menschenrechte und Demokratie, wie sie dem Grundgesetz der Bundesrepublik Deutschland in ihren hauptsächlichen konstitutiven Bedingungen Boden und Bezug geben, als sozioökonomischpolitische Größen behandelt. Ähnliches gilt für die breiter angelegte BRK. Menschenrechte und Demokratie werden erst, wenn sie im angemessenen sozialen, ökonomischen und politischen Kontext eingebettet sind. Und wenn sie im Zuge kontextueller Veränderungen frisch gebettet werden.

III.9. Konstitutive und regulative Prinzipien. Die Ausdrücke und ihre Verwendung gehen unter anderem auf Immanuel Kant, Paul Tillich u.v.a. zurück. Verfassungsrechtlich entspricht ihnen die Unterscheidung zwischen normae normandes, also Normen, die die Normierung vorgeben und normae normatae, gesetzte Normen, die als solche Geltung beanspruchen.[2] Konstitutive Norm im hier gebrauchten Verständnis besagt, dass eine Norm im Singular, wie Recht auf körperliche Integrität oder Normen im Plural, wie Menschenrechte, einen Sachverhalt, wie beispielsweise eine Verfassung, in seinem Kern bestimmt bzw. bestimmen. Der Sachverhalt änderte sich von grundauf, würde seine konstitutive Norm modifiziert oder gewechselt. Regulative Normen besitzen stattdessen eine geringere Geltungsintensität. In ihnen werden Bestimmungen/Techniken formuliert, die die konstitutiven Normen anwenden lassen oder problemspezifisch vermitteln. Das „Prinzip der Verhältnismäßigkeit“, vom Bundesverfassungsgericht formuliert und in fast allen seinen Urteilen thematisiert, stellt eine regulative Norm dar. Sie bliebe ohne die konstitutive leer oder vergleichsweise beliebig zu ändern.

III.10. Inhalt und Form als Kategorien, beispielsweise Grundrechte und die Mittel/Formen, sie zu verwirklichen. Am einsichtigsten – und dennoch dauernd zuwider gehandelt, das ist ein Grund dieses Gutachtens – ist der Widerspruch vom Inhalt (Ziel) „Freiheit“ und dem Mittel, der Form „Zwang“. Ähnlich widersprüchlich verkehren Selbstbestimmung und Gewalt, Frieden und Krieg u.a.m. miteinander. Darum werden so viele große Ziele pervertiert. Die gebrauchten Formen produzieren zielwidrige Ergebnisse. „Und willst du nicht mein Bruder sein, so schlag ich dir den Schädel ein.“ So wenig die Widersprüche logisch aufzulösen sind, so ausschlaggebend ist es jedoch, sich individuell und kollektiv/institutionell jeweils über Zusammenhang, Differenz, Widerspruch oder Exklusion von Inhalten und Formen Rechenschaft zu geben. An erster Stelle kommt es auf das „Adäquanzverhältnis“ (Max Weber) zwischen konstitutiven Normen und regulativen Normen an. Um dieses zu gewährleisten bedarf es periodisch wiederholten Ziel-Mittel-Vergleichs.

III.11. Grund- und Menschenrechte. Menschenrechte unterscheiden sich herkömmlich und in aller Regel von Grundrechten nicht durch ihre Inhalte. Sie stimmen meist

[1] Vgl. Murray Edelman: Symbolic Uses of Politics, 1964.

[2] Siehe Konrad Hesse: Die normative Kraft der Verfassung, 1959; ders.: Grundzüge des Verfassungsrechts der Bundesrepublik Deutschland, Karlsruhe 1975 8. Auflage, siehe bes. S. 3 ff („Begriff und Eigenart der Verfassung“) und S. 20 ff. („Verfassungsinterpretation“).

weitgehend überein. Sie unterscheiden sich zum einen durch ihre Begründung, zum anderen durch ihren Adressaten. In ihrer faktischen Geltung vermischen sie sich oft darin. Menschenrechte werden prinzipiell vor-staatlich begründet. Im Rahmen der frühmodernen ersten allgemeinen Formulierung der Menschenrechte (Virginia Bill of Rights 1776; Französische Revolution 1789) geschah dies mit Hilfe säkular verstandener „Naturrechte" (a la: alle Menschen sind von Natur/durch Geburt frei geboren u.ä.m.). Ihrem Begriff gemäß gelten die Menschenrechte allen Mensch genannten und als Mensch erkannten Lebewesen prinzipiell aufrechten Gangs und Vernunftgebrauchs (der Gattung des homo sapiens). Grundrechte sind stattdessen staatlich oder – siehe EU – staatenbündlerisch gegebene Rechte. Sie gehen eventuellen Staatsgründungen nicht voraus, sie folgen ihnen. Außerdem kann ihr Geltungsanspruch auf die Mitglieder eines Verfassungsstaats begrenzt sein. Manche der Grundrechte gelten nur „allen Deutschen". Angesichts der historisch faktischen und normativen Begrenzung von Staaten (Nationalstaaten), ihren In- und Exklusionen und den in ihren Verfassungen genannten Grund- und/oder Menschenrechten ist das Menschenrecht auf Mobilität und auf eine Bleibe freier Wahl, nationalstaatlich begrenzt. Die Deklaration der Allgemeinen Menschenrechte vom 10.12.1948, informiert von den Massenerscheinungen der Flucht und dem Jammer der Displaced Persons geht darüber hinaus. Sie gilt jedoch primär deklamatorisch.

III.12. Im Zusammenhang dieses Gutachtens wird grundrechtlich insoweit argumentiert, als die Grundrechte, die hier besonders einschlägig sind, Art. 1 GG bis Art. 5 GG, den allgemeinen menschenrechtlichen Anspruch zum Inhalt haben. So sie dies nicht tun, werden die Grundrechte verwässert.

III.13. Art. 1 bis Art. 5 GG sind menschenrechtlich, also vorstaatlich zu verstehen; zuerst und primär ohne staatliche Relativierung. Insofern sind sie konstitutive Normen oder normae normandes der Verfassung der Bundesrepublik Deutschland. In diesem Sinne verkörpern sie „übergesetzliches Recht".[3] Zugleich gilt: als von Menschen gefasste Normen für Menschen sind sie allemal historisch gebunden. Sie sind darum dem Wandel unterworfen. Sowohl was ihre jeweilige konstitutive Bedeutung im seinerseits wandlungsoffenen Kontext angeht, als auch und in Sonderheit, wie sie den Menschen und den Problemen in ihrer Zeit gemäß angewandt werden. Weil solche Relativismen unvermeidlich sind – erliegt man nicht der mehrfachen Täuschung „absoluter" Ansprüche –, ist es umso mehr notwendig, an der konstitutiven Geltung von Integrität und Selbstbestimmung uneingeschränkt festzuhalten. Es sei denn, die Lücken und Brüche ihrer Geltung ließen sich an den Menschen nachweisen, für die sie bestimmt sind. Die konstitutive Norm eines Menschenrechts, hier von Art. 2 Abs. 2 GG ist kein Fiaker, in den man, und sei´s behutsam ein- und aussteigen könnte, auch nicht nach aktuellem Staatsdünken des jeweiligen Gesetzgebers.

III.14. Menschliche Integrität, zu deutsch Unversehrtheit. Will man Integrität metaphorisch illustrieren, fallen über Nacht gefallener Schnee auf noch nicht benutztem Waldweg in den Sinn, eine taufrische Wiese bald nach Sonnenaufgang im Frühsommer und ähnliche Bilder unberührter ´Ganzheit´. Das fördert die Phantasie. Das lässt den Gedanken der Nicht-Intervention assoziieren. Ansonsten führen natürliche Metaphern aber in die Irre. Das, was menschliche Integrität „ist", korrekter: sein könnte, wandelt sich in den geschichtlichen Zeiten des Menschen bis zur Unkenntlichkeit, wählt man einen fixen gesellschaftlichen Zeitraum. Primitive Gesellschaften, primitiv im Sinne gesellschaftlicher Anfänge, die primär ethnologisch überkommen sind, besaßen Schamvorstellungen und Ausdrucksformen von Integrität. Sie waren indes mit europäisch-angelsächsischen Vorstellungen von Integrität nicht kommensurabel. Die darum modernen Vorstellungen sind seit der bürgerlichen Moderne zuerst klassenspezifisch aufgekommen, also auf Besitzbürger beschränkt. Die Konzeption von Integrität, wie sie seit dem 16. und 17. Jahrhundert im Recht am eigenen Körper (habeas corpus) und in seiner sozioräumlichen Ummantelung im Recht auf eigene Wohnung kenntlich wird, ändert sich im Zeichen gesellschaftlichen Wandels. Dies gilt insbesondere für die Extensität und Intensität, in der die Neuen Technologien die Gesellschaften bis in die intime Nische durchdringen. Zugleich nehmen die abstrakten Außenbestimmungen sozialer und persönlicher Beziehungen im Zeichen der Globalisierung zu. Was Integrität inmitten der hochabstrakten und zugleich konkret wirksamen Vergesellschaftungsformen als soziale und zugleich personale Größe ausmacht, ist zur Zeit selbst begrifflich nicht klar fassbar.[4] Die Vorstellung menschlicher Integrität, die den modernen Menschenrechten zugrunde liegt und in Art. 2 GG normativ Sprache geworden ist, ist durch zwei normiert normierende Kriterien ausgezeichnet: Sie ist exklusiv bezogen auf die einzelne Person. Diese wird dadurch zu dem, was verfassungsgerichtlich „Grundrechtsträger" genannt wird. Diese, ihre Grundrechte eignende Person bestimmt ihre vorausgesetzte Integrität. Ihre Personalität ist allein durch die Selbstbestimmung mitgegeben.

III.15. Die Selbstbestimmung der eigenen Integrität ist notwendig, weil das, was Integrität „ist", kulturell vom jeweiligen historischen Ort der Vergesellschaftung des Menschen und individuell von den Umständen der einzelnen Person definiert wird. Das Individuum, als abstrakt vereinzeltes Wesen, wird dadurch erst zur Person in historischer Zeit und historischem Raum. Beide Definitionsringe dessen, was Integrität zu einem bestimmten Zeitpunkt und in veränderten Kontexten „ist" (sein kann), sind we-

[3] Vgl.: Gustav Radbruch: „Gesetzliches Unrecht und übergesetzliches Recht", in: ders.: Rechtsphilosophie (hrsg. von Eric Wolf), Stuttgart 1956, S. 347-357.

[4] Günther Anders hat schon angesichts der Vorerfahrungen ökonomisch technischer, dann technologischer Änderungen von der „Antiquiertheit des Menschen" gesprochen. Siehe Günther Anders: Die Antiquierheit des Menschen, Bd.1 Über die Seele im Zeitalter der zweiten industriellen Revolution, München 6. Aufl. 1983; ders: Bd. 2 Über die Zerstörung des Lebens im Zeitalter der dritten industriellen Revolution, München 1980.

sentlich. Integrität versteht sich nicht abstrakt allgemein von selbst. Sie ist immer ein Phänomen der gegebenen Gesellschaft und des individuell anzueignenden Kontextes. Trotz der Körpergebundenheit aller Menschen, vergleichbaren Körperbaus, homologer Organe und Funktionen der Menschen, ist jedes Individuum darum schon körperlich etwas Besonderes, weil es durch eine verschiedene Fülle eigenartiger physiologischer Zusammenhänge (Rückkoppelungsschleifen u.ä.m.) charakterisiert ist. Darum unterscheidet sich der einzelne Mensch je und je von den Anderen. Musterdiagnosen und -therapien sind nur begrenzt möglich als Paradigmata, die die je besonderen Abweichungen kenntlich machen. Darum sind bei jeder Entscheidung, wenn sie auf der Kippe steht, die Selbstbestimmung, bei Diagnose und Therapie die ausschlaggebende Mitbestimmung der Patientenbürger vonnöten. Selbstbestimmung im Kontext der Mitbestimmung ist gerade für behinderte Menschen mit ihren Eigenheiten unabdingbar. Es gibt kein behinderungsloses Muster, das norm- und handlungsgebend anwendbar wäre. Es gibt auch nicht die Typen der Behinderung, vor allem nicht psychisch geistige Verhaltensmuster, die passepartoutgleich auf Menschen ähnlicher Äußerungen anzuwenden wären. Die Behinderung kann unter anderem darin bestehen, das, was „normal" erscheint, nicht zu wollen oder den eigenen Willen nicht „normal", vor allem sprachlich nicht äußern zu können. Die Integrität eines so behinderten Menschen würde radikal, nämlich einschließlich ihrer Wurzel verletzt, der Wesensgehalt von Art. 2 Abs. 2 GG willkürlich konventionssuppig verdünnt, träte eine bornierte „Vernunfthoheit"[5] in der Anmaßung des Richtigwissens an Stelle des Behinderten. Dann wäre sein Menschenrecht aufgehoben.

III.16. Ähnlich der nie schlechterdings gegebenen Integrität ist das, was Selbstbestimmung genannt wird, ein anderes Essential der Menschenrechte, nicht selbstverständlich geburtlich gegeben. Selbstbestimmung ist abhängig von gesellschaftlichen Bedingungen. Selbstbestimmung als originärer Ausdruck der Freiheit des Menschen wird in und durch die Sozialisation in einer Gesellschaft und den spezifischen Umständen, denen ein Individuum ausgesetzt ist. Die Vergesellschaftung des Menschen, ein lebenslanger Prozess, sorgt mit dafür, inwieweit sich die freie Selbstbestimmung im Kreise anderer Menschen mit ähnlichen Bedürfnissen und Erfordernissen in Konflikt, Aggression, Konkurrenz und Kooperation entwickelt. Bis in die Gegenwart reichen Traditionslinien, deren Anhänger repressive Formen der Pädagogik und dauernde Zwangsschulung der Menschen für notwendig erachten, um einen friedlichen Verkehr zwischen ihnen zu gewährleisten. Selbstbestimmung heißt dann nichts anderes als von Menschen zwangsweise verinnerlichte Fremdbestimmung. Gediegene Annahmen sprechen erfahrungsdicht dafür, dass Selbstbestimmung mit anders Denkenden und anders lebenden Menschen zusammengeht und gelernt wird. Besonderheit, Zusammengehen und Zusammentun werden durch gesellschaftliche Institutionen von der (Vor-)Schule aufwärts permanent geübt (oder vermasselt). Die Institutionen werden auf diese Weise das, was sie ausmacht: Dauernde von Menschen gemachte und Menschen machende Einrichtungen. Es kommt eben nicht darauf an, Menschen – wie falscher Weise Pferde – „einzubrechen". Wird Selbstbestimmung im Kontext von Mitbestimmungen, Teilhaben und Teilnahmen praktiziert – learning by doing nach Dewey´s bekanntem Motto –, lässt sich im Gegensatz dazu zeigen, wie Zwangspädagogik (sog. Schwarze Pädagogik), analoge Zwangseinrichtungen und ihre Maßnahmen genau die Hobbes´schen Situationen schaffen, denen sie mit Zwangseinrichtungen abzuhelfen behaupten.[6] Auch Selbstbestimmung ist also einerseits als konstitutive Norm vorausgesetzt. Andererseits ist sie jedoch lebenslang zu üben. Sie kann unter schlechten Umständen, gesellschaftlich verursachten, dann individuell wirksamen Behinderungen stückweise verlustig gehen. Dennoch besteht nur dann eine Chance, dass Menschen sie (wieder-)gewinnen und sei´s nur zu einem Teil, wenn unter der strikten Vermutung ihrer Selbstbestimmung mit ihnen umgegangen wird. Erneut verstieße man frontal gegen das Menschenrecht Behinderter und die in ihnen steckende Menschlichkeit, zwänge man sie besserwisserisch und bestimmte sie fremd. Keine wissenschaftliche oder pflegerisch heilende Rationalisierung kann diese Zerstörung des Humanum im Behinderten rechtfertigen.

III.17. Integrität und Selbstbestimmung sind ´gesellschaftliche Produkte´ mit zeitlichen Referenzen. Sie sind und bleiben darum prekär. Gleiches gilt für ihren komplexen Charakter. Sie sind inmitten gesellschaftlicher Räume und den diversen Interventionen von familialen Institutionen bis zu staatlichen Einrichtungen genetisch und funktional zu verstehen. Dadurch werden Integrität und Selbstbestimmung als die menschenrechtlichen Bezugsgrößen und Leitnormen des Handelns nicht herabgemindert. Dadurch werden sie in ihrer faktischen Normativität gegen die banale normative Kraft des Faktischen umso bedeutsamer. Sie sind umso sorgsamer zu behandeln. Integrität und Selbstbestimmung als nicht trennbares Tandem sind menschenrechtlich konstitutiv. Die Allgemeinheit des Besonderen. Dieses Postulat, das menschliche Sozialisation und individuellen Habitus beachtet, gilt in allen Lebensbereichen. Integrität und Selbstbestimmung werden überall erprobt, geformt, riskiert. Von Kindesbeinen in der oft ihrerseits prekären Familie über die konfliktgeladenen Prägekräfte in den Phasen der Sozialisation, der Eigenart der Arbeit und Arbeitsbedingungen insbesondere – oder ihrem Mangel – bis ins Alter. Am meisten hervor ragen Bereiche, in denen humane Integritäten unmittelbar zur Disposition stehen. Das gilt selbstverständlich für alle medizinischen Fein- und Grobgriffe in einem weiten Spektrum. Das gilt geradezu absolut dann, wenn infolge von Behinderungen Selbstbewusstsein und eigene Handlungsfähigkeit mehr als üblich („normal") beeinträchtigt sind. Gerade dann, wenn Selbstbewusstsein und eigene Verhaltensfähigkeit abnehmen oder aus diversen Gründen besonders beschränkt und gefährdet sind, ist auf die vielfältigen Verletzungen menschlicher Integrität besonders zu achten.

[5] BVerfG, 2 BvR 882/09 vom 23.3.2011 Abs. Nr. 55

[6] Aus der Fülle der Literatur nur ein Hinweis auf den zusammenfassenden Ausblick eines Ausschnitts siehe Hans Bertram (Hrsg.): Gesellschaftlicher Zwang und moralische Autonomie, stw 450, Ffm 1986.

Das, was Menschen unter ´normalen Umständen´ und unbehindert bewegungsfähig wie nebensächlich ´wegstecken´ oder verarbeiten, vermag ganz junge und ganz alte, insbesondere aber divers behinderte Menschen eben darum außergewöhnlich zu beeinträchtigen und zu gefährden. Um die behindert, alt oder im Babystadium gegebene Empfindlichkeit wahrnehmen zu können und zu achten, ist auf die menschliche Mehrsprachigkeit mehr als sonst aufzumerken. Gerade dann, wenn die übliche Sprachfähigkeit eingeschränkt vorhanden ist oder geübt werden kann, kommt es auf die Äußerungen an, die unterhalb oder außerhalb der Sprachschwelle bemerkbar sind.[7] Deshalb sind zwangs- und vorweg schon androhungsfreie Umgangsformen in der Kunst der Langsamkeit erforderlich. Die Sprache ihrer Nöte ist zu lernen, will man helfen, nicht anderwärts Gelerntes ihnen aufzunötigen.

III.18. Die Bedeutung der UN Convention on the Rights of Persons with Disabilities vom 13. Dezember 2006 besteht über die einzelnen Artikel hinaus darin, behinderte Menschen strikt analog zu „normalen" Menschen vorzustellen. Als ganze Personen mit ihrer eigenen Normalität.[8] Das Kontinuum humanen Seins und Verhaltens ist durch eine Fülle diverser Normalitäten markiert. Sie sind ihrerseits unterschiedlich zu erklären. Auf der langen Skala der Andersartigkeiten sind ihrerseits diverse Gruppen und Einzelne angesiedelt. Manche von ihnen mit eigenartigen Verhaltensschwierigkeiten werden als ver–rückt oder a–normal ab- oder ausgegrenzt. Sei es, dass sie mit sich selbst allein nicht zurecht kommen, sei es, dass sie zuweilen aggressiv mit anderen umzugehen drohen. Das, was jeweils „normal" gilt – eine gesellschaftliche, staatliches Recht gewordene Konvention –, wird von der UN-Konvention nicht thematisiert. Die von der Bundesrepublik Deutschland als Gesetz übernommene Konvention setzt jedoch den historischen und gegenwärtigen Versuchen und Institutionen ein Ende, ein breites Spektrum von Behinderungen in verschiedener Weise abzugrenzen und auszugrenzen. Mauern und geschlossene Räume werden geschleift oder müssten jenseits aller Metaphorik geschleift werden, erhielte die Konvention mehr als nominelle Rechtskraft. Die von herrschenden Normalitäten divers behandelten, wenn nicht diskriminierend misshandelten A-Normalitäten werden in die angemessen menschenrechtlich erweiterte Normalität zurückgeholt. Unterschiede werden nicht verkannt. Das bedeutete eine Nivellierung von Differenzen im Sinne eines Gleichheitszwangs. Ein solcher Gleichheitszwang erinnerte an die Figur aus der griechischen Mythologie mit dem Namen Prokrustes.[9] Sie entspräche auch dem westlich, männlich und besitzbürgerlich verengten Menschenrechtsverständnis an ihrem modernen, freilich schon allgemein verkündeten Beginn. Menschenrechtlich folgerichtig werden Unterschiede vielmehr anerkannt. Hindern diese Unterschiede Menschen an ihrer Freiheit und bei ihrer Selbstbestimmung, werden sie zu beheben gesucht. Soweit dies durch gesellschaftliche und mitmenschliche Anstrengungen möglich ist. Dementsprechend sind bestehende Normalitäten zu verändern. Damit sie Hindernisse, sich integer, gleich und frei zu bewegen, beiseite schaffen oder Behinderten übersteigbar machen. Menschenrechtlich selbstverständlich darf indes gerade im Umkreis solcher Hilfen nicht minimal in die ohnehin mehr als sonst prekäre Integrität behinderter Menschen und ihre mehr als sonst gefährdete Selbstbestimmung eingegriffen werden. Integrität und Selbstbestimmung sind vorauszusetzen, selbst wenn sie unter der Perspektive der „Normalität" nicht im üblichen Umfang gegeben zu sein scheinen. Die Vermutung, auch im Sinne staatlich gesatzten Rechts, spricht uneingeschränkt für ihre Gegebenheit. Sonst würden behinderte Menschen in ihrer personalen Totalität misshandelt. Sonst würde der humane, menschenrechtlich gegossene Grundsatz im praktischen Recht, Freiheit zu üben und Gleichheit zu beanspruchen, diskriminatorisch durchbrochen. Das Konstitutivum der konstitutiven Normen. Ohne dieses zerfielen sie wie schimmlige Pilze. Ausnahmsweise gilt in Sachen Integrität und Selbstbestimmung kein tertium datur.[10]

III.19. Der Begriff der Menschenrechte, wie er der UN-Behindertenrechtskonvention zugrundeliegt und in ihren Begriffen und Bestimmungen sich äußert, ist durch die Geschichte des XX. Jahrhunderts bis zum peinigenden Überfluss und Überdruss vorab bestätigt und gefordert worden. Er ist im Verständnis des Behinderten und der Behinderung wie in einem Schlüssel zu fassen. Entsprechendes gilt für Menschenrechte als Urteilsmaßstäbe und Leitlinien des Handelns allgemein. Menschenrechte „haben" Menschen nicht, sie sind erwerbend zu besitzen. Sie sind also nicht nur „Abwehrrechte" gegen staatliche und andere Eingriffe. Sie werden nur zu persönlichen Eigenschaften in Teilhaben und Teilnahmen. Behinderungen sind in der Regel nicht natur- oder schicksalsgegeben. Sie

[7] Elaine Scarry, deren Untersuchung im Kontext von Integrität und Eingriffen, sie zu verletzten, vor allem einschlägig ist, hat die Sprache der Schmerzen intensiv zu lesen gelehrt. Und das ist nur ein Anfang. E. Scarry: The Body in Pain. The Making and Unmaking of the World, Oxford University Press, New York, Oxford, 1985.

[8] Siehe Gesetz zu dem Übereinkommen der Vereinten Nationen vom 13. Dezember 2006 über die Rechte von Menschen mit Behinderungen sowie dem Fakultativprotokoll vom 13. Dezember 2006 zum Übereinkommen der Vereinten Nationen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen vom 21. Dezember 2008

[9] Prokrustes hatte, so wird uns überliefert, eine exakte Vorstellung von der Normallänge eines Menschen. Darum wurden Menschen, derer er habhaft werden konnte, waren ihre Beine länger als Prokrustes´ Norm, von ihm auf Normalmaß abgehackt. Umgekehrt wurden kurze Beine zur Normalität gelängt.

[10] Dass das Menschenrechte fundierende Gleichheitsverlangen – im aristotelischen Sinne das Hypokeimenon der Menschenrechte – empirisch historisch nicht allein, nicht einmal primär begründet werden kann, hat unseres Wissens niemand so trefflich ausgedrückt wie Simone Weil. „Inmitten der tatsächlichen Ungleichheiten kann die Ehrfurcht (vor dem menschlichen Wesen. d. Verf.) nur dann eine gleiche gegen alle sein, wenn sie auf etwas in allen Gleiches gerichtet ist. Die Menschen sind verschieden in ausnahmslos allen Verhältnissen, die sie mit Dingen verknüpfen, die dieser Welt angehören. Identisch ist in ihnen einzig das Vorhandensein einer Verbindung mit der anderen Wirklichkeit." Diese kann verschieden vorgestellt und begründet werden. Sie ist jedoch der Denk- und Vorstellungsform nach meta – physisch. Sie ist historisch im Sinne menschlicher Bedürfnisse, Werte, Handlungsformen insofern, als das Phänomen des Unabgeschlossenen, kausal Unerklärlichen u.ä.m. zur Gattung Mensch gehört. Es wirkt empirisch historisch nicht zuletzt menschenrechtlich und menschenrechtlichpraktisch. Siehe Simone Weil: Studie für eine Erklärung der Pflichten gegen das menschliche Wesen, in: Dies.: Zeugnis für das Gute, hrsg. von Friedhelm Kemp, München 1990, S. 63 ff.

kommen wie soziale und körperliche Syndrome, zu deutsch Gerinnsel, aus einer Reihe oft heterogen erscheinender Bedingungsgründe zustande. Die ´natürlich´ körperlichen, die umweltspezifischen und die im weiten Sinne sozialen lassen sich nicht auseinandersortieren oder wie feste Einheiten subtrahieren oder addieren. Diese Beobachtungen gelten für Menschenrechte und ihre lebendige Bedeutung allgemein. In Sachen fördernder und behindernder Faktoren ist der Staatsbezug selbstredend unzureichend. Menschenrechte, die Menschen notwendige Qualitäten und Bedürfnisse formulieren, Freiheit, Gleichheit, Selbstbestimmung, Integrität, Anerkennung, die im Würdeverständnis steckt u. v. a., werden nur oder verkümmern, gehen verlustig, wenn die ausdifferenzierte Totalität menschlicher Lebensbedingungen ihnen entspricht. Diese und verwandte Einsichten prägen nicht nur die inhaltspralle Präambel der Behindertenrechtskonvention – seit dem 31.12.2008 zum Gesetz der Bundesrepublik geworden. *„Dass“* – beispielsweise, d. Verf. – *„alle Menschenrechte und Grundfreiheiten allgemein gültig und unteilbar sind, einander bedingen und miteinander verknüpft sind“* und demgemäß *„Menschen mit Behinderungen der volle Genuss dieser Rechte und Freiheiten ohne Diskriminierung garantiert werden muss.“* Oder *„dass Behinderung aus der Wechselwirkung zwischen Menschen mit Beeinträchtigungen und einstellungs- und umweltbedingten Barrieren entstehen.“* Oder, dass Gesellschaften am Umgang mit Menschen mit Behinderungen allgemein wachsen können, indem diese durch ihre *„uneingeschränkte Teilhabe“* ihr eigenes *„Zugehörigkeitsgefühl verstärken und zu erheblichen Fortschritten in der menschlichen, sozialen und wirtschaftlichen Entwicklung der Gesellschaft und bei der Beseitigung der Armut“* beitragen können. Wird begriffen, *„wie wichtig die individuelle Autonomie und Unabhängigkeit“* gerade für *„Menschen mit Behinderungen“* ist, dann wird erneut einsichtig, wie sehr die UN auf die strikte Analogie der Menschenrechte aller wert legt. So wird ein tiefgestaffeltes Verständnis von Diskriminierungen nachvollziehbar (vgl. Art. 2). Gleiches trifft für die Betonung zu, die für Andere und Andersartigkeiten durchgehend gilt: Dass die *„Achtung vor der Unterschiedlichkeit von Menschen mit Behinderungen und die Akzeptanz dieser Menschen als Teil der menschlichen Vielfalt“* das A und O praktischer Toleranz allgemein darstelle. Freilich der fast hymnisch intonierte Tenor der Behindertenrechtskonvention mit seiner Fülle gesamtgesellschaftlicher Postulate ist sehr anspruchsvoll geraten. Ihr anspruchsvoller Charakter gilt für Menschenrechte allgemein, versucht man sie alltäglich zu praktizieren. Umso mehr wird es auf Behinderte ankommen, die nominellen Rechte selbst wahrzunehmen und notfalls einzuklagen. Der Bundesverfassungsgerichtsbeschluss und seine gesetzliche und institutionell praktische Umsetzung durch die zuständigen Länder einschließlich des wissenschaftlich praktischen Amalgams Psychiatrie stellen die erste große Probe auf die Konvention von 2006 und ihr 2008 nachfolgendes Gesetz dar.

IV. Psychiatrie als Wissenschaft und Praxis zwischen einer wissenschaftlich angeleiteten Praxis des Helfens und Heilens und einer Kaskade von Zwängen und die PsychKGs der Länder

IV.20. Nur eine Erinnerung! Zwang als soziale Tatsache scheint wie eine unendliche Geschichte. Als institutionalisiertes und gesellschaftlich als legitim erachtetes Phänomen ist er in Rahmen der jeweils bestimmenden Faktoren des historischen Kontextes in seiner eigentümlichen Entstehung, Ausübung und, so legitim, seinen Funktionen zu betrachten. Im Hinblick auf die europäisch-angelsächsische Moderne, wie sie seit dem 14. und 15. Jahrhundert morgendämmerte, ist auf deren wenigstens homologe Rationalitätsformen, ist insbesondere auf die Herausbildung des modernen Staates und ´seines´ Rechts zurückzugehen.[11] Das Aufkommen der Psychiatrie und der Zwangsbehandlung als psychisch krank erkannter Personen trieb nur als einer der Zwangszweige im „Prozess der Zivilisation“. Ihn hat Norbert Elias zu einseitig und zu linear ´fortschrittlich´ als doppelte Monopolbildung beschrieben. Dem Staatswerden mit Hilfe und aufgrund des *„Monopols legitimer physischer Gewaltsamkeit“* (M. Weber). Ihm homolog die Entwicklung des modernen Bürgers als einer selbstdisziplinierten Person.[12] Die Entstehung, Verbreiterung, Intensivierung und – ausschlaggebend – die Normalisierung staatlicher Gewalt und ihres, Legalisierung und Legitimierung verbindenden Rechts auf dem Stand der Gegenwart sind im historischen Gedächtnis zu bewahren. Nur im Kontext allgemeiner Legitimation staatlichen, rechtlich formierten und legitimierten Zwangs kann man erhebliche Facetten der heutigen Gesellschaft allgemein verstehen. Auch ´das Schicksal´ der Psychiatrie und ihrer Klienten, zu deutsch: ihrer von gegebenen Normalitäten abweichenden ´Schutzbefohlenen´, erschließt sich nur dann. Zwang, nicht passende Menschen abzuschließen; Zwang, Menschen zu korrigieren; Zwang, Menschen zu bessern – aus solchen Versionen wurde ein Umhang der nicht infrage gestellten Legitimation gewirkt. Er umhüllte die Geschichte der Psychiatrie mit ihrem Zwangsschatten. Er reicht bis in die Gegenwart. Jede tiefere Lotung von Zwang und seiner normierenden Normalitätsbedeutung hätte so über den psychiatrischen Zwang und seine ´Asyle´, seine panoptischen Versuche angewandter Aufklärung hinauszugehen, um ihn im Kontext moderner Rationalitäts-, auch Wissenschafts- und vor allem Staats- und Wirtschaftsformen besser zu verstehen. In diesem Kontext spielen individuelle, familiale und kollektive Ängste und die Suche nach stellvertretenden psychiatrischen Sicherheiten eine eminente Rolle.

IV.21. Die Geschichte der Psychiatrie und die Geschichte des Gefängnisses laufen jahrhundertelang nebeneinander und überschneiden sich. Diese Beobachtung gilt bis in die Gegenwart. Die Exempla des Maßregelvollzugs – vgl. § 63 StGB – und die neuerdings intensivierte Geschichte der

[11] Vgl. klassisch, unbeschadet nötiger Modifikationen Max Webers „Vorbemerkung“ zum 1. Band seiner religionssoziologischen Schriften in: Max Weber: Gesammelte Aufsätze zur Religionssoziologie I, Tübingen 1921, S. 1-16.

[12] Norbert Elias: Der Prozess der Zivilisation. Soziogenetische und psychogenetische Untersuchungen, 2 Bände, Bern und München 1929 2. Aufl.

Sicherungssverwahrung (§ 66 StGB und die folgenden §§). Das vom Bundesverfassungsgericht erneut ausgesprochene *„Trennungsgebot“* von Strafvollzug und psychiatrischer Behandlung ist bedeutungsvoll. Unbeschadet davon bestehen drei Überschneidungen und Analogien fort:

- Die im Maßregelvollzug untergebrachte Person ist straffällig geworden und wird, weil sie ihre rechtswidrige Tat *„im Zustand der Schuldunfähigkeit“* (§ 20 StGB) oder *„verminderter Schuldfähigkeit“* (§ 21 StGB) begangen hat, zur *„Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus“* verurteilt. Im Gesetz heißt es, das Gericht „ordnet an“.
- Die „Sicherungsverwahrung“ erfährt ihr Rationale daraus, dass die Strafe der betreffenden Person abgesessen ist, sie aber eine Gefahr weiteren Gewaltverhaltens darstelle, die ihren Aufenthalt in einer geschlossenen Einrichtung erfordere.
- Psychiatrie und Strafvollzugsanstalt kennzeichnen das verschieden akzentuierte, spannungsreiche, wenn nicht widersprüchliche Ziel, straffällig gewordene psychisch Behinderte oder sonst straffällig gewordene Personen (´wieder´) gesellschaftsfähig und frei zu machen. Dazu werden ihnen ihre Freiheit, Selbstbestimmung und Elemente ihrer Integrität genommen.

Der Widerspruch ist im Strafvollzug Institution geworden. Er ist dies spätestens geworden, seitdem der Strafvollzug dem Strafvollzugsgesetz gemäß der Resozialisierung der Inhaftierten dienen soll. Dieser Widerspruch, milder, aber nicht genauer ausgedrückt, diese Spannung ist hier im Lichte von Grundrechten und Demokratie nicht zu erörtern. Dazu wäre ein gesondertes Gutachten erforderlich. Das hätte zwei zusätzliche Aspekte zu betreffen. Zum einen die Theorie der Strafe und ihre Schuldannahme, wie sie vom Bundesverfassungsgericht erneut erinnert worden ist. Zum anderen die unverhältnismäßige Konzeption und Funktion der forensischen Psychiatrie vom Strafverfahren bis zum Ende des Strafvollzugs. Strafe und Strafvollzug stehen in diesem Gutachten nicht zur Debatte. Gleiches gilt für die forensische Psychiatrie.

IV.22. Psychiatrie und Zwang. Von abgründigen historischen Reminiszenzen und ihrem Nachhall zu schweigen – siehe vor allem die Rolle der Psychiatrie für den Nationalsozialismus –, ist ein maßgeblicher Teil der Psychiatrie auf mehrfache Weise dem Zwang verschiedener Dimensionen, Ziele und Instrumente verschwistert. Einige Hinweise an Hand einer Überblick gewährenden Publikation aus jüngster Zeit mögen genügen. Sie geben den Blick frei für die Normalität des Zwangs im Rahmen psychiatrischer Praxis: *Coercive Treatment in Psychiatry. Clinical, legal and ethical aspects.*[13]

Der Überblick umfasst beispielsweise eine Reihe wichtiger europäischer Länder von Österreich über Deutschland bis Großbritannien. Wir tupfen einige bedeutsame Aspekte nur an und nennen allein die Seitenzahl der von verschiedenen Autoren verantworteten Beiträge über die psychiatrisch kompetenten Herausgeber hinaus.

- In der Einleitung wird schon auf ein durchgehendes Merkmal aufmerksam gemacht: Zwangsbehandlungen *„are still more frequent than desired.“* (Introduction: p XI)
- Die Prozentzahlen in verschiedenen europäischen Ländern variieren indes auffällig. Ebenso variieren die Zwangsmaßnahmen von der Zwangshospitalisierung über mechanische Fixierungen bis zur zwangsweisen Verabreichung von Medikamenten. Hierbei fällt auf, dass gesicherte empirische Daten fehlen, sprich Zwang als ein Element des ´Lobs der Routine´ erscheint. Nicht weiter erheblich.
- Die Feststellung der Zwangsnormalität, keines weiteren Aufhebens wert, wird von Wolfgang Gaebel und Harald Zäske vom Department für Psychiatrie und Psychotherapie der Universität Düsseldorf verstärkt, indem sie notieren: *„As coercive measures are ´understudied issues´...“* (S. 12) und ergänzen, was zugleich den Problemkern des legalen und psychiatrisch wissenschaftlich legitimierten Zwangs berührt: *„no operational descriptions for the basic judicial definitions are available.“* (S. 16) Wie willkürlich Zwangsmaßnahmen sein können, summieren die Autoren in einer Zwischenbemerkung: *„ ..., no stringent correlation between the kind of detailed legal regulations and rates of involuntary admissions can be observed accross Europe.“* (S. 17) Angesichts dieser und anderer Beobachtungen wirkt die Folgerung der Autoren naiv. Darauf wird zurückzukommen sein: *„Nevertheless, such regulations are necessary to provide a reliable mental health care system, ensuring predictability of legal decisions in a constitutional state.“* (S. 17)
- Insgesamt gilt, was Julio Arboleda-Florez vom Department of Psychiatry and Department of Community Health and Epidemiology, in Kingston/Ontario am Eingang seines Beitrags zu *„Psychiatry and the law“* schreibt, in dessen Verlauf er bemerkt: *„Coercion is the tie that binds psychiatry and the law“*. *„Coercion is an essential element of psychiatric treatment and interventions. Legislation in many jurisdictions contemplates it as a legitimate form of patient management through clearly specified parameters for involuntary admission and specifications for the use of restrictive treatments. A trend in the last years has been to widen the parameters required for commitment, thus extending coercive elements of psychiatric treatments to less immediate situations not necessarily leading to the admission to a psychiatric facility, such as in assertive community treatment strategies and, most pointedly, as in community treatment orders. Elements of coercion may be observed in all levels of psychiatric interventions from ´voluntary´ acceptance of treatment when this is more or less forced by expectations from others, usually the relatives, to psychological pressures, or in the outright use of physical force to submit to treatment. Coercion is an integral part of psychiatry; so*

[13] siehe Thomas W. Kallert, Juan E. Mezzich and John Monahan (eds.): Coercive Treatment in Psychiatry, Wiley-Blackwell Chichester, London, New York 2011.

much so that it could even be used as its defining element."[14]

IV.23. Motive wissenschaftlicher Zwangsperversion. In diesem Abschnitt wird nicht in falscher Prätention darauf ausgegangen, Psychiatrie als Wissenschaft und – wenigstens unterstellter Weise – wissenschaftlich angeleitete Praxis zu (dis-)qualifizieren. Nur auf die Erscheinungen und ihre Instrumente wird kursorisch ein Blick geworfen, die mit Zwang verbunden sind. Zu fragen ist dann, was eine Wissenschaft und ihre Praxis ausmachen, die Zwangsgestalten annehmen – extern betrachtet, jedoch auch immanent gewertet.

Wenigstens zwei Motive oder ganze Motivbündel drängen auf eine Zwang legitimierende Institution und Profession in möglichst wissenschaftlichem Gewande. Da ist zunächst die den meisten Menschen unheimliche Erscheinung psychisch – mental behinderter Menschen. Von Umgangsschwierigkeiten nicht zu reden, gemahnen sie daran, wie brüchig der feste Boden eigener Normalität ist. Dieser vorbewusste oder bewusste Befund erweckt Ängste und erzeugt Projektionen. Der gegenwärtige Umgang mit der vermehrt auftretenden Altersdemenz illustriert den Zusammenhang. Eine Institution und seine berufenen Vertreter kommen wie gerufen, die Ängste und Mühen abzuleiten und zu erleichtern – und dies in Form einer medizinischen Wissenschaft mit der Kompetenz zu heilen. Hinzukommen Interessen staatlicher und/oder gemeindlicher Einrichtungen und ihrer Vertreter. Sie zielen darauf, Unruhe zu vermeiden, die die in psychischen Behinderungen der Chance nach steckenden ´anarchischen´ Verhaltensweisen erregen könnten. Allgemein sind sie auf mehrdimensionale Sicherheit ausgerichtet. Erneut gilt: Eine praktische Wissenschaft a la Psychiatrie müsste geradezu neu geschaffen werden, gäbe es sie nicht.

Diesem Strauß an Sicherheitsmotiven, nicht im Sinne einer historischen Folge verstanden, entsprechen psychiatrische Ansätze und Institutionen. Ihren sicherheitshungrigen Korrespondenzpartnern gleich haben es psychiatrische Berufe, wollen sie ihrem impliziten Auftrag entsprechen, mit vertrackt komplexen a-normalen Verhaltensweisen zu tun. Dem oben genannten Syndrom aus körperlichen, sozialen, umweltspezifischen ´Zutaten´. Sie können in der Regel nicht, gar nach Ursache und Wirkung auseinander sortiert werden. Zur wissenschaftlichen und beruflichen Macht gehört es aber seit dem europäisch-angelsächsischen 16. / 17. Jahrhundert, die entgötterte Natur und die Menschen und ihre Formen wie Natur als Objekte zu verstehen. Sie muss man gemäß Bacon, auch Hobbes oder Descartes „quälen", um sie in ihrer ´Wahrheit´ zu verstehen und zu traktieren. Was wäre näher gelegen, als a-normal sich verhaltende Menschen, früher Aufklärung entsprechend, nicht vorrational als „böse" Wesen zu diagnostizieren – so galten lange ähnlich Annahmen und halten an, dies zu tun. Es galt sie vielmehr, als „krank" zu diagnostizieren und spätestens im Rahmen der Entstehung moderner Medizin in deren weißen Berufsmantel zu schlüpfen. Da indes psychischmentale Behinderungen sich dem Modus der naturwissenschaftlich - newton´isch orientierten Medizin entzogen, wurde schon vorher geübter Zwang zur psychiatrischen Regel. Er allein konnte Erfolg garantieren. Psychiatrie wurde darum zur Verhaltenspolizei.

Die gegenwärtige Entwicklung, so sie im hauptsächlichen Muster verbleibt, spitzt sich insofern weiter zu, als Vertreter der herrschenden psychiatrischen Meinung und Praxis sich an einem biologischen Modell der psychisch-mentalen Behinderung orientieren. Dementsprechend werden Medikamente weithin zum therapeutischen Ersatz.[15] Hierbei sind vor allem drei Aspekte von Belang. Zum einen, dass das offizielle „Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders" der American Psychiatric Association (DSM) sich zwar durch seinen wachsenden Umfang, jedoch nicht durch seine zunehmende Validität auszeichnet. Nicht einmal seine einzelnen „Krankheitsbezeichnungen" sind – vom Pauschalbefund „Psychose" angefangen – verlässlich (reliable). Der wissenschaftsgewisse Boden und die eindeutigen Kriterien aber, die die bezeichneten psychischen ´Abnormitäten´ triftig interpretieren lassen sollen, die Voraussetzung verantwortlicher Behandlung, sind – rutschig und ungefähr. Mit anderen Worten: die wissenschaftlich praktische Validität fehlt: das Fundament, das erst nicht fahrlässiges Handeln erlaubte. Wird psychiatrisch suggeriert oder erzwungen gehandelt, ist das nicht zu entschuldigen.[16] Diese Qualifizierung mangelhafter Verlässlichkeit und insbesondere fehlender Urteilsgrundlage trifft gleicher Weise auf das in der Bundesrepublik benutzte internationale Klassifikationssystem verwandter Machart zu.[17] Ohne diese geradezu kategorischen Defizite auch nur zum allgemein bekannten Thema mit Folgen zu erheben, dominieren, zum zweiten, gegenwärtig pharmakologische Behandlungen. Als seien die Psyche und ihre Verhaltensweisen vor allem chemische Ereignisse, die ´gestört´ mit Psychopharmaka zu beheben seien. Jedenfalls könne es mit diesen gelingen, Menschen zu beruhigen, selbst wenn bestenfalls ein Placebo-Effekt anzunehmen ist. Weil kein genaueres Wissen über die psychische Behinderung gegeben ist, weil Behinderung mit mehr oder minder pauschalen Etiketten identifiziert wird (ein anderer Labelling - Approach) und weil die Wirkungen der Tabletten oder Spritzen professionell spekulativ verabreicht werden, sind teilweise desaströse gesundheitliche Folgen zu gewärtigen. Mit der Pillenfi-

[14] Vgl. auch Bauer/Lammel/Sutarski/Lau (Hrsg.): Zwangseinweisung und Zwangsbehandlung. Indikation, Legitimation und Kontrolle, Berlin 2011; Journal of Mental Health Law. A model law fusing incapacity and mental health legislation – is it viable; is it advisable?, Special issue – 2010.

[15] Vgl. die Artikelserie von Marcia Angell: The Epidemic of Mental Illness: Why?, in: The New York Review of Books, June 23, 2011, pp 10-22. Dies.: The Illusions of Psychiatry, in: New York Review of Books, July 14, 2011, pp 20-22. M. Angell, Professorin in Harvard, ist eine ausgezeichnete Kennerin; vgl. ihr einschlägiges Buch: The Truth About the Drug Companies. How They Deceive Us And What To Do About it, Random House Trade Paperbacks, New York 2005.

[16] Vgl. Robert Whitaker: Anatomy of an Epidemic: Magic Bullets, Psychiatric Drugs, and the Astonishing Rise of Mental Illness in America, Crown 2010.

[17] Siehe International Statistical Classification of Deseases and Related Health Problems 10th Revision Version for 2007 und sein hier interessierendes Chapter V F00-F99 Mental and behavioral disorders (ICD). Lesend und jedenfalls ausschnittweise verstehend wird einem zumute wie dem Schüler in Goethes Faust, mutmaßlich das erste Anzeichen einer psychischen und mentalen Unordnung.

xierung, heute in Pflegeheimen bei wehrlosen alten Menschen beliebt, ist verbunden, dass die Pharmaindustrie zu einem hervorragenden Partner und Interessenten der Psychiatrie wird. Der Pharma-Einfluss kann soweit gehen, dass Marcia Angell folgende Feststellung zu treffen vermag: *„Thus instead of developing a drug to treat abnormality, abnormality was postulated to fit the drug"* (NYR June 23, 2011, p. 21).

Fasst man nur die wenigen Elemente und Aspekte zusammen, die in diesem Abschnitt berührt worden sind, bergehoch zu belegen, wird ersichtlich, dass und wie die Psychiatrie, – ihre organisierten Hauptvertreter sind mit „die" Psychiatrie gemeint –, durch drei unterschiedliche, aber zusammengehörige Phänomene als wissenschaftlich informierte Praxis gelähmt, ja pervertiert wird: durch falsche Erwartungen und Ansprüche, die mit Geldsanktionen und professionellen Kompetenzen verbunden sind, soweit es staatlich-gemeindliche Anforderungen betrifft vor allem; durch ein falsches, also pseudoszientifisches Verständnis des eigenen Berufs und seiner Angehörigen. Dieses Verständnis führt die Psychiatrie im eigenen Beruf in die Irre; und schließlich durch ihren eigenen professionellen Zwangsschutz. Er ´treibt´ seinen Vertreterinnen und Vertretern zwar den Schafen gleich ihrer Selbstbestimmung entledigte Klienten zu. Er entkernt aber die Psychiatrie ihrer humanen Aufgaben und ihrer möglichen menschenrechtlich konformen Praxis.

IV.24. Psychiatrie und staatliche Bürokratie – die PsychKGs der deutschen Bundesländer I. Das Landesgesetz über den Vollzug freiheitsentziehender Maßregeln (Maßregelvollzugsgesetz – MvollzG –) vom 23. September 1986 von Rheinland-Pfalz und ein durch seinen § 6 Abs. 1 Satz 2 Halbsatz 1 erlaubter medizinischer Eingriff in einen Patienten waren es, die das Bundesverfassungsgericht zu seiner weit über den Fall geltenden Entscheidung vom 23.3.2011 bewegten. Diese Entscheidung bildet das referierende und kommentierende Rückgrat dieser Expertise im Kontext der Menschenrechte und der Behindertenrechtskonvention. Das Verfassungsgericht gab nicht nur dem Kläger Recht, einem Patienten im Maßregelvollzug. Dieser hatte sich gegen die Zwangsmedikation mit Neuroleptika zur Wehr gesetzt. Nach etwa einem halben Jahrzehnt des sich beschwerenden Durchgangs durch Gutachter, Klinika und Gerichte war er mit Hilfe qualifizierter Anwälte und rechtlicher Gutachter schließlich im März dieses Jahres erfolgreich. Alle rechtlichen und psychiatrisch bewährten und bewehrten Institutionen und ihre professionellen Vertreter, hatten sich zuvor auf § 6 MVollzG Rh.-Pf. berufen. Der lautet im Abs. 1: *„Operative Eingriffe, Behandlungen und Untersuchungen, die mit einem wesentlichen gesundheitlichen Risiko oder einer Gefahr für das Leben des untergebrachten Patienten verbunden sind, sind nur mit seiner Einwilligung zulässig, sonstige Eingriffe Behandlungen und Untersuchungen sind ohne Einwilligung des untergebrachten Patienten zulässig, bei schwerwiegender Gefahr für die Gesundheit des untergebrachten Patienten oder bei Gefahr für die Gesundheit anderer Personen. Im Übrigen können Behandlungen und Untersuchungen zur Erreichung des Vollzugsziels ohne Einwilligung des untergebrachten Patienten durchgeführt werden; zum allgemeinen Gesundheitsschutz oder zur Hygiene sind sie zulässig, wenn sie nicht mit einem Eingriff verbunden sind."* Das Bundesverfassungsgericht hat begriffsstimmig zum einen den Horizont der menschlichen Integrität weit gesteckt und entsprechend sensibel die "Eingriffsqualität" bestimmt: *„Die Eingriffsqualität entfällt auch nicht bereits dann, wenn der Betroffene der abgelehnten Behandlung keinen physischen Widerstand entgegensetzt. Das bloße Aufgeben einer bestimmten Form des Protests kann nicht ohne Weiteres als Zustimmung gedeutet werden. Die medizinische Behandlung eines Untergebrachten, die ihrer Art nach das Grundrecht auf körperliche Unversehrtheit berührt, greift in dieses Grundrecht allenfalls dann nicht ein, wenn sie von der frei, auf der Grundlage der gebotenen ärztlichen Aufklärung, erteilten Einwilligung des Untergebrachten gedeckt ist. Dies setzt voraus"*, fügt das BVerfG hinzu und verhindert damit Grenzverwischungen mit vorgestellten ´objektiven´ Umständen, *„dass der Untergebrachte einwilligungsfähig ist (…) und keinem unzulässigen Druck ausgesetzt wurde, etwa 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."* (Abs. 41) Das Gericht erhöht die Hürden noch, in den menschlichen Eigenraum, an erster und erhabener Stelle in den Körper einzudringen. Es blockiert damit eine der beliebtesten Eingriffslegitimationen von „helfenden Berufen" und ihren Vertretern unter der Vorgabe menschlicher Unfähigkeit, selbst am Besten zu wissen, was den Behinderten fromme. Und bilde sich eine ganze Phalanx von besser-, aber eben ersatzwissenden Experten. Abs. 42: *„Krankheitsbedingte Einsichtsunfähigkeit eines Untergebrachten ändert ebenfalls nichts daran, dass eine gegen seinen natürlichen Willen erfolgende Behandlung, die seine körperliche Integrität berührt, einen Eingriff in den Schutzbereich des Art. 2 Abs. 2 Satz 1 GG darstellt. Sie wird im Gegenteil dazu führen, dass der Eingriff von dem Betroffenen als besonders bedrohlich erlebt wird, und daher das Gewicht des Eingriffs noch erhöhen (…)."* Es folgt der Satz, der den Ausschlag gibt. Er erhebt das Bundesverfassungsgericht über viele Psychiater und ihren wissenschaftlichen Stellvertreteranspruch im Sinne authentischer Menschenrechtsinterpretation, an dieser Stelle der überaus sensiblen Integritätshaut des Menschen. *„Fehlende Einsichtsfähigkeit lässt den Schutz des Art. 2 Abs. 2 GG nicht von vornherein entfallen."* Daraus folgt: *„Selbst die Einwilligung des für einen nicht einsichts- und einwilligungsfähigen Untergebrachten bestellten Betreuers nimmt daher der Maßnahme nicht den Eingriffscharakter, der darin liegt, dass sie gegen den natürlichen Willen des Betroffenen erfolgt (…)."* Integrität ist ein Wesensmerkmal der Person unbeschadet ihrer „normalen" oder „anomalen" Äußerungsformen. Sie ist, im nötigen Oxymoron gesprochen, die Objektivität in der Subjektivität. Sie darf nicht entäußert werden. Dass Zwangsbehandlungen mit Neuroleptika einen *„besonders schwerwiegenden Grundrechtseingriff"* darstellen, wie´s im Absatz 43 formuliert wird, hat zusätzlich damit zu tun,

dass die dem Verfassungsgericht vorgelagerten Instanzen, im Behandlungswillen, und setze sich derselbe zwangsweise durch, nicht einmal über die Wirkungen von Neuroleptika zureichend Bescheid wissen. Und sei es nur, ihre mit Kollateralschäden verbundene Unwirksamkeit im Sinne der legitimatorisch geäußerten Ziele, psychiatrisch professionell korrekt, einzugestehen. Das Bundesverfassungsgericht hat deswegen nicht nur den in Frage stehenden Fall eindeutig im Sinne der Klage des „Untergebrachten" entschieden. Es hat seine Entscheidung vielmehr mit der einer doppelten inhaltlichen und gesetzesbezogenen Folgerung versehen. Abs. 74: *„Nach diesen Maßstäben stellt § 6 Abs. 1 Satz 2 Halbsatz 1 MVollzG Rh.-Pf. keine ausreichende Grundlage für eine Zwangsbehandlung dar."* Es fehle ihr *„an der Klarheit und Bestimmtheit der gesetzlichen Grundlage"* und lasse demgemäß den Betroffenen, aber auch die Entscheider der *„Unterbringungseinrichtung"* hilflos ohne *„eine klare Rechtssicherheit vermittelnde Eingriffsgrundlage"*. Daher versteht sich – Abs. 81 – *„ist § 6 Abs. 1 Satz 2 MVollzG Rh.-Pf. insgesamt für nichtig zu erklären."*

IV.25. Psychiatrie und staatliche Bürokratie – die PsychKGs der Länder II. Das Bundesverfassungsgericht hat sich fall- und klagegemäß auf einen Paragraphen, nämlich § 6, darin einen Satz des Maßregelvollzugsgesetzes des Landes Rheinland-Pfalz konzentriert. Die „Aufteilung der Entscheidungsbegründung in Maßstäbe- und Subsumtionsteile", wie sie seit Anfang an gegeben, neuerdings einsichtig von Oliver Lepsius beschrieben worden ist[18], erlaubt es nicht nur, lässt es vielmehr angelegen sein, mit Hilfe der verallgemeinerten maßstäblichen Äußerungen des Gerichts, insbesondere in Sachen Grundrecht auf Integrität und die Grade und Grenzen zwangsweiser Intervention, die PsychKGs der Bundesländer zu ´messen´ und die teils gesondert erlassenen Gesetze zum Maßregelvollzug. Wie sich versteht, dass das BVerfG seine Maßstäblichkeit nicht überdehne oder sie projektiv überdehnt werde, als strahle aus Karlsruhe reines Licht, sind gerade grundrechtliche Einlassungen des Gerichts umrahmt von den allgemeinen Menschenrechten und der UN-Behindertenrechtskonvention zu relativieren. Sie sind gegebenenfalls übers BVerfG hinaus im folgerichtigen Sinne der konstitutiven Prinzipien auszulegen. Auch Konzilien können irren, nach einem verallgemeinerten Martin-Luther-Wort. Die urteilsfähigen Menschen zuerst und zuletzt, die sogenannten Grundrechtsträger. Sie werden schon sprachlich fast bürokratisch eingemeindet. Die PsychKGs mit oder ohne die Maßregelvollzugsparagraphen im Lichte der März-2011-Entscheidung kritisch zu beleuchten, ist möglich, weil das Urteil weit über den Fall hinaus gilt. Es ist auch deshalb geboten, weil das, was für die Personen zutrifft, die ´maßregelnd vollzogen´ werden, umso mehr auf behinderte Menschen allgemein passt. Sie werden nur deshalb gesetzlich in Ländergesetzen behandelt und gegebenenfalls eingekastelt und zwangstraktiert, weil sie als „psychisch kranke Personen" behandelt und betreut werden, so das Landesgesetz für Rheinland-Pfalz vom 17.11.1995. Obwohl jedes Bundesland ein PsychKG verabschiedet hat – Variationen in der Sprache und einzelnen Regelungen fallen auf –, brächte eine getrennte Behandlung lang-weilige Wiederholungen. Auch eine Konkordanz der Regelungen brächte über den aufwändigen Darstellungsfleiß hinaus wenig ein. Also werden einige Eigenarten und Probleme der PsychKGs am PsychKG Rheinland-Pfalz und seinem „Landesgesetz über den Vollzug freiheitsentziehender Maßregeln" Revue passiert. Sie werden allenfalls mit der einen oder anderen zusätzlichen Bemerkung versehen. Die PsychKGs und die in sie eingelassenen oder gesonderten Maßregelvollzugsgesetze sind darum von herausragendem Interesse, weil sie psychiatrische Einrichtungen und ihre Vertreter in ihren Kompetenzen und Aktivitäten ermächtigen und rechtsstaatlich legitimieren. Sie verrechtlichen den Zwang. Es sei denn, er geschehe para oder contra legem: die Zwangseinweisung in geschlossene psychiatrische Krankenhäuser oder andere Anstalten; die Isolierung in gesonderten Räumen; die Fixierung auf Betten oder in anderer Weise, etwa der Fesselung; die Zwangsuntersuchung; die Zwangsmedikalisierung.

Am Exempel Rheinland-Pfalz – Verallgemeinerbare Merkmale

1. Wie oft nicht auszumachen ist, ob Verwaltungen Gesetze machen oder Gesetze Verwaltungen, hebt der erste und allgemeine Teil in § 1 nicht mit Zielen oder Problemen an, die gelöst werden sollen. Am Anfang gähnt der *„Anwendungsbereich"*. *„Hilfen und Schutzmaßnahmen für psychisch Kranke"* verheißt das Gesetz und übergangslos *„einschließlich der freiheitsentziehenden Unterbringung."* Das ist die erste dissoziierende, jedenfalls ausgrenzende Assoziation zu „psychisch Kranken": Dass ihnen ihre Freiheit entzogen wird. Keine Frage warum, wie und wozu? Entzug ist im Paket mit der Aufschrift „psychisch krank" enthalten. „Psychisch krank" wird folgerichtig im 2. Absatz des ersten Paragraphen allgemein mit *„Psychose"* oder einer ihr in der Wirkung *„gleichkommenden" „psychischen Störung"* bezeichnet. *„Oder an einer mit Verlust der Selbstkontrolle einhergehenden Abhängigkeit von Suchtstoffen leidet."* Die Reihungen verschiedener menschlicher Befindlichkeiten mit Hilfe des gleichmachenden „Oder" fällt umso mehr auf, weil dadurch nivellierender Zwang gerechtfertigt wird. Bremen, das PsychKG und Maßregelvollzug in einem Gesetz mit unterschiedlichen Abschnitten normiert, hebt im § 1 *„Anwendungsbereich"* ähnlich an. Von den *„Hilfen für psychisch Kranke" "wegen der Besonderheit psychischer Störungen"* ist die Rede. Im 2. und 3. Absatz werden pauschal *„Schutzmaßnahmen"* und *„Unterbringung"* als Teile des *„Anwendungsbereichs"* genannt. Im 4. Absatz wird auf die §§ 63 und 64 StGB, den *„Vollzug von Maßregeln"* verwiesen. Brandenburg in einem Mai-Gesetz 2009 hat den *„Anwendungsbereich" „Personen"* gewidmet, *„die an einer psychischen Krankheit oder seelischen Behinderung leiden oder gelitten haben oder bei denen Anzeichen einer solchen Krankheit oder Behinderung vorliegen"*. Dann

[18] Vgl. Oliver Lepsius: Die maßstabsetzende Gewalt, in: Matthias Jestaedt, Oliver Lepsius, Christoph Möllers, Christian Schönberger: Das entgrenzte Gericht. Eine kritische Bilanz nach sechzig Jahren Bundesverfassungsgericht, Ffm 2011, S. 159 - 279. bes. S. 167 ff.

kommt es ebenfalls im 2. Absatz sofort auf die *„einstweilige Unterbringung“*, die *„aufgrund von Gefahr zwingend erforderlich“* sei. Im 3. Absatz wird allgemein der Maßregelvollzug thematisiert. Kurzum, das, was in die unspezifische Tasche „psychische Krankheit“ gesteckt oder, mutmaßlich schon von der BRK beeinflusst, „seelische Behinderung“ genannt wird, gebiert von Anfang an Zwangsvorstellungen. Offene und versteckte; mittelbare und unmittelbare.

2. Vom Begriff „psychischer Krankheit“ an informieren und formieren Zwangsvorkehrungen die PsychKGs und Maßregelvollzugspartieen der Gesetze. Meist an zweiter Paragraphenstelle finden sich Feststellungen eines *„Fürsorgegrundsatzes“*. In ihm wird versprochen, *„Bei allen Maßnahmen auf Grund dieses Gesetzes ist auf das Befinden der psychisch kranken Person und ihre Persönlichkeit besondere Rücksicht zu nehmen. Den Wünschen der psychisch kranken Person soll soweit wie möglich Rechnung getragen werden.“* (§ 2 Rh.-Pf.) Ein frommes Versprechen ohne erkenntliche Folgen oder Hinweise. Danach tritt ein Landesbeirat in Erscheinung (§ 3 Rh.-Pf.). In keinem Gesetz leitet das Grund- und Menschenrecht selbstbestimmter Integrität der psychisch behinderten Personen. Dann hätten alle ´Maßnahmen´ sich von ihm her oder auf es hin zu rechtfertigen. Wäre dies der Fall, veränderten sich die Logik des Gesetzes und seine unterschiedlichen Zwangsstufen qualitativ. Nur am Ende der Gesetze, in Rheinland-Pfalz im viertletzten Paragraphen 40, bevor Übergangsregelungen und Inkrafttreten paraphiert werden, werden ohne weiteren Aufhebens *„eingeschränkte Grundrechte“* summarisch genannt. *„Durch dieses Gesetz werden die Grundrechte aus Artikel 2 Abs. 2 Satz 1 und 2 (körperliche Unversehrtheit und Freiheit der Person), Artikel 6 (Einheit der Familie), Artikel 10 Abs. 1 (Brief- , Post und Fernmeldegeheimnis) und Artikel 13 Abs. 1 (Unverletzlichkeit der Wohnung) des Grundgesetzes eingeschränkt.“* Einfach so. Verfassungskonstitutive Grund- und Menschenrechte werden in ihrem Wesensgehalt amputiert. Tut nichts. Der psychisch Behinderte wird bürokratisch geformtem, psychiatrisch geöltem bürokratischen Prozess unterworfen. Wenn niemand schreit, und wer vermöchte dies schon in der Regel von den Behinderten, wird niemand sich kümmern. Solches Schreien bestätigte vielmehr, wenn´s denn passierte, die „psychische Krankheit“ und ihren ansteigenden Zwangstraktat. Auch in den Paragraphen, die die Einschränkungen zuerst benennen, wird nicht ausgeführt, warum und wie die behinderten Menschen dessen verlustig gehen, was für sie am wichtigsten wäre, wollte man ihnen denn helfen: ihrer selbstbestimmten Integrität!

3. Kaum ist der „Anwendungsbereich“ genannt, indem das erfolgt, was die BRK Diskriminierung (mit negativem Vorzeichen) nennt, kaum ist ein irrelevantes Wattebäuschchen dazwischen geschoben worden („Fürsorgegrundsatz“, der sich nebenbei von selbst verstehen müsste und, wird er betont, verräterisch wirkt), heben im *„Zweiten Teil Hilfen für psychisch kranke Personen“* an. Dieser könnte schon allein sprachlich Ängste bereiten. Menschen und ihre Behinderungen werden versachlicht. Ihre Körper und Geister verschwinden hinter den Sachregeln. Psychisch Behinderte werden zu institutionellen „Klienten“ mit bestenfalls reduziertem Subjektanspruch. Das ist dermaßen der Fall, dass empörte Proteste der „Normalität“ verwaltend Gestaltenden zu gewärtigen wären, machte man auf die graue Kontinuität der LTI, der Lingua Tertii Imperii aufmerksam. Sie hat Viktor Klemperer mit dem Erkennungslogo LTI versehen. *„Ziel der Hilfen ist es*“, heißt im § 4 zu den ´Krankenhilfen´, *„durch rechtzeitige und umfassende Beratung und persönliche Betreuung sowie durch Vermittlung oder Durchführung geeigneter Maßnahmen, insbesondere von Behandlung, eine Unterbringung oder sonstige stationäre psychiatrische oder psychotherapeutische Behandlung von psychisch kranken Personen entbehrlich zu machen (vorsorgende Hilfen) oder zu verkürzen (begleitende Hilfen) oder nach der Unterbringung oder sonstigen stationären psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlung die Widereingliederung in die Gemeinschaft zu erleichtern (nachgehende Hilfen).“ „Hilfen nach diesem Gesetz werden nur geleistet, wenn sie freiwillig angenommen werden.“* So immerhin Abs. 5. Außer „durchgeführtem“ Substantivgeklingel erfährt aber der selbständige „psychisch Kranke“ nichts Genaueres über Was, Wann, Wie und Wo mit ihm als bürokratisch leidendem Objekt geschieht. Die §§ 5, 6 und 7 regeln nur institutionell pauschal die *„sozialpsychiatrischen Dienste“*. Die *„Dienste“* dienen, indem sie mitbestimmungslos über in ihre Fänge Geratene regieren mit dem Paket des Wunderinhalts und seiner Aufschrift: *„umfassend beraten“*.

4. In den §§ 8-10 verdichten sich die „Hilfen“, deren außerbürokratischer Stellenwert nicht recht auszumachen ist. Wie kommen Bürgerin und Bürger zu solchen „Hilfen“? Wer oder was vermittelt sie mit welcher Verbindlichkeit? Was, wenn sich die „psychisch Kranken“ solchen „Hilfen“ verweigern? Sie sind nur im bürokratischen Raum vorzustellen. Unter der Zwischenüberschrift *„Schutzmaßnahmen für psychisch kranke Personen“* führen ab § 8 bis § 30, der das *„Ende der Unterbringung“* einläutet, Zwänge wider die „psychisch Kranken“ das Kommando. *„Sind gewichtige Anhaltspunkte dafür vorhanden“,* so § 8, *„dass eine Person psychisch krank ist und sich selbst schwerwiegenden Schaden zuzufügen oder die öffentliche Sicherheit oder Ordnung zu gefährden droht, soll der Sozialpsychiatrische Dienst einen Hausbesuch durchführen oder die betroffene Person auffordern, beim Sozialpsychiatrischen Dienst zu einer Beratung oder einer ärztlichen Untersuchung zu erscheinen. Der Sozialpsychiatrische Dienst kann die betroffene Person auch ohne deren Einwilligung oder ohne Einwilligung der Person, der die gesetzliche Vertretung obliegt, ärztlich untersuchen, soweit dies erforderlich ist, um eine psychische Erkrankung festzustellen. Dies gilt nicht für ärztliche Eingriffe sowie Untersuchungen, die mit einem wesentlichen gesundheitlichen Risiko verbunden sind.“* Setzte sich die Grammatik dieses Absatzes nicht in den folgenden fort, könnte man sie als eine mustergültige Ansammlung verdichteter Unbestimmtheiten außer ihrer Zwangskrümmung bezeichnen. Wie ist es möglich, dass eine gesetzgebende Instanz in einem Bereich, der die größten Skrupel in Sachen Gewalt gegen Personen und darum

bis zum Interpretationsauschluss genaue Formulierungen verlangte – wenn denn die Formel vom „Rechtsstaat“ mehr ist als ein hohler Anspruch –, wie können demokratische Repräsentanten so schier perfekt fahrlässig formulieren? Alle Ausdrücke sind offene Scheunentore des Missbrauchs. Es handelt sich geradezu um ein System von Scheunentoren. *„Gewichtige Anhaltspunkte“, „psychisch krank“, „sich selbst“, „schwerwiegenden“ „Schaden“, „oder“* (sic!), *„öffentliche Sicherheit“*, zweites nur noch skandalisierbares *„oder“, „Ordnung“* pur, *„zu gefährden“, „droht“…* Wer zählt die unbestimmten Wörter und Begriffe, wer nennt ihre willkürlich nutzbaren Zwangspotenzen? Sie füllen einen ganzen Sack. Die Freiheits- und Integritätgefahren krächzenden Schiller´schen Kraniche des psychisch Behinderten fänden kein Ende.

5. Die grund- und menschenrechtsstimmigen Kraniche könnten in der Tat kein Ende finden. In Absatz 2 des § 8 wird die schon im 17. Jahrhundert in England als notwendiger Mantel humaner Integrität begriffene Integrität der Wohnung durchbrochen; in § 9 wird die Zwangsunterbringung doppelt angedroht, während § 10 regelt, die Zwangsdrohungen ausgesetzte *„psychisch kranke“* Person könne einen *„Antrag auf gerichtliche Entscheidung stellen“*. Unbeschadet dieser Chance wäre es die verdammte Pflicht und Schuldigkeit des „Sozialpsychiatrischen Dienstes“ seine geplanten Zwangsmaßnahmen vorab gerichtlicher Prüfung auszusetzen.

6. Nun springt der ungeschlachte Zwang vollends aus seiner fauligen Hülle hervor. Im *„Vierten Teil“,* der die *„Unterbringung“* zu regeln vorgibt, wohlgemerkt die „Zwangsunterbringung“ – einfache Worte verlieren im Zeichen des Zwangs ihre bürgerliche, sogar ihre behördliche ´Unschuld´ – *„können“*, in offener Potenz, *„psychisch kranke Personen“ „gegen ihren Willen oder im Zustand der Willenlosigkeit untergebracht werden“* – nach einem anderen, gleichfalls Probleme nivellierenden „oder“. Die übliche „oder“ -bestückte Pauschalbegründung wird, dem Anschein nach zugespitzt. *Eine gegenwärtige Gefährdung“* könne nur erkannt werden, *„wenn infolge der psychischen Erkrankung ein schadenstiftendes Ereignis unmittelbar bevorsteht“*. Erneut folgt ein anderes verräterisches „oder“: *„oder sein Eintritt zwar nicht vorhersehbar, wegen besonderer Umstände jedoch jederzeit zu erwarten ist.“* Liegt angesichts solch pauschalen Identifikationen von „Gefährdungen“ – oder(!) ihrer nahen bürokratisch-psychiatrischen-polizeilichen Erwartungsneurose – nicht eine andere Annahme nahe? Dass im losem Kontext eines Gesetzes – nicht zu verwechseln mit gesetzlos! – die Erwartung jederzeit ausgeübten Zwangs behördlicherseits psychisch Kranken oder ihren Angehörigen und Vertretern allzeit präsent sein muss?!

7. Wir überspringen wichtige Paragraphen und kommen zu *„§ 14 Verfahren“*. Nach Abs. 1 wird die (Zwangs-) *“Unterbringung“ „vom zuständigen Gericht auf schriftlichen Antrag der zuständigen Behörde angeordnet.“* War im Zusammenhang des § 8 und seiner *„Schutzmaßnahmen“* nur von *„ärztlicher Untersuchung“* die Rede, tritt nun *„ein Arzt der Psychiatrie oder für Kinder- und Jugendpsychiatrie“* auf den Gutachterplan. Seine *„von …ihm selbst durchgeführte Untersuchung“* muss ergeben, *„dass die Unterbringung geboten ist und aus welchen Gründen die Unterbringung nicht durch Hilfen oder sonstige Maßnahmen vermieden werden kann.“* Nach einigen in den nächsten Absätzen formulierten Zugaben wird dann mit ganzer Sohle aufgetreten: *„Die zuständige Behörde kann auch ohne Einwilligung der betroffenen Person oder der Person, der die gesetzliche Vertretung obliegt, die Vorführung und Untersuchung der betroffenen Person …vornehmen … . Dies gilt nicht für ärztliche Eingriffe …, die mit einem wesentlichen gesundheitlichen Risiko verbunden sind.“* Zu berücksichtigen ist bei diesen Passagen, dass sie vor der im BGB vertäuten „Patientenverfügung“ formuliert worden sind und ebenso vor der BRK. Dennoch bleibt, dass dem psychiatrischen Experten eine Schlüsselrolle zugewiesen wird, ohne seine oben kurz apostrophierten eigenen Interessen und die Fragwürdigkeit seiner diesbezüglichen Kompetenz zu bedenken. In § 15 (Zwangsunterbringung), mehr noch § 18 (Körperliche Zwangsuntersuchung), dem in § 19 verspätet offen auftretenden *„unmittelbaren Zwang“* und vollends im Umkreis des § 20 der wiederum nicht explizit genannten Zwangsbehandlung ist die Entscheidung des BVerfG in Sachen Maßregelvollzugsgesetz von Rheinland-Pfalz und seinem großzügigen Übersehen von Art. 2 Abs. 2 Satz 1 GG nicht nur mittelbar, sondern unmittelbar einschlägig.

8. Die ´harten´ Zwangsparagraphen 14 - 20 entbehren der Präzision. Das widerspräche auch dann liberalem Rechtsverständnis, wenn die Zwangseinsätze und Instrumente akzeptabel wären. Dort, wo das Eigene der Person im Kern betroffen wird, kommen pauschale Zwangsermächtigungen nur in Frage, wenn Personen, die wiederum ohne Differenzierung als „psychisch krank“ bezeichnet werden, in Kontinuität einer alten vordemokratischen und vorgrundgesetzlichen Tradition als Untertane sozial minderen oder eingeschränkten Rangs behandelt werden. Was indes rechtsstaatlicher Form entgegensteht, widerspricht frontal den konstitutiven materiellen Normen der Grund- und Menschenrechte. Liest man die PsychKGs einschließlich ihrer Paragraphen regulativen Zwangs wie § 23 Besuchsrecht und Telefongespräche oder § 24 Recht auf Schriftwechsel und Information, Beurlaubungen, Hausordnung und dergleichen, dann lässt sich nur ein Sinn feststellen, der sie belebt, durchpulst und zusammenhält: Zwang – mehr oder minder explizit formuliert. Erneut reibt man sich verwundert, nein, irritiert die Augen und fragt sich, wie demokratische Gesetzgeber es vermögen, von Gesundheitsbehörden u.ä. zu schweigen, mit einem Zwangsinstrumentarium verschiedener Zwangstöne eine Zwangssymphonie der grund- und menschenrechtlichen Dissonanzen für behinderte Menschen in bürokratisierten Konzertsälen zu spielen. Es sei denn, man vermute massive finanzielle und positionelle Interessen. Sie gibt es. Es sei denn, man erinnere eine nicht nur 12 Jahre währende, vorausschattende und sich tief in die Nachkriegszeit erstreckende Tradition.

9. Die in den PsychKGs in besonderen Abschnitten enthaltenen oder eigengesetzlich geregelten Grundsätze und Ziele, Einrichtungen, Zuständigkeiten, Aufsichtsbehörden und die jeweiligen Vollstreckungspläne des Maßregelvollzugs verdienen eine analoge, hier und dort verschärfte Qualifizierung wie die PsychKGs für nicht straffällig gewordene psychisch Behinderte. Schon die Maßregelvollzugsgesetze, noch mehr aber ihre bekannte, zum Teil von den Gutachtern gekostete Wirklichkeit machen das unwirksam, wenn nicht illusionär, worauf das BVerfG insistierte. Dass nämlich zwischen den Räumen und Funktionen des Maßregelvollzugs und ´gewöhnlichen´ Orten des Strafvollzugs und seinen Maßnahmen qualitativ unterschieden werden müsse (*„getrennt“*). In § 1 des Rheinland-Pfälzischen Maßregelvollzugsgesetzes heißt es: *„Dieses Gesetz regelt den Vollzug freiheitsentziehender Maßregeln der Besserung und Sicherung (Maßregelvollzug)…“*. Mit anderen Worten unbeschadet einer Reihe besonderer Vollzugslockerungen ist das Trennungsgebot weithin eine Schimäre. Genau besehen gilt infolge der Zwangslogik, die die PsychKGs verspinnt, dass diese viel mehr dem Maßregelvollzug in seiner ´unmöglichen´ Amalgamierung von Hilfe für Behinderte und (Zwangs-)Sicherungen ähnlich sind. Die Logik des Zwangs und der Vorrang der Sicherung durchziehen und überschatten die Art, wie „Besserung“ erzielt werden soll. Der Ausdruck und seine Semantik deuten die Gefahren einer „Besserung“ durch Eingriffe und Zwangshilfen im Sinne der „Umschaffung“ eines behinderten und straffällig gewordenen Menschen schon an. Im Sinne einer personal konkretisierten „humanitären Intervention“, um bessere Menschen herzuzwingen. Die Sonne kleiner Erleichterungen zieht vorkopernikanisch im Drohschatten negativer Sanktionen über den ummauerten und vergitterten Raum.

IV.26. Psychiatrie und Menschenrechte. Das bedrückt am meisten, dass eine emphatische Humanwissenschaft ihr Humanum vergisst. Das tut sie, indem ein bestimmender Teil ihrer aufgrund der PsychKGs und des Maßregelvollzugs tätigen Vertreter, außerdem in ihren Funktionen im Rahmen von Strafrecht, der Strafgerichtsbarkeit bis hin zum Strafvollzug einschließlich der gesonderten Sicherungsverwahrung, eigenartig behinderte Menschen unter am dünnen Faden hängenden Damoklesschwert der Zwangsverwahrung und Zwangsbehandlung fremdversorgt. Von den Psychiaterinnen und Psychiatern ist hier nicht die Rede – das wäre in einem anderen Kontext nachzuholen – , die ihren Beruf um ihres Berufes willen mit behinderten Menschen gerade darum als Menschen aufrecht selbstbestimmten Gangs als der Verhaltensnorm ausüben. Das tun sie, weil sie ihren schwierigen, darin human herausgehobenen Beruf nur ausüben können, wenn sie mit ihren Bürgerpatientinnen und Bürgerpatienten wie mit sich selbst umgehen. In Nöten zumal. Veranlasst durch die BVerfGE vom 23.3.2011 muss in dieser Expertise die Rede sein von den verbands- und interessestark organisierten Psychiaterinnen und Psychiatern, die Fundament und Zielhorizont ihrer Profession gefährden. Sie gefährden beide, Fundament und Zielhorizont, ja, sie verlieren diese, indem sie ihren Beruf durch Mittel des Zwangs erodieren und vernichten. Nicht von vornherein zu disqualifizierende Interessen daran, aufgrund mehr oder minder sublimen Zwangs ein Fälle erzeugendes Berufsfeld trefflichen Honorars vor sich aufgehen zu sehen, machen sie blind. Mutmaßlich meist vorbewusst. Angesichts gesellschaftlichen und politischen Drucks sehen sie sich subjektiv – verbandspolitisch unterstützt – in der Rollenerwartung, gesellschaftlich notwendige Arbeit zu leisten. Sie merken nicht, ihrerseits zwangsparadigmatisch kognitiv und habituell fixiert, dass sie auf diese Weise ihren Beruf verfehlen müssen. Zwang hat Zwang zur Folge. Was immer denselben im Wandel der Zeiten und Probleme ausmachen mag, sie verfehlen ihren Beruf bis auf den Wurzelgrund. Indem sie sich zum Zwangsmittel der leichten Problemlösungshand verführen lassen. Daran, dass es psychisch behinderte Menschen gibt, die der Hilfe bedürfen, besteht kein Zweifel. Kein Zweifel kann allerdings auch daran bestehen, dass die meisten Behinderungen, wenn nicht exklusiv, so doch erheblich durch soziale und umweltspezifische Bedingungen mitverursacht worden sind. Zwangsmittel dienen nur dazu, die Effekte dieser Bedingungen zu individualisieren, ohne den Bedingungen selbst auf den Leib zu rücken. Zwang ist darum schon kognitiv wissenschaftsfeindlich. Er blockiert Erkenntnis. Er ist die Unwahrheit. Das ist aber nur die eine Seite des negativen, seinerseits Zwangssituationen und Zwangsmittel heckenden Zwangsgebrauchs. Die andere Seite besteht darin, dass Zwangsmittel in psychiatrischer Hand, die behinderten Menschen regelrecht vergewaltigen in einem umfassenden Sinne des Worts. Die psychiatrisch legitimierte und unsäglich praktizierte Gewalt entreißt solchem psychiatrischen Tun seinen humanen Grund und seine Adressaten. Es macht sie zu einem antihumanen und selbstredend im Wertsinne antidemokratischen Politikum als professionell nicht beschränktes Herrschaftsrationale. Gewalt- oder Zwangsgebrauch mag auf den ersten, naiven, also unerfahrenen Blick punktuell begrenzbar erscheinen. Der Blick trügt. Das Gewaltmittel durchdringt die Sicht der Wirklichkeit. Es wird Teil des Habitus´, mit Problemen umzugehen. Dessen an erster Stelle, der zwingt oder Zwang gestattet. Und Zwang verletzt die Personen, die behindert sind. Ihnen wird zwangspsychiatrisch als selbstständig integeren Personen zu Tode geholfen. Dass lizensierte Gewaltmittel auf einen Beruf, diejenigen, die den Beruf ausüben, wie diejenigen, denen die Berufenen helfen sollen, insgesamt bis in die letzte Wahrnehmungs-, Handlungs- und Leidensphase durchdringen, ergibt sich aus dem inhumanen, vielmehr antihumanen Extremismus von Zwang bis zum irdisch Absoluten, dem Tod. Wenn Sicherheit nicht human sozial und kontextspezifisch relativ gefasst wird, sondern Sicherheit risikolos garantiert werden soll, dann stehen Menschen als humane Störfaktoren zur Disposition. An erster Stelle trifft das Menschen, die a-normal zu sein scheinen, obgleich sie zumeist in ihren Behinderungen von der jeweils herrschenden Normalität produziert worden sind. Wen dieses eher historisch systematische Argument nicht überzeugt, der wende sich der jüngeren Geschichte der Psychiatrie zu. Im Nationalsozialismus versteht sich, in der Sowjet-Union gleicher Weise. Aber auch und nicht zuletzt in den USA wie in anderen Ländern während des ersten halben XX. Jahrhunderts. Damals verdiente die Zeit die Kennzeich-

nung, die ihnen der ungewöhnliche Historiker Eric Hobsbawm gegeben hat: *„The Age of Extremes“*. Darum mahnt Theodor W. Adornos, des Philosophen des XX. Jahrhunderts, in einem Wort gipfelnde Konsequenz für jede und jeden geradezu kategorisch an, die oder der die Botschaft empfangen hat: Die Konsequenz der *„Unnaivität“*. Damit ist gemeint, dass es Erfahrungen im Umgang von Menschen mit Menschen genug gibt, kopflos zu reformieren. Gute Ziele reichen nicht. Sie mögen den Beginn eines Verhängnisses markieren. Mittel und Ziele, die unentwegt und ohne waches Bewusstsein unbemerkt ihre Plätze tauschen, erlauben politisch im weitesten Sinne keine euphemistischen Täuschungen. Solche beleuchten noch die Rationalisierungen des Scheiterns mild. Dort ist dies auf keinen Fall zulässig, wo es um andere Menschen geht wie einen selbst. Es ist einer an Menschen orientierten und auf Menschen zielenden Wissenschaft und Praxis nicht erlaubt und ebenso wenig einer Politik, die sich demokratisch, die sich grund- und menschenrechtlich kleidet, Menschen wie Kunst-Tiere aus Gummi zu behandeln. Sie flexibel und mobil zurecht zu biegen und gerade zu renken. Man wird sie allenfalls erfolgreich „sichern“. Hilfs- und Sicherungsprozesse mit tödlichem Ausgang. Die Kosten der Misshandelten haben nur selten eine Verrechnungsstelle. Ihnen widmet sich kein menschenrechtlicher Rechnungshof. Er käme ohnehin wie die Reue zu spät. Er wäre im vereinzelten Fall allenfalls wie Trauer für Angehörige relevant.

Ein Umgang mit Menschen allgemein, mit behinderten Menschen speziell hat immer zur Voraussetzung, sie in jedem Alter und jeder Befindlichkeit als Personen an und für sich selbst ernst zu nehmen. Das aber verlangt unter anderem, dass sie an Vorgängen, die sie direkt betreffen, vorrangig beteiligt werden. Keine Entscheidung darf gegen ihren Willen erfolgen. So zu verfahren, schließt unvermeidlich Risiken ein. Risiken, übrigens nicht nur auf Seiten behinderter Menschen, die operative Eingriffe und andere Zwangsbehandlungen verneinen. Risiken bestehen ungleich mehr bei den Psychiatern, beim Pflegepersonal, bei formell zuständigen Behördenvertretern oder den Richterinnen und Richtern –, die Eingriffe begründen und/oder legitimieren. Die Letztgenannten haben nur den Vorteil, dass negative Folgen riskanter Entscheidungen nicht bei ihnen, sondern allein bei psychisch Behinderten zu Buche schlagen. Eine menschenrechtlich entscheidende Norm besteht darum darin, Risiken, die die physische Integrität einer Person betreffen, primär, in sozialen Verfahren ausschlaggebend, von dieser Person selbst entscheiden zu lassen. Ihre physisch psychische Integrität vermag eine behinderte Person auch, ja gerade dann in verschiedenen Artikulationsformen zu äußern, wenn ihr ein logischer Sprachduktus versagt ist. Würden die gerichtlich hingenommenen Risiken summiert, die psychiatrische Gutachten und Eingriffe negativ realisiert haben, würde das professionelle Tun geradezu falsifiziert werden. Allerdings spielt Falsifikation in diesem Feld des Claire und Obscure aus guten Gründen keine entscheidende Rolle. Entscheidend ist vielmehr, dass die (behinderte) Person an erster Stelle steht und zählt. Gerade weil in allen komplexeren Bereichen der Medizin verwirrende Zusammenhänge eindeutiger Diagnose und mehr noch eindeutiger Therapie entbehren, käme es ungleich mehr auf eine wirksame Arzt-Apparate-Patientenbeziehung an. Dafür wäre eine Gesundheitsreform an Haupt und Gliedern überfällig. Diese Feststellung ist nicht weiter zu verfolgen. Erhebliche Defizite beginnen schon mit den systematisch unzureichenden medizinischen und allgemein bürgerlichen Ausbildungen.[19] In Sachen behinderte Menschen und Rolle der Psychiatrie gilt aber ohne Wenn und Aber: Die Beteiligung behinderter Menschen ist unabdingbar. Sie dürfen bester Absichten nicht zu Objekten gemacht werden. Anders zu verfahren, verletzte ihre basalen Menschenrechte. Anders zu verfahren, entzöge Hilfen eingreifender Art ihre Legitimation. Außerdem stellte besserwisserisches, aufgezwungenes Handeln den Missbrauch einer Wissenschaft und Praxis dar, die sich pseudoszientifisch, als wisse sie Bescheid, maskiert und auch darum antihuman qualifiziert.
Um die unvermeidlichen Risiken von Kindesbeinen bis zur Alterssklerose, spastischem Gehen und Fallen, dementen Fehlhandlungen u.ä.m. zu minimieren, führt der Weg in trügerisch sichernde Zwangsburgen und zu Zwangspraktiken nur in die Irre. Das gilt solange, wie Kinder, Erwachsene und alte Menschen an erster Stelle stehen. Nicht in die Irre führen Wege, die die Risiken durch entsprechende geh- und verhaltenssichere Räume und vor allem durch eine andere Ökonomie der Zeit und des Umgangs möglichst aufzufangen suchen. An den neotayloristisch organisierten Altenpflegeheimen und dem in den Pflegekräften vorschriftsgemäß verinnerlichten Taylorismus und analog dazu an psychiatrischen Krankenhäusern und dem Umgang mit psychisch behinderten Menschen nach der Logik bürokratisierten Rechts und rechtlich legitimierter Bürokratien ließe sich zeigen, warum Demenzen oder Behinderungen nicht abgebaut, sondern geradezu produziert werden. Hier läge ein zwangsfrei helfendes Rhodos enormen Ausmaßes. Hier hätten die helfenden Berufe, die Psychiatrinnen und Psychiater, die zuständigen, aber erfahrungsabstrakten Gerichte nicht zuletzt über ihre Bornierungen, zuerst der des Zwangs in jeder Variante zu springen.

V. Das Bundesverfassungsgericht, die Behindertenrechtskonvention, Grund- und Menschenrechte, Lücken des Zwangs und Vorkehrungen dagegen

V.27. *„Es ist ein Erdenrest zu tragen peinlich und wär´ er aus Asbest, er ist nicht reinlich“*. An diese Formulierung aus dem Zweiten Teil von Goethes Faust wird man im Zusammenhang des Themas: psychisch Behinderte, Psychiatrie, PsychKGs und Zwang erinnert. Ist es nüchtern, wirklichkeitswissenschaftlich und praktisch nicht so, dass im Umkreis von psychisch behinderten Personen immer wieder Verhaltensweisen vorkommen, die Zwang verlan-

[19] Vgl. zu einigen Hinweisen Komitee für Grundrechte und Demokratie: Digitalisierte Patienten – verkaufte Krankheiten. Elektronische Gesundheitskarte und die Kommerzialisierung des Gesundheitswesens, Köln 2011.

gen? Psychisch Behinderte äußern ihre Behinderung nicht zuletzt ´eigengezwungen´ in Selbstzerstörungen ohne Perspektive und Maß. ´Oder´ sie gefährdeten andere Menschen, um die oben kritisierte ´Oder´-Sequenz der PsychKGs anders forzusetzen. Es sei denn, man hindere sie mit Formen, schlimmstenfalls behutsam ansteigenden, also regelrecht kalkulierten Gegenzwangs.
Geht die BVerfGE, 2 BvR 882/09 vom 23.3.2011 nicht bis an eine gerade noch mögliche Grenze?
Das Gericht unterstreicht die konstitutive Bedeutung des Menschen- und Grundrechts selbstbestimmter Integrität. Es verwirft darum, fallbezogen die spezielle Regelung in § 6 Abs. 1 Satz 2 Halbsatz 1 des rheinland-pfälzischen Landesgesetzes über den Vollzug freiheitsentziehender Maßregeln. Diese erlaubte die zwangsweise medikamentöse Behandlung mit Neuroleptika. Im Unterschied zum MvollzG Rh.-Pf., im Unterschied zum Pfalzklinikum Klingenmünster, den dortigen psychiatrischen Experten und den mit dem Fall aufgrund der Beschwerde des potentiell Betroffenen befassten Gerichten, legt das Bundesverfassungsgericht seiner Entscheidung ein umfassenderes und sensibleres Verständnis der Integrität einer potentiell in ihrer Integrität verletzten Person tatbestandlich zugrunde. Das BVerfG geht weiter über den Fall hinaus. Es verlangt nicht nur, dass die Person, in deren Integrität eingegriffen werden soll, vorab – zureichend informiert – zustimmen müsse („informed consent"). Die Selbstbestimmung der eigenen Integrität schließe ein, dass sich jemand gegen anders lautende Ratschläge, beispielsweise von zuständigen Psychiatern, dafür entschiede, nicht behandelt werden zu wollen. Und dies sogar, wenn dadurch das Vollzugsziel gefährdet werde. Selbstbestimmung schließt also die Freiheit ein, über das Risiko selbst zu entscheiden, eigenen Leibs Schaden zu erleiden, hier: krank zu werden (vgl. die Abschnitte 45, 46, 47, und 48; siehe oben im Kapitel I.).

Die Bedenken des BVerfG beginnen dort, wo an den *„tatsächlichen Möglichkeiten des Grundrechtsträgers zu freier Willensentscheidung"* begründete Zweifel bestehen (Abs. 49). Nun skizziert das BVerfG „Schattenlinien", wie sie oben im II. Kapitel bezeichnet worden sind. *„Der Gesetzgeber ist daher berechtigt,"* so heißt es im Abs. 49 weiter, *„unter engen Voraussetzungen Behandlungsmaßnahmen gegen den natürlichen Willen des Grundrechtsträgers ausnahmsweise zu ermöglichen, wenn dieser zur Einsicht in die Schwere seiner Krankheit und die Notwendigkeit von Behandlungsmaßnahmen oder zum Handeln gemäß solcher Einsicht krankheitsbedingt nicht fähig ist."* Wiederholungen bitten wir nachzusehen, die Sache ist zu wichtig, als dass sie nicht neu und neu bedacht werden müsste. Selbst in einer Expertise. Dann könnte der Fall eintreten, so erweitert das BVerfG seine Argumente und vollzieht einen qualitativen Sprung: *„Das Bundesverfassungsgericht hat angenommen, dass unter dieser Voraussetzung der schwerwiegende Grundrechtseingriff, der in einer Freiheitsentziehung liegt, zum Schutz des Betroffenen selbst gerechtfertigt sein kann, und die nach Landesunterbringungsrecht für einen solchen Fall vorgesehene Möglichkeit fürsorgerischer Unterbringung zum Zweck der Behandlung gebilligt (...)."* Das Bundesverfassungsgericht hat schon im ersten Absatz des II. sog. Subsumtionsteils (Abs. 45 und folgende) reichlich allgemein Zwangseingriffe zugestanden, die eine Grundrechtsverletzung darstellen. *„Ungeachtet der Schwere des Eingriffs, der in der Zwangsbehandlung eines Untergebrachten liegt, ist es dem Gesetzgeber nicht prinzipiell verwehrt, solche Eingriffe zuzulassen. Das gilt auch für eine Behandlung, die der Erreichung des Vollzugsziels (...) dient, also darauf gerichtet ist, den Untergebrachten entlassungsfähig zu machen."* In den Absätzen, die Abs. 49 mit seiner „eng" geknüpften Zwangsmasche folgen, wird die Eingriffen gelassene Chance, zwangsweise durchzuschlüpfen, legitimatorisch verdickt und damit gedehnt. Sie wird immerhin möglichst klein gelassen. Indem psychiatrische Eingriffe mit allgemein medizinischen fälschlich gleichgesetzt werden; indem das Ziel, die „freie Selbstbestimmung des Untergebrachten" wiederherzustellen, die Zwangsunterbrechung desselben gestatten soll. Zum kaum verfassungsgemäß aufknüpfbaren Paradoxon kommen nicht ausgewiesene, also nicht diskutierte Voraussetzungen hinzu. Dass die Zwangseingriffe denjenigen, dessen eigenbestimmte Integrität in einem hoch sensiblen Bereich zerstört wird, ´freier´ machen und keine unerwünschten Folgen aus der Zwangsbehandlung zu gewärtigen seien. Auch die Entstehung dauerhaften Misstrauens und anhaltender Unsicherheit wären auszuschließen. Begründet von der Formulierung *„der Staat"*, sei nicht verpflichtet, den Untergebrachten *„dem Schicksal dauerhafter Freiheitsentziehung zu überlassen"* (Abs. 51), wird erneut an Stelle des „Grundrechtsträgers" gegebenenfalls Zwangsbehandlung gerechtfertigt. Darüberhinaus wird plötzlich und insgeheim ein nackter Staatsbegriff verwandt. Der Staat des Grundgesetzes und, nota bene, des Bundesverfassungsgerichts erscheint roh ohne seine konstitutiven Normen grund- und menschenrechtlicher Art. Auf diese Weise kann im Indikativ wie eine Tatsache behauptet werden (die folgenden Sätze müssten durchgehend im Konjunktiv, wenn nicht im Irrealis ausgedrückt werden): *„Krankheitsbedingte Einsichtsunfähigkeit hindert den Betroffenen, seine grundrechtlichen Belange insoweit wahrzunehmen, als es um die Wiedererlangung der Freiheit geht. Weil der Betroffene insoweit hilfsbedürftig ist (...), darf der Staat – nach Maßgabe des Grundsatzes der Verhältnismäßigkeit – in diejenigen Grundrechte eingreifen, die der Betroffene allein krankheitsbedingt übergewichtet."* (Abs. 51)
Im Vorbeistreifen sieht das BVerfG kein Hindernis in der BRK (Abs. 55). Aus dem *„Grundsatz der Verhältnismäßigkeit"* über die *„krankheitsbedingte Einsichtsunfähigkeit"* leitet es weitere Kautelen her, die unter *„engen Voraussetzungen"*, Abs. 56, die *„medizinische Zwangsbehandlung" „zur Erreichung des Vollzugsziels"* zulässig erscheinen lassen:
Das Behandlungsziel müsse erfolgversprechend sein; Zwang müsse als „letztes Mittel" eingesetzt werden; Dosierung und Dauer der Zwangsbehandlung müssten gegeben sein; der erwartbare Nutzen müsse den Schaden deutlich übertreffen.
Als weitere Sicherungen und Vorkehrungen die „Verhältnismäßigkeit" zu wahren, werden genannt:

Rechtzeitig, die Chance des Rechtschutzes zu eröffnen; eine *„fachgerechte ärztliche Reaktion auf individuelle Unterschiede“* zu gewährleisten, *„wie sie in der Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde“* zum Ausdruck komme; *„Einzelheiten der Medikation“* seien *„in erster Linie Sache der ärztlichen Beurteilung“*; *„gerichtliche Überprüfung“* des *„schwerwiegende[n] Grundrechtseingriffs“*, müsse *„auf der Grundlage des ärztlichen Sachverstandes“* möglich sein; die Dauer der Maßnahme sei zu begrenzen; *„Anordnung und Überwachung einer medikamentösen Zwangsbehandlung durch einen Arzt“* sei sicherzustellen; schließlich komme es – Abs. 67 – auf *„die Dokumentation auch zur Sicherung der Verhältnismäßigkeit des Eingriffs“* an; außerdem bedürfe es *„eines besonderen Schutzes“* der *“grundrechtlich geschützten Belange“* infolge der *„weitreichenden Befugnisse ...in der Geschlossenheit“*; schließlich soll eine *„Prüfung in gesicherter Unabhängigkeit von der Unterbringungseinrichtung“* sattfinden (Abs. 71); danach – s.o. II. – werden nötige Formelemente des Gesetzes genannt; der Gesetzgeber in die Pflicht genommen.

V.28. Ist mit einem solchen regelnden und kontrollierenden Aufwand, den das BVerfG anmahnt, dem Grundrecht auf selbstbestimme Integrität nicht bis zum Äußersten Genüge getan?
Zwang soll nur erlaubt sein, insoweit die Verletzung der Integrität des krankheitsbedingt Einsichtslosen in allen relevant erscheinenden Aspekten und kleinen Schritten des Zwangsprozesses gesetzlich vertäut und mit erfahrenen, psychiatrischen oder richterlichen Kontrollaugen ausgespäht wird. Bevor zu den prozeduralen Sicherungen des BVerfG Stellung bezogen wird, sollen ähnliche grundrechtliche Schutzvorkehrungen im nahen Umkreis des selbstbestimmten Integritätsschutzes knapp vorgestellt werden.

V.28.1. Aus der Perspektive des Grundrechtsschutzes und damit zugleich des Grundrechtsträgers erinnert die Märzentscheidung über Zwangseingriffe in die Integrität einer im Maßnahmevollzug befindlichen Person an die Entscheidung desselben Senats des BVerfG am 4. Mai 2011 in Sachen „Sicherungsverwahrung“. 2 BvR 2365/09 – 2 BvR 740/10 – 2 BvR 2333/08 – 2 BvR 1152/10 – 2 BvR 571/10. In dieser in der Beschwerde, im Sachverhalt, in den Tatbeständen anderen Entscheidungsfindung und darum teilweise erheblich anderen Begründung präsentiert das BVerfG ähnliche, zum Teil sogar analoge grund- und strafrechtliche Schutzformen von Personen, die sicherungsverwahrt werden sollen. Die Umstände der Beschwerde, die verschiedenen Einlassungen der Beschwerdeführer und der für Sicherungsverwahrung zuständigen Gerichte und anderer Institutionen wie die sonstigen Ausführungen des BVerfG mögen hier dahingestellt bleiben. Es geht nur um die eine der hauptsächlichen prozeduralen Formen, mit deren Hilfe das BVerfG das essentielle Grundrecht, die Freiheit der Person, entgegen des präventiven Freiheitsentzugs gewährleisten will.
Zum einen vertritt das BVerfG ein „Abstandsgebot“, will sagen, Freiheitsstrafe und Sicherungsverwahrung müssten sich in Institution, Ausstattung und Verfahren erheblich unterscheiden. *„Das gesamte System der Sicherungsverwahrung ist so auszugestalten, dass die Perspektive der Wiedererlangung der Freiheit sichtbar die Praxis der Unterbringung bestimmt“* (Abs. 108). Dieses Abstandsgebot hätte nicht nur auch im gesamten Maßregelvollzug zu gelten. Es müsste in einer anderen Qualität bis ins kleinste Detail für Einrichtungen zutreffen, die den Umgang mit „psychisch Kranken“ nach den PsychKGs berühren.
In der Realisierung des Abstandsgebots heischt das BVerfG dann eine schier unerhörte Regelungsdichte. *„Das verfassungsrechtliche Abstandsgebot ist für alle staatliche Gewalt verbindlich und richtet sich zunächst an den Gesetzgeber, dem aufgegeben ist, ein entsprechendes Gesamtkonzept der Sicherungsverwahrung zu entwickeln und normativ festzuschreiben (...). Der Gesetzgeber ist dabei von Verfassungs wegen nicht auf ein bestimmtes Regelungskonzept festgelegt, sondern er verfügt über einen Gestaltungsraum, den er unter Verwertung aller ihm zu Gebote stehenden Erkenntnisse auszufüllen hat (...). Die zentrale Bedeutung, die diesem Konzept für die Verwirklichung des Freiheitsrechts des Untergebrachten zukommt, gebietet jedoch eine gesetzliche Regelungsdichte, die keine maßgeblichen Fragen der Entscheidungsmacht von Exekutive oder Judikative überlässt, sondern deren Handeln in allen wesentlichen Bereichen wirksam determiniert (...).“*
Abs. 111 – im einzelnen genannt in Abs. 112, 113, 114, 115, 116, 117, 118 – lautet folgerichtig: *„Das durch den Gesetzgeber auszugestaltende Regelungskonzept für die Sicherungsverwahrung muss daher umfassend als Gesamtkonzept ausgestaltet sein ...“*

V.28.2. In Abs. 52 bezieht sich die BVerfGE vom 23. März 2011 auf die Behindertenrechtskonvention (BRK). Sie könne *„als Auslegungshilfe für Bestimmung von Inhalt und Reichweite der Grundrechte herangezogen werden“(...).* Sie lege *„kein anderes Ergebnis nahe (...)“*, als das verfassungsgerichtliche selber. Dass unter einer oben dargestellten Reihe von Voraussetzungen, wenn zugleich „feinziselierte“ prozedurale Regeln gälten, Zwangseingriffe ins Grundrecht auf selbstbestimmte Integrität vorgenommen werden dürften.
Das Gesetz zu dem Übereinkommen der Vereinten Nationen vom 13. Dezember 2006 über die Rechte von Menschen mit Behinderungen sowie zu dem Fakultativprotokoll vom 13. Dezember 2006 zum Übereinkommen der Vereinten Nationen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen vom 21. Dezember 2008, BGBL II S. 1419 gilt. Liest man die BRK, zum deutschen Gesetz geworden, dann ist nirgendwo von Zwang die Rede. Geist und Menschenrechtsverständnis, das über die Grundrechtsinterpretation selbst des BVerfG hinausgeht, widersprechen Zwangsvorkehrungen und seien sie noch so restriktiv bestimmt. Im Wortlaut der BRK kommt der Begriff „Zwang“ nicht vor. Dennoch ist die Annahme plausibel, dass in Art. 12 Abs. 4 Zwangseingriffe unter einer nicht undurchbrechlich harten Decke von Vorbehalten und Annahmen notwendiger Vorbedingungen etwa im Sinne des Bundesverfassungsgerichts möglich sind. Art. 12 Abs. 4 lautet:

„(4) Die Vertragsstaaten stellen sicher, dass zu allen die Ausübung der Rechts- und Handlungsfähigkeit betreffenden Maßnahmen im Einklang mit den internationalen Menschenrechtsnormen geeignete und wirksame Sicherungen vorgesehen werden, um Missbräuche zu verhindern. Diese Sicherungen müssen gewährleisten, dass bei den Maßnahmen betreffend die Ausübung der Rechts- und Handlungsfähigkeit die Rechte, der Wille und die Präferenzen der betreffenden Person geachtet werden, es nicht zu Interessenkonflikten und missbräuchlicher Einflussnahme kommt, dass die Maßnahmen verhältnismäßig und auf die Umstände der Person zugeschnitten sind, dass sie von möglichst kurzer Dauer sind und dass sie einer regelmäßigen Überprüfung durch eine zuständige, unabhängige und unparteiische Behörde oder gerichtliche Stelle unterliegen. Die Sicherungen müssen im Hinblick auf das Ausmaß, indem diese Maßnahmen die Rechte und Interessen der Person berühren, verhältnismäßig sein."

Insoweit triff die Annahme des Verfassungsgerichts zu, seine hoch voraussetzungs- und folgenreiche Zwangslizenz werde von der BRK gedeckt. Gewichtige Einschränkungen aus der Konvention lassen diese Übereinstimmung jedoch fragwürdig, wenn nicht falsch erscheinen. In Art. 14 *„Freiheit und Sicherheit der Person"* heißt es in Abs. 1 b) *„dass das Vorliegen einer Behinderung in keinem Fall eine Freiheitsentziehung rechtfertigt."*. Und Art. 15 normiert *„Freiheit von Folter oder grausamer, unmenschlicher oder erniedrigender Behandlung oder Strafe"*. Abs. 1 statuiert: *„Niemand darf der Folter oder grausamer, unmenschlicher oder erniedrigender Behandlung oder Strafe unterworfen werden. Insbesondere darf niemand ohne seine freiwillige Zustimmung medizinischen oder wissenschaftlichen Versuchen unterworfen werden."*
Im Sinne der BRK und menschenrechtlicher Argumentation allgemein ist zu folgern:
Schon die einschränkungslose Feststellung von Art. 14 Abs. 1 b) schließt die kleine Toleranz des BVerfG in Sachen Zwangsunterbringung und Zwangsbehandlung psychisch Behinderter aus. Damit stimmt Art. 15 BRK überein. Wie immer man Eingriffe in den Körper eines Menschen rechtfertigen mag, Zwangsmedikation selbstverständlich eingeschlossen, wenn sie ohne artikulierten eigenen Willen einer psychisch behinderten Person erfolgen, erniedrigen sie einen so verletzten Menschen. Wenn die angebliche Unfähigkeit zur eigenen Einsicht Zwangsbehandlung über die Verbotsschwelle hinweglegitimieren soll, dann wird eine zwangsbehandelte Person nicht nur erniedrigt. Sie wird, schlimmer und unhaltbarer noch, als niedrige Person fremdbestimmt behandelt. Sie wird als (Un-)Person niedriger Stufe behandelt. Als wenigstens vorübergehend geltende Sache. Sie mag darum zwangs´beatmet´ durch injizierte Medikamente den Status einer Person wieder erringen. Außerdem wird das Folterverbot nicht ernsthaft beachtet. Die Aura der Folter und ihr Einsatz strahlen nicht erst aus und werden nicht erst wirksam, wenn ihrerseits zuerst primär zur Angsterzeugung eingesetzte Folterinstrumente a la Abu Graib oder Guatanomo benutzt werden.[20]

[20] Siehe das Folterkapitel Elaine Scarry´s.

V.29. Bieten die verfassungsgerichtlich aufgereihten Kautelen Gewähr zugelassenen Zwang grundrechtskonform einzubinden? Wenn wir dem Bundesverfassungsgericht richtig folgen, kommt es in Zweifelsfällen darauf an, die normativ grundsätzliche Möglichkeitsgesinnung mit der nüchternen, Fällen und Umständen nahen Wirklichkeitsgesinnung zu verbinden. Darauf zielt eine bekannte Formulierung Robert Musils. Da bei allen möglichen Damen und Herren, vielen Institutionen und ihren Vertretern, Juristen und Politikern, Volksvertreter darunter, die Meinung vorherrscht, Zwang sei in dosierten Formen im Umkreis psychisch behinderter Menschen notwendig und darin ein Körnchen Wahrheit im Sinne von Gegebenheit enthalten sein könnte, läge eine bundesverfassungsrichterliche marginale Zwangslizenz nahe. Den grund- und menschenrechtlichen Normen würde genügt. Auch dem herrschaftlichen Verlangen herrschender Meinung würde sein Teil gegeben. Warum ist dieser nicht ganz kleine Kompromiss nicht möglich, auch ohne Kurt Tucholsky zu erinnern, mag er noch so in der Sonne glänzen, die von der Faktizität her glüht? Einige der triftigen Einwände seien aufgelistet. Sie lassen den naheliegenden verfassungsgerichtlichen Ausgleich zwischen konstitutiver menschenrechtlicher Norm und angeblich nötigem, menschenrechtlich polierbarem Zwang nicht zu. Die Einwände werden weitgehend nur aneinandergereiht und qualifiziert, nicht mehr diskutiert.

1. Wie oben schon angeritzt, lebt die Legitimation minimierten Zwangs von der unerwiesenen, an vielen Fällen bis zu Aggressionen psychisch Behinderter widerlegbaren Behauptung, diese Zwangstraktate nützten den psychisch Behinderten. Psychisch Behinderte würden durch dosierten Zwang freier und selbstbestimmter. Bricht diese Behauptung weg, fällt Zwang grundrechtlich ins Bodenlose. Und sie bricht weg.

2. Das BVerfG argumentiert aufgrund von Prämissen, die innen morsch sind, wie nach außen noch schön berindete, allenfalls mit externem Leben erfüllte Baumstämme. Zu diesen Prämissen gehört, die vom Gericht nie erörterte Annahme, man könne sich zum Besten psychisch Behinderter auf die institutionalisierte Psychiatrie und ihre Vertreter verlassen. Dass das nicht der Fall sein kann, hängt einmal damit zusammen, dass die Psychiatrie, gerade wenn sie wissenschaftlich redlich sich verhielte, also u. a. mit gläsernen Taschen arbeitete, ein spannendes und wichtiges Feld voll der Unabwägbarkeiten, der Unsicherheiten, der Unschärfen und der Risiken darstellte. Man denke nur an die Anamnesen psychischer Behinderungen und ihre multivalent glitschigen nominellen Identifikationen. Oder teste psychiatrische Prognosen sensu stricto, von den Stangen im Nebel der Therapien zu schweigen. Dass Psychiatrie, Psychotherapie und ähnliche Wissenschaften und Praktiken in einem Gelände voller halb bekannter Probleme arbeiten, die sie außerdem bestenfalls viertels ´beherrschen´, spricht nicht gegen sie. Wer feste Sicherheiten verlangte, könnte dies nur im Glauben an das tun, was Hegel eine „Metaphysik der Sicherheit" genannt hat. Gegen Psychiatrie und ähnliche Wissenschaften spricht nur ihre unverschämte Arroganz – prinzipiell gegen alle Be-

hauptungen, die in einer Wahrheitspose mehr Propaganda als Wissenschaft betreiben. Unverschämte Arroganz drückt sich aus in Zwangseinrichtungen, Zwangsbehandlungen, Prognosen und Gutachten. Sie sind nur für deren Opfer riskant.

Dass Psychiaterinnen und Psychiater oder Berufe ähnlicher Unwegsamkeiten die Rolle neutraler, gar kontrollierender Sachverständiger nicht ausüben können, hängt selbstredend ´normal´ damit zusammen, dass Psychiatrie Treibende aus Kindern dieser Welt bestehen. Sie befinden sich in dauernden ´conflicts of interest´, wie man das angelsächsisch nennt. Darum dürften sie nie und nimmer allein oder auch nur primär entscheiden. Wären ihre Gutachten wahrhaft, dann müssten sie aufdecken, dass es ihren Anamnesen an wichtigen Informationen und Erfahrungen gebricht. Dass ihre therapeutischen Annahmen, gar Prognosen ins immer unsichere Terrain zukünftigen Verhaltens von spekulativem Geist verleimt werden. Hierbei unterstellen wir in der Regel keine subjektive Absicht, zu täuschen. Bei weitem einflussreicher, wirksamer – und darum schwerer loszuwerden –, sind die professionellen, paradogmatisch verfestigten Scheuklappen. Grotesk der inkompetente Umgang vieler Gerichte mit psychiatrischen Gutachten.[21] Als sprudelten Gutachen Interessen aseptischer, in hehrer Lust lebender Gutachter rein. Als spiegelten sich in ihnen die Personen behinderter Menschen. Fragwürdig ist desgleichen die verfassungsgerichtliche Annahme mit selbstbedienendem Geschmack, es genüge auf die richterliche Unabhängigkeit abzuheben. Einfach so. Ein Postulat das Wirklichkeit wird, indem man es nennt. Dann sei eine richterliche pouvoir neutre über allen Streitdingen ohne verzerrende Gefühle und Interessen wirksam: mit sachlich angemessenen Kriterien, problemlösungskonform und ohne ´bias´, vor allem ohne zusätzliche prozedurale Vorkehrungen. Bekanntlich kann auch die gegen Willkür gerichtete Bindung ans Gesetz, der Sache nach ans falsche Gesetz binden. Darum bedarf es solcher Einrichtungen wie des Bundesverfassungsgerichts. Und selbst diese Einrichtungen sind argusäugig nicht zuletzt von denjenigen zu kontrollieren, die davon betroffen sind: Den Bürgerinnen und Bürgern.

3. Sozialwissenschaftlich liebenswert, aber unentschuldbar naiv ist die Annahme zu nennen, es könne das Verfahren, Zwang einzusetzen, lückenlos mit mehreren beteiligten Instanzen so genau vertäut und bestimmt werden, dass man den Zwang geradezu entzwingen könne. Ja, Zwang könne funktional positive Effekte zeitigen. Dieser Annahme frönt die Entscheidung in Sachen Sicherungsverwahrung vom Mai 2011 ebenso wie, isoliert genommen, Art. 12 Abs. 4 BRK. Selbst, wenn man unterstellte, alle beteiligten Instanzen dächten und handelten ´billig und gerecht´, um einen lange abgegriffenen Topos zu gebrauchen, selbst dann kämen aus der komplexen Zusammenarbeit der beteiligten Verfertiger einer schier perfekten Anlass-, Verfahrens- und Zielsicherung bestenfalls enorm aufwändige bürokratische Monstren zustande. Selbst wenn diese abstrakt – rein konzeptionell – funktionsfähig sein könnten, wirkten sie alltäglich „implementiert“, zum Schaden derjenigen, die den ´gesicherten´ Zwang erfahren. Als normal accidents. Ob der ineinander verhakten gesetzlichen und bürokratischen Bestimmungen, Zuständigkeiten und jeweils neuen Interpretationen des zuvor anders Interpretierten. Normal accidents hat der einschlägige Bürokratie-Soziologe, Charles Perrow, am Exempel technologischer Großprojekte, vor langer Zeit am Unfall von Three Miles Iland festgestellt und analysiert. Eine Hypertrophie, also eine Ineinanderschachtelung an sich höchst rationaler Vorgänge erweise sich als nicht mehr rational beherrschbar. Überladene, von mehrfachen Zuständigkeiten kontrollierte Komplexitäten sind unheilsschwanger. Perrows Studie, seitdem ergänzt, ist zwischenzeitlich nachhaltig bestätigt worden. Max Weber´scher Bürokratiesoziologie folgend, ist stringent zu erweisen, warum das so sein muss.[22] Während in manchen Sparten der Sozialwissenschaften, der Politikwissenschaft insbesondere in den letzten Jahren ein betörender, um nicht zu sagen dummer Steuerungsjargon dominiert, vielleicht informationstechnologisch verführt, hat die Implementationsforschung zuvor mit guten Gründen, die Schwierigkeiten und Verluste aller frisch fromm fröhlich und freien Planungsprojekte herausgearbeitet. Dass allein der gewiss hoch zu schätzende Gesetzgeber ein schier missbrauchsfreies Gesetz komplexer Abwägungen formulieren und seine korrekte Anwendung garantieren könnte, soweit denn möglich, erinnert an des alten Feuerbachs schöne Hoffnung, man könne Gesetze so klar und eindeutig formulieren, dass darob alle Kommentare überflüssig würden.[23]

---

[21] Hier könnte nach wie vor viel vom Fall Schreber gelernt werden. Daniel Paul Schreber: Denkwürdigkeiten eines Nervenkranken, hrsg. von Samule m. Weber, Frankfurt/M – Berlin – Wien 1973; s. bes. Walter Kargl: Jurisprudenz und Geisteskrankheit, in. Leviathan Jg. 5 1977, H.3, S. 301-332

[22] Vgl. Charles Perrow: Normal Accidents; zu deutsch: Normale Katastrophen

[23] In einer trefflichen Studie hat der Sozialhistoriker David J. Rothman, der schon zuvor durch die Arbeit „The Discovery of the Asylum“ aufgefallen war, beschrieben und analysiert, warum die gut gemeinten Reformen in den USA im ersten Drittel des 20. Jahrhunderts durchgehend gescheitert sind. Unter den Gründen mangelnder Umsetzung von Konzepten in Verfahren, der Eigendynamik von Organisationen, ihrer Architektur, den Eigeninteressen beteiligter Professionen als da sind Juristen, Psychiater, Verwalter, Helfende Berufe und schließlich zuständige Politiker u. a. m. hat er die Blockade qualitativ anderen Umgangs vor allem auf die letztlich ´siegreiche´ Defintionsdynamik von Zwangsvorkehrungen zurückgeführt. Vgl. David J. Rothman: Conscience and Convenience. The Asylum and its Alternatives in Progressive America, Little Brown Boston Toronto, 1980, siehe besonders das schlussfolgernde Chapter 11: The Diary of an Institution, pp 379 – 421. Zur Illustration, der die reichen Belege fehlen, mag die Schlusspassage dienen: „More, the events at Norfolk recall the troubling points raised here about anyone´s ability to deliver effective treatment within an institution. The narrative points to a series of particular questions that would demand solution. How will a trained staff be recruited? How will the therapists live with the caretakers? Do we have a conceptual framework that will produce meaningful treatment techniques? Are classifications merely desciptive statements or are they relevant for treatment? Most critical, Norfolk too reveals the difficulty, even the impossibility, of a program that would at once cure and coerce, that would discipline and rehablitate, that would mix reform with custody. Norfolk´s fate recapitulates the issue we have explored in probation, parole, the juvenile court, and the mental health system – that to join assistance to coercion is to create a tension that cannot persist indefinitely and will be far more likely to be resolved on the side of coercion. The most problematic of all progessive assumptions was embodied in Norfolk´s first principle, that it

4. Allein schon die nicht genug zu lobende Übernahme der BRK an gesetzesstatt belegt, wie rasch nicht als arglistig zu bezeichnende, sozusagen objektive Täuschungen eintreten. Während die BRK an etlichen Stellen darauf aufmerksam macht, welche beträchtlichen Aufwände die BRK verlangt, um sie vom fast zu schönen Gesetzestext in wirksame Wirklichkeit zu überführen – ohne sie im einzelnen auszuführen, da dies nur einzelstaatlich möglich wäre –, schickte die Bundesregierung am 8.11.2008 den später unveränderten Entwurf an den Bundestagspräsidenten mit folgenden Hinweisen:
„D. Finanzielle Auswirkungen auf die öffentlichen Haushalte („?“ von uns ergänzt)
1. Haushaltsaufgaben ohne Vollzugsaufwand
Keine
2. Vollzugsaufwand (?)
Durch das Gesetz entsteht kein weiterer Vollzugsaufwand, mit Ausnahme der Kosten für die Einrichtung der unabhängigen Stelle nach Artikel 33 Abs. 2 des Übereinkommens. Im Regierungsentwurf des Bundeshaushalts 2009 sind dafür bereits insgesamt 463 000 Euro veranschlagt. ....
F. Bürokratiekosten
Es wird eine Informationspflicht für die Verwaltung eingeführt. ...“

So gesehen wundert es nicht, dass die BRK fast diskussionslos im Sauseschritt zum allgemeinen Gesetz wurde. Als stellten Bundesregierung und Bundestag eine Drehbühne dar. Es verwundert gleicher Weise nicht, wenn in der *„Denkschrift zum Übereinkommen vom 13. Dezember 2006 über die Rechte von Menschen mit Behinderungen“* zum *„Artikel 14 (Freiheit und Sicherheit der Person)“* kommentierend steht, der Konvention als Drucksache 16/10808 beigegeben (s. S. 52, aber auch anderwärts):
„Nach Absatz 1 Buchstabe b gewährleisten die Vertragsstaaten, dass Menschen mit Behinderungen die Freiheit nicht rechtswidrig oder willkürlich entzogen wird und dass jede Freiheitsentziehung im Einklang mit dem Gesetz erfolgt. Diese Vorschrift bezieht sich auf Artikel 9 Abs. 1 Satz 2 Zivilpakt. Absatz 1 Buchstabe b stellt dabei ausdrücklich fest, dass eine Freiheitsentziehung allein aufgrund des Vorliegens einer Behinderung in keinem Fall gerechtfertigt ist. Sowohl aus Absatz 1 Buchstabe b als auch aus Absatz 2 ergibt sich, dass eine Freiheitsentziehung auch bei behinderten Menschen nicht grundsätzlich ausgeschlossen ist. Voraussetzung ist allerdings, dass zur Behinderung besondere Umstände hinzutreten müssen, die die Entziehung der Freiheit erforderlich machen. Das ist etwa der Fall, wenn nur mittels der Freiheitsentziehung eine Selbst- oder Fremdgefährdung vermieden werden kann. Sofern also zusätzliche Umstände vorliegen, die eine Freiheitsentziehung rechtfertigen, kann diese auch dann zulässig sein, wenn die die Freiheitsentziehung begründenden Umstände mit einer Behinderung zusammenhängen.“ „Diesen Vorgaben“, so der nächste Absatz, *„entspricht die Rechtslage in der Bundesrepublik Deutschland. ... Entsprechende Voraussetzungen bestehen für die Unterbringung aufgrund derjenigen Landesgesetze, die Schutz und Hilfe für psychisch kranke Menschen regeln.“*
Mit kürzeren Worten: die BRK wurde deswegen von Bundesregierung und Bundestag angenommen, genauer, sie wurde nur insoweit angenommen, als sich nach Maßgabe der deutschen Exekutive und Legislative nichts ändern muss. Die Republik stellt ein gelobtes Land für Behinderte aller Art da. Deswegen kann sie auch – biblisch formuliert – gewaltverstockt bleiben. Denn Zwang ist in ihrem Freiheitsverständnis, soweit es Grund- und Menschenrechte angeht, als ihrem Kerngehäuse enthalten.

5. Mit Ausnahme des hier nicht zu thematisierenden bürgerlich praktizierten Dissens´ bleibt nur eine doppelte Hoffnung: (a) Die Hoffnung auf die Entscheidungen des Bundesverfassungsgerichts. An künftigen Fällen, an denen das BVerfG seine Maßstäbe über den jeweiligen Fall hinaus wiederholen, fortschreiben, vielleicht sogar neu entwickeln kann, wird´s nicht mangeln, selbst wenn sich das Gericht zulassungssparsam verhalten sollte. (b) Die Hoffnung an den Bundesgesetzgeber vor allem die Länderparlamente. Hoffnungen auf die Psychiaterinnen und Psychiater kollektiv als Organisation und an jede diesen Beruf ausübende Person verstehen sich aufgrund des Dargestellten (s. vor allem Kapitel IV.). Sie sind aber ohne äußeren Schub infolge des conflict of interest und professioneller raison d´ être im Ringelreihen von Kompetenz und Geld über Einzelne hinaus unwahrscheinlich.

5.a. Nöte und Notwendigkeiten des Bundesverfassungsgerichts. Wir wählen im Folgenden den juristisch beliebten Modus des Indikativs.

5.a.1. Die konstitutive Norm des Grund- und Menschenrechts der zu Begriff und Wirklichkeit einer Person als notwendige Bedingung gehörenden selbstbestimmten Integrität schließt Zwangseingriffe aller Art aus. Das hat die Entscheidung des BVerfG im Maßstabsteil seiner Entscheidung klar und deutlich gemacht.

5.a.2. Das Verfassungsgericht scheitert mit dem Versuch, Zwang in verklausulierter Form einzuführen, so psychisch Behinderte ihren Willen nicht eindeutig artikulieren können.

5.a.3. Dagegen sprechen zwei Gründe, die jede Zwangsmaßnahme kennzeichnen. Zum einen: Zwang lässt sich nicht hegen. Der sozialen und zugleich menschenrechtswidrigen ´Natur der Zwangssache´ nach sind keine rechtlich allgemeinen oder sonstigen sozialen Regelungen voranzustellen, die eine Hegung möglich machten. Zum zweiten, und noch einschneidender: Die nur von außen und stellvertretend feststellbare Unfähigkeit eines behinderten Menschen, sich nach üblichem Eindruck frei und selbst zu entscheiden, stellt keine Lücke dar, die Zwangseinbruch legitimierte. Die Integrität des Körpers eines Menschen ist für alle Außenstehenden, gleich welcher Kompetenz, nicht zu beurteilen und nicht zwangsweise zu verändern. Sie darf

could ´guard securely´ and return ´better men´. ... Vgl. zusätzlich: David J. Rothman and Sheila M. Rothman: Trust is Not Enough. Bringing Human Rights to Medicine, New York Review of Books New York 2006, S. 419 f.

nur durch das Subjekt des Körpers und im Körper bestimmt werden. Wenn sprachliche und andere Erkundungen des Willens der Person erfolglos bleiben, bleibt die unverletzliche Integrität.

5.a.4. Hilfsweise ist hinzuzufügen, dass ein konstitutives Menschen- und Grundrecht unter normalen Umständen gilt. Ausnahmen bestimmen im Zusammenhang von Menschen und ihren nötigen Rechten (durch Rechte geschaffenen und erlaubten Bedingungen) nie und nimmer die Regel.

5.a.5. In einem anderen Fall hat das BVerfG in Sachen Luftsicherheitsgesetz – 1 BvR 357/05 – am 15.2.2006 entschieden, dass es *"unter der Geltung des Art. 1 Abs. 1 GG schlechterdings unvorstellbar"* sei, *„auf der Grundlage einer gesetzlichen Ermächtigung unschuldige Menschen ... gegebenenfalls sogar unter Inkaufnahme solcher Unwägbarkeiten* (wie Prognosen, d. Verf.) *vorsätzlich zu töten."* Wenige Sätze später heißt es: *„Für die verfassungsrechtliche Beurteilung ist allein entscheidend, dass der Gesetzgeber nicht durch Schaffung einer gesetzlichen Eingriffsbefugnis zu Maßnahmen der in § 14 Abs. 3 LuftSiG geregelten Art gegenüber unbeteiligten, unschuldigen Menschen ermächtigen, solche Maßnahmen nicht auf diese Weise als rechtmäßig qualifizieren und damit erlauben darf. Sie sind als Streitkräfteeinsätze nichtkriegerischer Art mit dem Recht auf Leben und der Verpflichtung des Staates zur Achtung und zum Schutz der menschlichen Würde nicht zu vereinbaren."*[24]
Diese Entscheidung bietet sich im vorstehenden Zusammenhang unter zwei Aspekten zur Analogie an.
Zum einen: dass das Grundrecht auf Leben und der Schutz menschlicher Würde (Art. 2 Abs.1 GG und Art. 1 Satz 1 GG) nicht zur indirekten, mit einem spekulativen Element versehenen Sicherung anderer zur Disposition gestellt werden darf. Das gilt gleicher Weise für Art. 2 Abs. 2 GG, der mit den beiden anderen Grund- und Menschenrechten unmittelbar verbunden ist.
Zum anderen hat die Entscheidung zum Luftsicherheitsgesetz mit gutem Grund, wenngleich ohne die Konsequenzen zu ziehen (und ziehen zu müssen), die Grenze rechtlicher Sicherungsmöglichkeiten vorab, und wären sie noch zu erwünscht, festgestellt. Zukünftige Ereignisse lassen sich nur rechtlich versichern, indem man das Recht und die ihm intrinsisch verbundene Sicherheit entsichert, sprich einen grundrechtsbasierten Rechtsstaat aufhebt.

5.a.6. Das Bundesverfassungsgericht ´lebt´, wie Oliver Lepsius an den Entscheidungen und ihrem Urteilstenor zusammen mit ihrem Geltungskontext festgestellt hat, von der Maßstäblichkeit. Sie zeichnet die Eigenart dieses Gerichts und seiner Wirkungen aus. Hier ist nicht der Ort, sich auf den vermittelnden Charakter zwischen prinzipieller Norm und Fallanwendung und ihren daraus erwachsenden mythologischen Januskopf einzulassen. Den Ausschlag gibt, soweit die Menschenrechte darunter verstanden werden, ob die vermittelnden Normen, wie vor allem der „Grundsatz der Verhältnismäßigkeit" mehr als einen fast inflationierten Diskurstopos bedeuten. Das hängt vor allem und zunächst vom Bundesverfassungsgericht selbst ab. Ob es nämlich gelingt, die principia media, an den konstitutiven Normen festzumachen. Dann wird eine Vermittlungseskalation von normoben und von fallunten möglich. Das aber besagt, dass der vermittelnde Maßstab a la Verhältnismäßigkeit nur dann wahrhaft vermitteln und fallspezifisch urteilend benutzt werden kann, wenn er an die konstitutive Norm interpretationsschlank, das heißt so eindeutig wie sprachlich möglich angebunden ist. Dazu ist es vonnöten, dass das Bundesverfassungsgericht Art. 2 Abs. 2 GG im Sinne der Interpretation der BRK außerkonventionell und uneingeschränkt als norma normans begreift. Dann bleiben keine Zwangslücken.

5.b.1. Bundestag und sämtliche Landtage haben eine höchst innovative und stimulierende Aufgabe. Das setzt voraus, dass sie die Grund- und Menschenrechte als Normen verstehen, akzeptieren und gebrauchen, von denen dafür einschlägige Gesetze ausgehen und auf deren je spezifische Umsetzung einzelne Gesetze hinauslaufen.

5.b.2. Die Grundrechts- und Menschenrechtsbindung des Gesetzgebers bedeutete, dass der Bundestag die Aufgabe hat, das Bürgerliche Gesetzbuch, das Strafrecht und das Familienrecht dem Recht auf Patientenverfügung (§ 1901a bis 1901e) und der BRK anzugleichen. Andere Artikel oder Paragraphen sind zu kassieren oder angemessen zu modifizieren. Es geht nicht an, wie oben angeführt worden ist, in Sachen BRK pauschal zu behaupten, sie gälte in der Bundesrepublik. Alle Bestimmungen, die potentiellen Zwang erlauben, stehen teils anderen Gesetzen, teils Geist und Buchstaben der BRK entgegen. Gelingen dürfte die Aufgabe des Bundesgesetzgebers nur, wenn ein den Zeitproblemen gemäß verändertes Verständnis der durchgehenden Wirkung der Grund- und Menschenrechte mehrheitsfähig wird.

5.b.3. Die PsychKGs können im Lichte der Entscheidung der März- und der Maientscheidung 2011 des BVerfG keinen Bestand haben. Diese Feststellung gilt für die in den Entscheidungen des BVerfG direkt behandelten Paragraphen. Darüberhinaus gilt sie für die PsychKGs insgesamt – um die §§ der Sicherungsverwahrung an dieser Stelle auszusparen. Wie dargestellt worden ist, atmen die PsychKGs insgesamt einen vorgrundrechtlichen Geist und vertäuen diesen in Artikeln. Die Länderparlamente könnten fast keinen erheblicheren Beitrag zur lebendigen, grund- und menschenrechtlichen Verfassung leisten, damit auch zur demokratischen Lebendigkeit deutschen Föderalismus', als wenn sie PsychKGs als reine Hilfs- und Beratungsgesetze der Behindertenrechtskonvention angemessen verabschiedeten.

Anschrift der Gutachter:
RA Thomas Saschenbrecker
Friedrichstr. 2
76275 Ettlingen
www.psychiatrierecht.de

RA Dr. Eckart Wähner
Kurfürstenstr. 23
10785 Berlin
www.ra-waehner.de

[24] vgl. Komitee für Grundrechte und Demokratie: Wider den rechtsblinden Antiterrorismus. Konsequenzen aus der Wüde des Menschen und seiner Freiheit. Zur Entscheidung des Bundesverfassungsgerichts in Sachen (Luft-)Sicherheit.

Berlin, den 20.9.2011

BEHINDERUNG, MENSCHENRECHTE UND ZWANG:
Notwendige bundes- und länderrechtliche Folgen – Konsequenzen für die Psychiatrie als praktische Wissenschaft
– **Kurzfassung des Gutachtens** –

Vorbemerkung
Das Gutachten wurde anlässlich der Entscheidung des Bundesverfassungsgerichts vom 23. März 2011 in Sachen Zwangsbehandlung einer im Pfalzklinikum Klingenmünster im Maßregelvollzug untergebrachten Person (BVerfG, 2 BvR 882/09) formuliert

I. Das generelle, personengerichtete Zwangsverbot.
Das Bundesverfassungsgericht hat am 23.3.2011 gegen die Zwangsbehandlung einer psychisch behinderten Person in Rheinland-Pfalz entschieden. Zwangsbehandlung, im gegebenen Fall eine solche mit Neuroleptika, verstoße gegen das Menschen- und Grundrecht. Jede Person hat über den Umgang mit der Integrität des eigenen Körpers (und der Psyche) selbst zu entscheiden. Damit hat das BVerfG nicht nur den § 6 Abs.1 Satz 2 Halbsatz 1 des rheinland-pfläzischen Landesgesetzes über den Vollzug freiheitsentziehender Maßregeln als grundrechtswidrig erkannt. Es hat in seinen Leitsätzen, Maßstäben und fallspezifischen Folgerungen alle PsychKGs der Bundesländer samt den mit ihnen verbundenen oder gesondert erlassenen Maßregelvollzugsgesetzen für grundsätzlich und gründlich gesetzgeberisch revisionsbedürftig befunden. Alle PsychKGs mitsamt den Maßregelvollzugsgesetzen erlauben mit einer Kaskade unbestimmter Rechtsbegriffe eine Reihe unklar unterschiedener und kontrollierter Zwangsformen. Sie kreisen, dem Heilzweck entgegen, um den Zwang. Und alle diese Zwangsformen verstoßen, obgleich graduell verschieden, gegen die selbstbestimmte Unversehrheit psychisch behinderter Menschen. In absehbarer Zeit sind also die Gesetzgeber des Bundes und vor allem der Länder zu fleißiger Arbeit angehalten. Sie drängt. Um die Bundes- und die Ländergesetze und Praktiken gegenüber behinderten Menschen grund- und menschenrechtskomform zu normieren und einzurichten.

II. Die ebenso generelle Selbstbestimmung der Person, was mit ihr und ihrem Körper geschieht.
Das BVerfG hat Art. 2 Abs. 2 Satz 1 GG menschenrechtlich zutreffend als Aktivrecht jeder Person ausgelegt: *„Jeder hat das Recht auf Leben und körperliche Unversehrtheit.“* In Art. 2 Abs. 2 Satz 2 GG heißt es konsequent: *„Die Freiheit der Person ist unverletzlich.“* Das heißt: jede oder jeder erfährt sich als Person, indem sie oder er über sich, das eigene Leben und eigene Unversehrheit zu allererst ihres/seines Körpers selbst entscheidet. Darum ist es unzulässig, stellvertretend, und sei es als Psychiater aus gesundheitlichen oder anderen Gründen der Rehabilitation, eine Person irgend zwangsweise zu behandeln. Die Selbstbestimmung des Menschen schließt alle kranken oder gesunden Befindlichkeiten ein.

III. Das konsequent erweiterte Verständnis der Grund- und Menschenrechte als personale, sprich von jedem Menschen in ihrer Bedeutung selbst bestimmte Normen.
Indem das BVerfG über die historisch herkömmliche Begrenzung des Kerns der Menschenrechte als Abwehrrechte hinausgeht, folgt es der Behindertenrechtskonvention der Vereinten Nationen von 2006. Sie ist auf Vorschlag der Bundesregierung im Dezember 2008 vom Deutschen Bundestag als Gesetz übernommen worden. Die Behindertenrechtskonvention geht darüber hinaus. Folgerichtig im Sinne der Wirklichkeit des Menschen und seiner sozialen Bedingungen. Sie verlangt – und der Deutsche Bundestag hat dieses normierte Verlangen als eigenes Bundesgesetz übernommen –, dass die sozialen, technischen und wissenschaftlichen Bedingungen zu schaffen seien, Behinderungen zu überwinden oder zu relativieren. Damit die Behindertenrechtskonvention nicht nur deklamatorischen Lärm mache. Die Behinderten würden dann um ihre Grund- und Menschenrechte gebracht, obwohl sie nominell gelten.

IV. Die Inkonsequenz des BVerfG und in Art. 12 Abs.4 auch der Behindertenrechtskonvention.
Sie öffnen dem zwangsweisen Umgang mit psychisch Behinderten unter eine Fülle von Vorbehalten und Kontrollpostulaten einen Spalt. Explizit das BVerfG; implizit die Behindertenrechtskonvention, indem sie nur dann nötige Anforderungen statuiert. Das BVerfG sieht unter Auflagen dann eine Zwangsbehandlung psychisch Behinderter als eventuell geboten an, wenn die psychisch behinderte Person zu einer eigenen, selbstbestimmten Willensäußerung nicht in der Lage sei. Dann könnten psychiatrische oder ärztliche Eingriffe geboten sein, so sie um der Gesundheit und des Lebens wegen erforderlich seien und die der Hilfe bedürftige Person über keinen eigenen Willen verfüge.

V. Das BVerfG – und indirekt die Behindertenrechtskonvention – erliegt in seinem vorbehalts- und kontrollvollen Zugeständnis zwangshafter Behandlung von

Menschen normativen und, sich überschneidend, allgemeinen historisch-empirischen und wissenschaftlichen Fehlannahmen.

V.a. Das Menschen- und Grundrecht, das eine Person ausmacht (konstituiert), ihre selbstbestimmte Unverletzlichkeit, wird gegebenenfalls verletzt. Damit wird eine Einbruchstelle in den selbstbestimmten Schutzdamm einer Person vorgesehen. Sie kann unter Umständen das Menschen- und Grundrecht und mit ihm die Person insgesamt aufheben, jedenfalls unter Zwangskuratell stellen. Das ist nach dem Menschen tragenden Prinzip des Grund- und Menschenrechts nach Art. 2 Abs. 2 GG nicht erlaubt. Kein nicht schicksalshaft geschaffener sondern von Menschen gesehener, ausgelegter und mit Handlungsfolgen versehener Ausnahmezustand darf die normierende Norm relativieren. Dann stünde sie unvermeidlich zur Disposition. Selbst wenn die ´besten Absichten´ damit verbunden würden. Die Spuren der Geschichte schrecken.

V.b. Alle lebenden Wesen, Menschen in Sonderheit sprechen verschiedene Sprachen. Sprechsprachen, Körpersprachen, Gebärdensprachen, Schmerzsprachen. An den taubblinden Menschen wurde dies lange verkannt. Auf diese und andere Botschaften ist zu achten. Die Integrität eines Menschen hat eine so große, eben Menschen mitschaffende Bedeutung, dass sie insoweit objektiv zu achten ist. Sie ist allein in diversen Formen und Sprachen vom Subjekt zu erschließen, das sein Körper ist. Stellvertretende Schlüssel sind nicht zulässig. Sie würden zwangsweise in vermeintliche Schlösser zwangserschließend gesteckt. Darin droht die Analogie zur Folter und ihrem Verbot.

V.c. Wissenschaftlerinnen/Wissenschaftler und praktische, mit ihnen verbundene Berufe können und sollen behinderten Menschen helfen. An deren Anfang und an Ende steht jedoch die objektive, nur vom betreffenden Subjekt erschließbare Unversehrtheit. Wissenschaftlich analytische und wissenschaftlich angeleitete praktische Hilfe ist zusätzlich durch diagnostisch kognitive und therapeutisch heilende Grenzen die Fülle ausgezeichnet. Das erfordert im vermeintlich kausalanalytischen medizinischen Bereich die Anerkenntnis der Grenzen der Einsicht und entsprechend begrenzte Handlungen. Sie vermehren sich in Therapie oder neuerdings in der Prävention. Uneingeschränkt geboten aber ist, dass das entscheidende diagnostische und therapeutische Wort der Patient spricht oder auf vermittelte Weise kundgibt. Das ist der Sinn der Patientenverfügung. Die Grenzen diagnostischen und therapeutischen Wissens und Könnens sind im Bereich psychischer Befindlichkeiten und Behinderungen ungleich früher, nachhaltiger und komplexer gegeben. Darum orientiert sich ein Teil der psychiatrischen und psychotherapeutischen Professionen zu Unrecht an dem seinerseits vielfach brüchigen und ambivalenten Paradigma naturwissenschaftlich prozedierender Medizin. Darum sind Diagnosen und therapeutische Praktiken der Berufe im Feld psychischer Behinderungen geradezu voll von ´Unschärferelationen´, von Placeboeffekten und – meist vertuschten – Kollateral-, ja Hauptschäden an den behandelten Patienten. Zwangseingriffe aller Art geschehen allein um professionelle und finanzielle Interessen durch eine Heiltäuschung zu übertünchen. Und sei es die kognitive Dissonanz der psychiatrisch tätigen Person selbst. Man verkennt den Zwang und seine in ihm steckenden Risiken und inhumanen Zwänge. Man übersieht mit einer auf Heilen eingestellten Brille und ihrer Dioptrienzahl die unvermeidlichen negativen Folgen gerade für psychisch Behinderte.

V.d. Das BVerfG und, soweit sie in diesem Zusammenhang zu erwähnen ist, die Behindertenrechtskonvention der Vereinten Nationen, sehen eine systematisch anmutende Reihe von Verfahren vor. Sie sollen gegebenenfalls professionell für nötig erachtete Zwangseingriffe bei Personen legalisieren und dadurch legitimieren, die nicht die normale Sprache sprechen. Besagte Reihe beginnt mit der Aufgabe des Gesetzgebers, klare und eindeutige Gesetze zu verabschieden. Sie endet mit psychiatrisch professionellen und von Richtern zu übenden Kontrollen. Das vorgeschlagene, freilich eines ´Systems´ entbehrende Auflagen- und Kontrolldickicht beeindruckt ´an sich´; abstrakt; ob bester Absicht. Alle reichhaltigen Erfahrungen rechtlich-bürokratischer Komplexe aus jüngerer Vergangenheit und aus der Gegenwart belegen jedoch und bestätigen aufgrund sozialwissenschaftlicher Analyse das Ergebnis: Normale Unfälle sind die Folge inmitten eines Kompetenz-, samt Kontrollwirrwarrs. Letzteres erlaubt alles Mögliche nur eines nicht: Eine Zurechnung von Verantwortlichkeiten, vom zuvor versäumten Schutz behinderter Menschen nicht zu reden. Die teilweise Lizensierung von Zwang durch das BVerfG perfektioniert ihre Entmündigung. Das kann, das darf das Bundesverfassungsgericht nicht wollen.

VI. Die Gesetzgeber an erster Stelle, ansonsten die behinderten Menschen zugewandten Institutionen und Berufsvertreter, und nicht zuletzt eine Grund- und Menschenrechte ernst nehmende Öffentlichkeit, haben das Privileg Gesetze zu verabschieden oder zu befürworten, die zwangsfrei allen Interessen dienen. Mit der Einschränkung: Dass Grund- und Menschenrechte bei allen Menschen und darum zuerst bei behinderten Menschen uneingeschränkt ernst genommen werden. Nach dem pathetischen Motto, das an die römischen Konsuln u.a. adressiert war: Mögen zuerst die Abgeordneten des Bundes und der Länder darauf sehen, dass den Grund- und Menschenrechten mitsamt der Demokratie nicht weiterhin Schaden zugefügt werde. Der schadenfreie Beginn hebt an mit dem radikalen Zwangsverzicht gegenüber behinderten Menschen.

Johannes Callsen

Vorsitzender der CDU-Fraktion
im Schleswig-Holsteinischen Landtag

24105 Kiel · Landeshaus
Düsternbrooker Weg 70
Telefon: (0431) 988 - 14 10
Telefax: (0431) 988 - 14 03
johannes.callsen@cdu.ltsh.de

Bundesarbeitsgemeinschaft
Psychiatrie-Erfahrener e.V.
Herrn René Talbot
Herrn Uwe Pankow
Herrn Andrzej Skulski
Greifswalder Straße 4
10405 Berlin

Kiel, 7. November 2011

Sehr geehrte Herren Talbot, Pankow und Skulski,

herzlichen Dank für Ihr Schreiben vom 27. Oktober 2011 zur Entscheidung des Bundesverfassungsgerichts vom 23. März 2011 mit den beigefügten Unterlagen.

Ihre grundsätzliche Position zur „Zwangsbehandlung" bei psychischen Erkrankungen halte ich für nachvollziehbar. Ich sehe allerdings auch, dass es anders lautende Meinungen und Gegengründe gibt. Sie setzten den Schwerpunkt sehr deutlich bei den Grundrechten des Bürgers als Individuum. Andere legen ihr Augenmerk stärker auf Aspekte der Sicherheit oder auf die Grenzen der Inanspruchnahme der Gemeinschaft durch den Einzelnen.

Die verfassungsrechtlichen Anforderungen, denen sich ein Gesetzgeber zu stellen hat, wenn er all diese unterschiedlichen Interessen miteinander in Einklang bringen muss, werden an der Entscheidung des Bundesverfassungsgerichts exemplarisch deutlich. Sorgsames Abwägen ist geboten:

> *„Die medizinische Zwangsbehandlung eines Untergebrachten greift in schwerwiegender Weise in dessen Grundrecht aus Art. 2 Abs. 2 Satz 1 GG ein (I.). Zwar kann ein solcher Eingriff, auch zur Erreichung des Vollzugsziels, im Einzelfall gerechtfertigt sein. Aus dem Grundsatz der Verhältnismäßigkeit ergeben sich jedoch strenge Anforderungen an die Zulässigkeit des Eingriffs. Dies betrifft sowohl die materiellen Eingriffsvoraussetzungen als auch deren Sicherung durch verfahrensrechtliche Vorkehrungen. Die Eingriffsvoraussetzungen müssen in hinreichend klarer und bestimmter Weise gesetzlich geregelt sein (II.). Diesen Anforderungen genügt die Eingriffsermächtigung des § 6 Abs. 1 Satz 2 Halbsatz 1 MVollzG Rh.-Pf. nicht (III.)"*
>
> [...]
>
> *1. Ungeachtet der Schwere des Eingriffs, der in der Zwangsbehandlung eines Untergebrachten liegt, ist es dem Gesetzgeber nicht prinzipiell verwehrt, solche Eingriffe zuzulassen. Dies gilt auch für eine Behandlung, die der Erreichung des Vollzugsziels (§ 136 StVollzG, § 1 Abs. 2 MVollzG Rh.-Pf.) dient, also darauf gerichtet ist, den Untergebrachten entlassungsfähig zu machen* (BVerfG, 2 BvR 882/09 vom 23.3.2011, Absatz-Nr. 38 und 45).

Zwangsbehandlungen hält das Gericht also nicht generell – auch nicht auf Grund der Grundrechte – für unzulässig. Aber der Gesetzgeber muss, wenn er sich für diesen Weg entscheidet, stets den Verhältnismäßigkeitsgrundsatz beachten, er muss klare Eingriffsvoraussetzungen formulieren und er muss zu Gunsten der Betroffenen die richtigen verfahrensrechtlichen Vorkehrungen und Sicherungen treffen.

Ich halte es deshalb – entgegen Ihrer Einschätzung – auch nicht für eine „Weitergabe des schwarzen Peters", wenn das Bundesverfassungsgericht die Zuständigkeit für Regelungen beim Gesetzgeber sieht. Wer sollte denn sonst – außer den vom Volk gewählten Parlamenten – solche folgenreichen Regelungen beschließen? Die Aufgabe der Gerichte oder der Verwaltungen kann dies in einer Demokratie nicht sein. Vor diesem Hintergrund werden Sie verstehen, dass ich „den schwarzen Peter" auch nicht einfach – wie gewünscht – zurückweisen kann.

Versichern möchte ich Ihnen, dass wir die hier liegende verfassungsrechtliche Problematik durchaus ernst nehmen. Ich habe mir deshalb erlaubt, Ihre Anregungen auch den Kollegen in den zuständigen Arbeitskreisen der CDU-Landtagsfraktion zur Kenntnis zu geben. Wir werden sehen, welcher Handlungsbedarf sich für das Schleswig-Holsteinische Landesrecht ergibt. Dabei bitte ich aber um Verständnis, wenn ich dem Weiteren an dieser Stelle nicht vorgreife.

Sagen möchte ich allerdings auch, dass ich den von Ihnen – als Vorstand der Arbeitsgemeinschaft – geäußerten Satz „*Wir wollen genau so gefährlich sein dürfen wie alle anderen auch*" für eine sehr unglücklich gewählte Zielformulierung halte. Schließlich habe ich auch die Schilderung des Tathergangs aus der von Ihnen angeführten BVerfG-Entscheidung (Absatz 11) zur Kenntnis genommen, die ja als eine (Mit-)Ursache und Auslöser der gesamten Diskussion zu sehen sind. Weil es gerade auch solche Beispiele sind, um die es hier geht, kann die gewählte Überspitzung auch Missverständnisse oder Vorbehalte erzeugen.

Meine Wertschätzung für Ihr Engagement möchte ich gleichwohl nicht unausgesprochen lassen und verbleibe

mit freundlichen Grüßen

Bundesarbeitsgemeinschaft Psychiatrie-Erfahrener e.V.

Geschäftsstelle:
Haus der Demokratie und Menschenrechte
Greifswalder Straße 4
10405 Berlin
Fax: 030-7828947
die-bpe@gmx.de
www.die-bpe.de

die-BPE ● Greifswalder Straße 4 ● 10405 Berlin

An den Vorsitzenden der CDU Fraktion
im Schleswig-Holsteinischen Landtag
Herr Johannes Callsen
Düsternbrooker Weg 70
24105 Kiel

Mittwoch, 21. Dezember 2011

Sehr geehrter Herr Callsen,

vielen Dank für Ihr Schreiben vom 7.11.2011., das allerdings einige Fragen aufwirft:
Sie schreiben: *Aber der Gesetzgeber muss, wenn er sich für diesen Weg entscheidet, stets den Verhältnismäßigkeitsgrundsatz beachten, er muss klare Eingriffsvoraussetzungen formulieren und er muss zu Gunsten der Betroffenen die richtigen verfahrensrechtlichen Vorkehrungen und Sicherungen treffen.* Der Verhältnismäßigkeitsgrundsatz mag für vieles zutreffen, aber ganz sicher nicht für alles – z.B. gibt es überhaupt keine denkbare Verhältnismäßigkeit für die rechtstaatliche Anwendung von Folter oder eine Vergewaltigung. Genauso verhält es sich mit der gewaltsam durchgesetzen Erduldung von Körperverletzung, wie die psychiatrische Zwangsbehandlung eine ist. Insbesondere kann das Schleswig-Holsteinische PsychKG diese nicht grund- und menschenrechtskonform regeln. In Ihrem Schreiben klingt aber an, dass Sie das eventuell doch für machbar halten. Ist Ihnen eigentlich wirklich klar, dass es **niemals** eine gesetzliche Grundlage für die gewaltsam zu erduldende Körperverletzung in der Psychiatrie gab? Denn das GG wurde nicht am 23.3.2011 geschaffen, sondern seit fast 62 Jahren gelten die Artikel 1 und 2 des GG, die das BVerfG endlich, endlich mit den gesetzlichen Grundlagen von Zwangsbehandlung in der Psychiatrie nicht nur in Baden-Württemberg und Rheinland-Pfalz für unvereinbar erkannt hat; und zwar unvereinbar nicht nur mit der aktuellen Version des Schleswig-Holsteinischen PsychKGs, sondern mit allen entsprechenden Gesetzen seit Bestehen dieser Republik. Deshalb ist 2011 zweimal die Zwangsbehandlungsermächtigung eines Gesetzes sofort wirksam genichtet worden, und vom BVerfG eben keine Zeitvorgabe gemacht worden, in der ein Landtag gesetzlich etwas „nachbessern“ könnte oder gar müsste, sondern ein grund- und menschenrechtliches Staatsverbrechen wurde als solches erkannt und sofort wirksam gestoppt.

In Ihrem Schreiben argumentieren Sie im Weiteren mit einem uns befremdenden Paternalismus, der uns anempfiehlt, dass wir wegen des Tathergangs, der in dem Beschuss

vom 23.2.2011 geschildert wird, darauf verzichten sollten, auf eine genau gleiche rechtstaatliche Behandlung von „Gefährlichkeit“ aller Bürger nach genau gleichen Kriterien zu bestehen und die Aufhebung aller diskriminierenden Sondergesetze für angeblich oder tatsächlich „psychisch Kranke“ zu fordern. Das sei eine *Überspitzung, die Missverständnisse oder Vorbehalte* erzeugen könne.
Aber ganz genau die rechtliche Diskriminierungsfreiheit ist die zentrale Forderungen der UN-Behindertenrechtskonvention (BRK), die am 1.1.2009 verbindliches Recht in der BRD geworden ist, aber permanent weiter völlig missachtet wird. Auch der Schleswig-Holsteinische Landtag hat bisher die Erklärung, die das UN-Hochkommissariat für Menschenrechte in einem Bericht* an die Vollversammlung der UN zur Behindertenrechtskonvention (BRK) am 26.1.2009 vorlegte, schlichtweg ignoriert. Darin wird zu Punkt 5. *Recht auf Freiheit und Sicherheit der Person* im Abschnitt 48. und 49. folgendes unmissverständlich zum Ausdruck gebracht:

> *48. Eine besondere Herausforderung im Rahmen der Förderung und des Schutzes des Rechts auf Freiheit und Sicherheit der Menschen mit Behinderungen ist die Gesetzgebung und die Praxis im Bezug auf die Gesundheitsversorgung und insbesondere zur Unterbringung ohne die informierte Zustimmung der betroffenen Person (oft auch als unfreiwillige oder erzwungene Unterbringung bezeichnet). Bevor die Konvention in Kraft getreten ist, war die Existenz einer geistigen oder psychischen Behinderung im Rahmen internationaler Menschenrechte ein rechtmäßiger Grund für die Entziehung der Freiheit und Einsperrung.[42] Das Übereinkommen wendet sich radikal von diesem Ansatz dadurch ab, dass jeder Freiheitsentzug auf der Grundlage der Existenz einer Behinderung, einschließlich einer psychischen oder geistigen Behinderung, als diskriminierend verboten ist. In Artikel 14 Absatz 1 (b) des Übereinkommens heißt es unmissverständlich, dass "das Vorliegen einer Behinderung in keinem Fall eine Freiheitsberaubung rechtfertigt". Während der Ausarbeitung des Übereinkommens wurden die Vorschläge verworfen, die das Verbot der Inhaftierung auf die Fälle von "allein" Behinderung begrenzen wollten[43]*
> [Anmerkung die-BPE: Genau diese verworfenen Vorschläge hat insbesondere die Bundesregierung als Vorwand dafür genommen, die BRK zu hintergehen]*. Dies hat zur Folge, dass rechtswidrige Einsperrung auch die Situationen umfasst, in denen der Entzug der Freiheit mit einer Kombination von einer psychischen oder geistigen Behinderung und anderen Elementen wie Gefährlichkeit oder der Betreuung und Behandlung begründet wird. Da diese Maßnahmen teilweise durch die Behinderung einer Person gerechtfertigt werden, sind sie diskriminierend und verletzen das Verbot eine Freiheitsentziehung aufgrund von Behinderung und das Recht auf Freiheit auf gleicher Grundlage mit anderen nach Artikel 14.*
>
> *49. Gesetzgebung, die zur Unterbringung von Menschen mit Behinderungen aufgrund ihrer Behinderung ohne ihre freie und informierte Zustimmung ermächtigt, muss abgeschafft werden. Das muss sowohl die Abschaffung der Gesetzgebung umfassen, die die Unterbringung von Personen mit Behinderung ohne deren freie und informierte Zustimmung legalisiert, als auch die Abschaffung von Gesetzen, die die Schutzhaft von Menschen mit Behinderung in Fällen wie der Wahrscheinlichkeit, eine Gefahr für sich*

---

* Siehe: http://www2.ohchr.org/english/bodies/hrcouncil/docs/10session/A.HRC.10.48.pdf

selbst oder für andere zu sein und in allen Fällen, in denen die Fürsorge, die Behandlung oder die öffentliche Sicherheit mit einer vermuteten oder diagnostizierten psychischen Krankheit verbunden wird, legalisieren....

---

[42] *Siehe als Verweis die „Grundsätze für den Schutz von Personen mit psychischen Erkrankungen und der Verbesserung der psychischen Gesundheit", A/RES/46/119, im Internet unter: http://www.un.org/documents/ga/res/46/a46r119.htm .*

[43] *Im Laufe der dritten Sitzung des Ad-hoc-Ausschuss über eine umfassende und integrative Internationale Behindertenrechtskonvention zum Schutz und der Förderung der Rechte und der Würde von Menschen mit Behinderungen wurden Vorschläge gemacht, das Wort "alleine" in den Entwurf des damals als Artikel 10 Absatz 1 (b) bezeichneten Artikels einzufügen, der dann gelautet hätte: "Jede Freiheitsberaubung darf nur im Einklang mit dem Gesetz erfolgen und sie darf in keinem Fall alleine auf Behinderung beruhen.*

Das Land Schleswig-Holstein, dessen Regierung, aber insbesondere dessen gesetzgebendes Organ, der Landtag, hat durch die Zustimmung zur Ratifizierung der BRK am 19.12.2008 im Bundesrat rechtlich die Selbstverpflichtung übernommen, die Anforderungen der BRK zu erfüllen. Dies um so mehr als im GG in Artikel 1 Satz 2 steht:

(2) Das Deutsche Volk bekennt sich darum zu unverletzlichen und unveräußerlichen Menschenrechten als Grundlage jeder menschlichen Gemeinschaft, des Friedens und der Gerechtigkeit in der Welt.

Wir unterstellen, dass nicht nur Sie, sondern auch die Abgeordneten der anderen Parteien sich daran gebunden fühlen und die entsprechenden Konsequenzen ziehen wollen. Könnten Sie entsprechend nicht anregen, dass sich der zuständige Ausschuss des Landtags bei der Monitoringstelle der BRK, beim Deutschen Institut für Menschenrechte, erkundigt, was diese zu den Zwangsmaßnahmen im Schleswig-Holsteinischen PsychKG zu sagen hat?

Auf drei weitere Punkte möchten wir Sie aufmerksam machen und bitten, sie ergänzend zu unserem letzten Schreiben zu bedenken:

A) Am Ende unseres Briefes hatten wir im P.S. den BVerfG Beschluss vom 12.10.2011 mit dem Zeichen 2 BvR 633/11[**] erwähnt, in dem die Zwangsbehandlung entsprechend dem § 8 Abs. 2 Satz 2 des Unterbringungsgesetz von Baden-Württemberg mit Art. 2 Abs. 2 Satz 1 in Verbindung mit Art. 19 Abs. 4 GG für unvereinbar und nichtig erklärt wurde.
Diese Entscheidung begründet das Gericht u.a. im Absatz 41 folgendermaßen:

In Deutschland existieren, nachdem von der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN) in den neunziger Jahren initiierte Versuche zur Etablierung medizinischer Standards für Zwangsbehandlungen nicht zu einem Ergebnis geführt haben (vgl. ***Steinert****, in: Ketelsen/Schulz/Zechert,* ***Seelische Krise und Aggressivität, 2004, S. 44 <47>****), keine medizinischen Standards für psychiatrische Zwangsbehandlungen, aus denen mit der notwendigen Deutlichkeit hervorginge, dass Zwangsbehandlungen mit dem Ziel, den Untergebrachten entlassungsfähig zu machen, ausschließlich im Fall krankheitsbedingter Einsichtsunfähigkeit zulässig sind. Dass dementsprechend ein Bewusstsein hierfür in den medizinischen und juristischen Fachkreisen noch nicht allgemein verbreitet und eine gesetzliche Regelung, wie im Beschluss des Senats vom 23. März 2011 festgestellt,unverzichtbar ist, illustriert nicht zuletzt der vorliegende Fall, in dem weder die*

[**] www.bundesverfassungsgericht.de/entscheidungen/rs20111012_2bvr063311.html

Klinik noch die Fachgerichte sich mit der Frage, ob beim Beschwerdeführer eine krankheitsbedingte Unfähigkeit zur Einsicht in die Notwendigkeit der Behandlung besteht, auch nur ansatzweise auseinandergesetzt haben.

Das BVerfG hat auf diesen Text Bezug genommen, da er nachweist, dass die Psychiatrie gar keine Standards für Zwangsbehandlungen hat, sondern dass im Gegenteil die verschiedenen Anläufe, solche zu schaffen, alle gescheitert sind. Dieser schiere Willkürzustand müsste von Seiten der Psychiatrie erst beendet werden, bevor überhaupt wieder an eine gesetzliche Regelung gedacht werden könnte. Es stellt sich außerdem die prinzipielle Frage, ob es solche Standards überhaupt geben kann, oder ob die Psychiatrie schon allein deshalb an der Seele nichts standardisieren kann, weil sie sowieso keine Naturwissenschaft ist. So aber gibt es auf absehbare Zeit gar keine Möglichkeit mit der nötigen Klarheit und Bestimmtheit, wie sie vom BVerfG im Beschluss vom 23. März im Absatz 73 zur Bedingung gemacht wurde, eine gesetzliche Regelung zu schaffen. Wir fügen in der Anlage den Text von Prof. Tilman Steinert bei, auf den das BVerfG in seiner Entscheidung Bezug nimmt [oben im Zitat aus dem Absatz 41 fett von uns hervorgehoben]. Wir bitten Sie, diesen Text eines psychiatrischen Chefarztes ganz zu lesen, um zu verstehen, um was für eine Willkür es sich bei psychiatrischen Zwangsmaßnahmen handelt. Er ist eine gute Ergänzung zu dem Gutachten, das das Komitee für Grundrechte und Demokratie aus Anlass des Beschlusses des BVerfG vom 23.3.2011 bei Prof. Wolf-Dieter Narr und zwei im Psychiatrierecht besonders erfahrenen Anwälten in Auftrag gegeben hat und das wir unserem vorigen Brief beigelegt hatten.

B) Bedenken Sie: An keiner Stelle und mit keinem Wort hat das Bundesverfassungsgericht irgendeine Verpflichtung gesehen, ein Gesetz zur Körperverletzung, der Verletzung der körperlichen Unversehrtheit im Maßregelvollzug bzw. im Freiheitsentziehungsgesetz zu schaffen. Im Gegenteil: für die einzige vom BVerfG noch gesehene Möglichkeit der Rechtfertigung einer Behandlung gegen den aktuell geäußerten Willen, der Einwilligungsunfähigkeit, hat der Bundesgesetzgeber mit den neuen Paragraphen des Patientenverfügungsgesetzes seit 1.9.2009 alles ausdrücklich und erschöpfend geregelt: Sollte bei einem Einwilligungsunfähigen keine Patientenverfügung vorliegen, an die sich die Ärzte halten müssen, dann **muss** der mutmaßliche Wille anhand von **konkreten Anhaltspunkten,** also beweisbaren Tatsachen ermittelt werden. Irgendeine projektive Unterstellung eines Arztes, Richters, Betreuers oder Bevollmächtigten ist unzulässig. Eine solche projektive Unterstellung als Rechtfertigung wäre ein Verbrechen gegen das Grundrecht der körperlichen Unversehrtheit des Betroffenen.
Der Gesetzestext ist eindeutig (fett hinzugefügt):

§ 1901a Patientenverfügung
Der Betreuer hat dem Willen des Betreuten Ausdruck und Geltung zu verschaffen. Eine Patientenverfügung kann jederzeit formlos widerrufen werden.
(2) Liegt keine Patientenverfügung vor oder treffen die Festlegungen einer Patientenverfügung nicht auf die aktuelle Lebens- und Behandlungssituation zu, hat der Betreuer die Behandlungswünsche oder den mutmaßlichen Willen des Betreuten festzustellen und auf dieser Grundlage zu entscheiden, ob er in eine ärztliche Maßnahme nach Absatz 1 einwilligt oder sie untersagt. Der ***mutmaßliche Wille ist aufgrund konkreter Anhaltspunkte*** *zu ermitteln.* ***Zu berücksichtigen sind insbesondere frühere mündliche oder schriftliche Äußerungen,*** *ethische oder religiöse Überzeugungen und sonstige persönliche Wertvorstellungen des Betreuten.*

(3) Die Absätze 1 und 2 gelten unabhängig von Art und Stadium einer Erkrankung des Betreuten.

Der Bundesgesetzgeber hat per Gesetz den Willen einer Person bzw. deren Zustimmung in ärztliche Behandlung zum maßgeblichen und entscheidenden Kriterium für diese gemacht. **Gegen** diesen aktuellen Willen kann **dann, und nur dann,** behandelt werden, **wenn früher** in eindeutig einwilligungsfähigem Zustand von dem/der Betroffenen so einer Zwangsbehandlung **explizit zugestimmt wurde** und diese Zustimmung auch nie widerrufen wurde. Es kommt also in der Beurteilung der Situation gerade nicht mehr darauf an, was Ärzte für sinnvoll und notwendig halten oder was für eine Prognose sie stellen, sondern vorrangig ist, was der Betroffene aktuell will. Erst wenn der Betroffene als „krankheitsbedingt nicht zustimmungsfähig" abgeurteilt werden sollte, und irgendeiner Behandlung oder Untersuchung die Zustimmung verweigert, muss ermittelt werden, was der Betreffende früher gewünscht oder untersagt hat und nur, wenn dann anhand von konkreten Anhaltspunkten dessen frühere **Zustimmung zur Anwendung** von **Zwang** für eine **psychiatrische Behandlung** dokumentiert werden kann, kann ein Arzt, Betreuer, Bevollmächtigter oder ein Gericht an eine Behandlung auch gegen den Willen und unter Zwang denken, weil erst dann die ärztliche Beurteilung ins Spiel kommt.

MdB Jerzy Montag, der zusammen mit Joachim Stünker, Michael Kauch und anderen das Patientenverfügungsgesetz in den Bundestag einbrachte, hat es in seiner Rede vom 29.3.2007 im Plenum des Bundestag auf den Punkt gebracht:

*„Darf der **geäußerte** und eindeutige Wille des Patienten von Ärzten, Betreuern oder Gerichten in Zweifel gezogen werden? Ich meine, nein. Es kann nicht darum gehen, zu beweisen, dass der geäußerte Wille weiter gilt – das ist nie möglich –; vielmehr tragen diejenigen, die ihn anzweifeln, die **Beweislast**, dass er sich wirklich geändert hat."*

Diejenigen, die das geäußerte Nein eines Behandlungsunwilligen in Zweifel ziehen wollen, tragen also definitiv die **Beweislast**, dass dieses im augenblicklichen Zustand der Einwilligungsunfähigkeit geäußerte „Nein" einem früheren im Zustand der Einwilligungsfähigkeit unter Zeugen geäußerten „Ja, ich will in der Psychiatrie auch zwangsbehandelt werden" widerspricht. So eine mündliche Aussage müssten Zeugen unter Eid bestätigen (eine schriftliche Äußerung wäre die gesetzlich geregelte Patientenverfügung), dann, und nur dann, könnten die vom Bundesgesetzgeber bereits gesetzten Anforderungen für eine Zwangsbehandlung erfüllt werden.
Da dies unseres Wissens nie der Fall ist, gibt es also auch keinerlei rechtliche Begründung für einen Versuch, der psychiatrischen Zwangsbehandlung nochmals eine gesetzliche Grundlage zu verschaffen. Die Rechtsfortbildung hat so ein Ansinnen überholt.
Jedes Landesgesetz zur Legalisierung eine psychiatrische Zwangsbehandlung, das über diese Regelungen hinausgehend die Rechte des Betroffenen einschränken sollte, steht in Widerspruch zu dem vom Bundesgesetzgeber geschaffenen Patientenverfügungsgesetz. Es würde also die vom BVerfG angemahnte Widerspruchsfreiheit dabei verletzt.
Wir zitieren aus 2 BvR 882/09, Abs. 72 (fett hinzugefügt) :

*Zur notwendigen Erkennbarkeit des Norminhalts gehört die Klarheit (vgl. BVerfGE 78, 214 <226>; 115, 166 <190>; 119, 331 <366>; stRspr) und, als deren Bestandteil, **die Widerspruchsfreiheit** (vgl. BVerfGE 98, 106 <118 f.>; 108, 169 <181, 183>; 119, 331 <366>; stRspr) der Norm.*

C) In dieselbe Richtung geht, dass auch eine Organspende nur mit einer voraus erklärten Zustimmung möglich ist. Also muss sogar ein Toter durch eine vorweg erklärte Zustimmung

medizinisch für sinnvoll Gehaltenem explizit seine Genehmigung erteilen. Wie kann dann auch nur daran gedacht werden, die Körperverletzung Lebender gegen deren aktuell geäußerten Willen noch staatlich legalisieren zu wollen?

Sehr geehrter Herr Callsen,
wir appellieren an Sie: Nutzen Sie die Gelegenheit; initiieren Sie, dass jetzt das Maßregelvollzugsgesetz und das PsychKG in Schleswig-Holstein grundgesetz- und menschenrechts-konform novelliert wird, indem alle Artikel, die Zwangsbehandlung ermöglichen, entfernt werden, bevor das BVerfG auch diese, wie in Baden-Württemberg, nichtet. Es wäre doch ausgesprochen blamabel, nach diesen zwei Entscheidungen immer noch nicht zu reagieren, obwohl wir doch so deutlich darauf hingewiesen haben, wie grund- und menschenrechtlich unhaltbar dieser Zustand ist. Wir können eigentlich nicht glauben, dass Sie bei erzwungener Erduldung von Körperverletzung als Politiker tatsächlich den Kopf in den Sand stecken wollen.

Deshalb hoffen wir, dass Sie im Lichte unserer Ausführungen alles bedenken, eventuell die Kollegen des zuständigen Arbeitskreises der CDU Landtagsfraktion konsultieren und uns dann unsere schon im letzten Brief gestellt Frage beantworten: Werden Sie persönlich einem neuerlichen Versuch der Legalisierung von psychiatrischer Zwangsbehandlung durch ein neues Gesetz Ihre Stimme verweigern?

Mit freundlichen Grüßen

René Talbot Uwe Pankow Andrzej Skulski
(Vorstand der Bundesarbeitsgemeinschaft Psychiatrie Erfahrener)

Bundesarbeitsgemeinschaft Psychiatrie-Erfahrener e.V.

Geschäftsstelle:
Haus der Demokratie und Menschenrechte
Greifswalder Straße 4
10405 Berlin
Fax: 030-7828947
die-bpe@gmx.de
www.die-bpe.de

die-BPE ● Greifswalder Straße 4 ● 10405 Berlin

An den Abgeordneten
«Titel»«Vorname» «Name»
Schleswig-Holsteinischer Landtag
Düsternbrooker Weg 70
24105 Kiel

Donnerstag, 14. März 2013

Schleswig–Holstein, das erste Bundesland, das versucht Folter zu legalisieren!

Sehr geehrter Herr «Titel»«Name»,

am kommenden Mittwoch entscheidet in erster Lesung der erste Landtag in der BRD über ein Gesetz zur Legalisierung der Folter von angeblich oder tatsächlich „psychisch Kranken“, eingebracht von der Piratenpartei: das *Gesetz zur Neuregelung der zwangsweisen Unterbringung und Behandlung in Schleswig-Holstein.*

Bitte lehnen Sie dieses Gesetz in erster Lesung ersatzlos ab!

Es darf *keinen* Verweis in einen Ausschuss geben (geplant ist der auch noch *ohne!* Aussprache), weil das Gesetz mit Grund- und Menschenrechten unvereinbar ist, ja es wäre ein Gesetz zur Legalisierung von Folter, das nicht sein darf.

Gute Begründungen sind sowohl das Gutachten von Prof. Dr. Wolf-Dieter Narr, RA Thomas Saschenbrecker und RA Dr. Eckart Wähner, das wir allen Abgeordneten des 17. Landtags zugestellt haben[1], als auch die beiliegende Stellungnahme der Monitoringstelle für die Behindertenrechts-konvention, und insbesondere die zentralen Aussagen des UN-Sonderberichterstatter über Folter, Juan E Méndez, beim UN-Hochkommissariat für Menschenrechte, die er in seiner Rede bei der 22. Sitzung des "Human Rights Council" am 4. März 2013 gemacht hat: Zwangsbehandlung in der Psychiatrie ist Folter, bzw. grausame, unmenschliche oder entwürdigende Behandlung.
Die wörtliche Forderung des Sonderberichterstatters ist, dass
"alle Staaten ein absolutes Verbot aller medizinischen nicht einvernehmlichen bzw. Zwangsbehandlungen von Personen mit Behinderungen verhängen sollten, einschließlich der nicht-einvernehmlicher Psychochirurgie, Elektroschocks und Verabreichung bewusstseinsverändernden Drogen, sowohl in lang-wie kurzfristige Anwendung. Die Verpflichtung, erzwungene psychiatrische Behandlung wegen einer Behinderung zu beenden, ist sofort zu verwirklichen und auch knappe

[1] **BEHINDERUNG, MENSCHENRECHTE UND ZWANG**
Zu den Graden und Grenzen legalen und legitimen Zwangs im Umgang mit psychisch behinderten Menschen am Beispiel der Psychiatrie als Wissenschaft und Praxis.
Notwendige bundes- und länderrechtliche Folgen – Konsequenzen für die Psychiatrie als praktische Wissenschaft
Langversion: *www.grundrechtekomitee.de/sites/default/files/Gutachten..pdf*
Kurzversion: *www.grundrechtekomitee.de/node/465*

finanzielle Ressourcen können keinen Aufschub der Umsetzung rechtfertigen." [2]
Auch in Schleswig Holstein muss ein absolutes Folterverbot gewährleistet sein, denn in den Worten von Juan E Méndez: *"Das Verbot der Folter ist eines der wenigen absoluten und unveräußerlichen Menschenrechte, ein* ius cogens*, eine zwingende Norm des internationalen Rechts."*[3]

Darüber hinaus ist der Gesetzentwurf völlig überflüssig, wenn man die Fälschung verstanden hat, mit der versucht wird, einen hypothetischen Willen als einem mutmaßlichen Willen vorzutäuschen:
Gemäß Antrag der Piratenfraktion soll Gesetz werden:

> *(3) Eine Behandlung entspricht dem mutmaßlichen Willen des Untergebrachten, wenn er der Maßnahme bei wiedererlangter Einsichtsfähigkeit voraussichtlich zustimmen wird.*

Das ist genau NICHT der „mutmaßliche", sondern der sog. „hypothetische" Wille, eben der, den man einer Person unterjubelt bzw. unterstellt. Hingegen ist der mutmaßliche Wille der Wille, für den konkrete Anhaltspunkte, also beweisbare Tatsachen vorliegen.
Genau so steht es im Patientenverfügungsgesetz § 1901a (2):

> *Der mutmaßliche Wille ist aufgrund konkreter Anhaltspunkte zu ermitteln.*

Und dann löst sich das ganze neue Gesetz in Nichts auf, weil dann, und nur dann, Zwangsbehandlung möglich wäre, wenn von Zeugen klar und deutlich Zwangsbehandlung als gewünscht vom Betroffenen gehört wurde und dieser Wunsch auch später nicht widerrufen wurde. Wenn aber, wie es regelmäßig der Fall ist, eine Person sich keine solche Tortur gewünscht hat (fragen Sie doch mal Dr. Patrick Breyer ob er Zwangsbehandlung für sich in einer positiven Vorausverfügung dokumentiert hat), dann ist es eine zynische Unterstellung und eben gerade *nicht* der mutmaßliche Wille, zu behaupten, sie habe aber die Zwangsbehandlung gewollt.

Kurz gesagt: wenn der/die Betroffene einen mutmaßlichen Willen für psychiatrische Zwangsbehandlung hat, dann ist er dokumentiert, bzw. beweisbar und dann ist durch das Patientenverfügungsgesetz alles geregelt, so dass dem Willen, zwangsbehandelt zu werden, entsprochen werden kann. Wenn es keine solchen Beweise gibt, ist Zwangsbehandlung Folter bzw. eine folterartige Misshandlung auf Wunsch anderer.

Bitte beenden Sie die Gesetzesinitiative Tagesordnungspunkt 7. am 20.3. auch mit Ihrer Stimme.

Mit freundlichen Grüßen

René Talbot Uwe Pankow Andrzej Skulski
(Vorstand der Bundesarbeitsgemeinschaft Psychiatrie-Erfahrener e.V.)

Gerne verweisen wir auf weitere Argumente, die wir allen Abgeordneten des Bundestages haben zukommen lassen:
www.die-bpe.de/#b2 :
Wollen sie uns zeigen, dass wir Untermenschen sind? *Enthemmung im politischen Zentrum der Gesellschaft*
und www.die-bpe.de/#b1 : ***Damit Sie wissen, was Sie tun***

Übrigens, der Abgeordnete Dr. Patrick Breyer hätte schon im Sommer 2012 in seinem Pad: *www.patrick-breyer.de/?p=5664* die Meinung der Betroffenen zu seinen Zwangsbehandlungsplänen zur Kenntnis nehmen können.
Er handelt also nicht aus Unwissenheit so frontal gegen unsere Interessen.

---

[2] Seite 5 der Rede von Juan E Méndez: *States should impose an absolute ban on all forced and non-consensual medical interventions against persons with disabilities, including the non-consensual administration of psychosurgery, electroshock and mind-altering drugs, for both long- and short- term application. The obligation to end forced psychiatric interventions based on grounds of disability is of immediate application and scarce financial resources cannot justify postponement of its implementation.* http://mdac.info/sites/mdac.info/files/march_4_torture.pdf
Quelle: http://mdac.info/sites/mdac.info/files/march_4_torture.pdf

[3] Aus dem Bericht A/HRC/22/53 des Sonderberichterstatters vom 1. Februar 2013, Abschnitt 82.: *The prohibition of torture is one of the few absolute and non-derogable human rights, a matter of* jus cogens*, a peremptory norm of customary international law.*
http://www.ohchr.org/Documents/HRBodies/HRCouncil/RegularSession/Session22/A.HRC.22.53_English.pdf

Bundesverband Psychiatrie-Erfahrener e.V.
Geschäftsstelle:
Wittener Str. 87
44789 Bochum
www.bpe-online.de
vorstand@bpe-online.de

BPE Wittener Str. 87 44789 Bochum & die-BPE Greifswalder Straße 4 10405 Berlin

An die Abgeordnete

Bundesarbeitsgemeinschaft Psychiatrie-Erfahrener e.V.
Geschäftsstelle:
Haus der Demokratie
und Menschenrechte
Greifswalder Straße 4
10405 Berlin
www.die-bpe.de
die-bpe@gmx.de

Berlin/Bochum 19.5.2013

Jetzt die gewaltfreie Psychiatrie wagen!

Sehr geehrte

Das Bundesverfassungsgericht (BVerfG) hat am 23.3.2011 die psychiatrische Zwangsbehandlung im Rheinland-Pfälzischen Maßregelvollzugsgesetz (2 BvR 882/09) für nichtig erklärt. Durch die Urteilsbegründung wird klar, dass alle Gesetze, die Zwangsbehandlung in der Psychiatrie legalisieren sollten, nie verfassungskonform waren. Prof. Wolf-Dieter Narr, RA Thomas Saschenbrecker und RA Dr. Eckart Wähner hatten daraufhin in dem Gutachten *BEHINDERUNG, MENSCHENRECHTE UND ZWANG* auf die Unmöglichkeit, überhaupt noch ein legalisierendes Gesetz zu schaffen, hingewiesen. Dieses Gutachten wurde im Oktober 2011 allen Abgeordneten aller Landtage zusammen mit dem Beschluss des BVerfG zugestellt.
Langversion: *www.grundrechtekomitee.de/sites/default/files/Gutachten..pdf*
Kurzversion: *www.grundrechtekomitee.de/node/465*

Die obige Entscheidung haben das BVerfG 2011 und 2013 in zwei weiteren Beschlüssen (2 BvR 633/11 und 2 BvR 228/12) und der Bundesgerichtshof in zwei Entscheidungen in 2012 (XII ZB 99/12 und XII ZB 130/12) weiter gefestigt. Der Versuch des Bundestages, mit einer Novelle des § 1906 BGB betreuungsrechtliche Zwangsbehandlung dem Anschein nach zu legalisieren, gelang zwar im Eilverfahren gegen unseren heftigen Widerstand. Dieses Gesetz ist mit dem Grundgesetz unvereinbar und hat nur für Rechts***un***sicherheit gesorgt. Es ist ein Hohn auf die Menschenrechte. Eine Strafanzeige gegen die Bundesjustizministerin und den Baden-Württembergischen Justizminister war die logische Folge:
www.die-bpe.de/strafanzeige_schnarrenberger.html

Bitte lesen Sie die anliegende Stellungnahme der Monitoringstelle für die Behindertenrechtskonvention beim Deutschen Institut für Menschenrechte. Darin wird ausführlich begründet, warum psychiatrische Zwangsbehandlung mit der Behindertenrechtskonvention unvereinbar ist und diese Gesetzesnovelle nicht hätte verabschiedet werden dürfen.
Inzwischen liegen in Schleswig-Holstein, Hessen, Niedersachsen und Baden-Württemberg landesrechtliche Gesetzentwürfe vor, von denen keiner die grundgesetzlichen Anforderungen erfüllt, die das BVerfG in seinen drei Beschlüssen für unabdingbar erklärt hat. Wir legen eine aktuelle Stellungnahme von Prof. Narr und RA Thomas Saschenbrecker zu diesen vier Gesetzentwürfen bei.

Besonders zu denken geben sollte, dass der Sonderberichterstatter über Folter des UN-Hochkommissariats für Menschenrechte, Juan E. Méndez, am 4.3.2013 im "Human Rights Council" der UN Zwangsbehandlung in der Psychiatrie zu grausamer, unmenschlicher oder erniedrigender Behandlung und Folter erklärt hat.
Er fordert, dass:

> *"alle Staaten ein absolutes Verbot aller medizinischen nicht einvernehmlichen bzw. Zwangsbehandlungen von Personen mit Behinderungen verhängen sollten, einschließlich nicht-einvernehmlicher Psychochirurgie, Elektroschocks und Verabreichung bewusstseinsverändernder Drogen, sowohl in lang- wie kurzfristiger Anwendung. Die Verpflichtung, erzwungene psychiatrische Behandlung wegen einer Behinderung zu beenden, ist sofort zu verwirklichen und auch knappe finanzielle Ressourcen können keinen Aufschub der Umsetzung rechtfertigen."*

Aus diesem Anlass hat sich am 2.4.2013 ein *Bündnis gegen Folter in der Psychiatrie* gegründet, zu dessen Erstunterzeichnern der Vorgänger Juan E. Méndez', Prof. Manfred Nowak, gehört. Anbei die Gründungserklärung des Bündnisses mit den bisherigen Bündnispartnern und Erstunterzeichnern. Darin wird auch auf die Worte von Juan E. Méndez hingewiesen:

> *"Das Verbot der Folter ist eines der wenigen absoluten und unveräußerlichen Menschenrechte, ein* ius cogens*, also eine zwingende Norm des internationalen Rechts."*

Ein endgültiges Ende der Zwangsbehandlung wird nicht nur von uns Betroffenen gefordert. Auch für die in der Psychiatrie Tätigen besteht die Chance, endlich eine gewalttätige Praxis zu beenden, wie der Chefarzt der Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik des Klinikums Heidenheim und Chefredakteur der Fachzeitschrift *Recht & Psychiatrie,* Dr. Martin Zinkler, in einem offenen Brief an die Bundesjustizministerin am 12.11.2012 schreibt:

"… In Heidenheim, einer Klinik, die für immerhin 135.000 Einwohner im Landkreis die Versorgungsverpflichtung übernimmt, also für freiwillige und zwangsweise in die Klinik gebrachte Patienten, mit 1200 Aufnahmen im Jahr hat sich durch die fehlende gesetzliche Grundlage zur Zwangsbehandlung keine nachteilige Situation ergeben – im Gegenteil: wir sagen unseren zwangsweise eingewiesenen Patienten, dass sie nicht gegen ihren Willen medikamentös behandelt werden, und das nimmt der Unterbringung schon einen Teil der Bedrohung …" und
"Ich möchte Ihnen deshalb nahe legen, zu prüfen, ob nicht auf eine gesetzliche Grundlage zur medikamentösen Zwangsbehandlung grundsätzlich verzichtet werden kann. Um in unkontrollierbaren Situationen als letzten Ausweg ein Beruhigungsmittel zu verabreichen gibt es immer noch den rechtfertigenden Notstand". (Siehe http://tinyurl.com/bv25zee)

Wir appellieren gemeinsam an Sie:
Unterbinden Sie bitte jeden Versuch, durch eine Gesetzesnovelle im Maßregelvollzug oder in der Allgemeinpsychiatrie Zwangsbehandlung zu legalisieren!
Bestärken Sie bitte die unteilbaren Menschenrechte, indem Sie der grausamen, unmenschlichen und erniedrigenden Zwangsbehandlung jede Unterstützung versagen!
Das Recht auf körperliche Unversehrtheit gilt auch für Psychiatrie-Patienten!

In Menschenrechtsfragen geht jeder Verweis auf medizinische oder andere Expertokratie fehl.
Wir bitten Sie deshalb als Abgeordnete um Ihre persönliche Antwort auf diese brennende Frage an diese beiden E-Mail Adressen:
die-bpe@gmx.de und *vorstand@bpe-online.de*

Selbstverständlich stehen wir gerne bei Fragen zu Verfügung und verbleiben
mit freundlichen Grüßen

Für den Vorstand des
Bundesverbands Psychiatrie-Erfahrener: Mirko Ološtiak Doris Steenken

Der Vorstand der Bundesarbeits-
gemeinschaft Psychiatrie-Erfahrener: René Talbot Uwe Pankow Andrzej Skulski

Anlage: Stellungnahme der Monitoringstelle, Bündnis gegen Folter in der Psychiatrie, Gutachten Prof. Narr und RA Saschenbrecker

Freie Universität Berlin
Fachbereich Politik- und
Sozialwissenschaften
Otto-Suhr-Institut für Politikwissenschaft

Wolf-Dieter Narr

Freie Universität Berlin
Potsdamer Strasse 41, 12205 Berlin

FU | **BERLIN**

Ihr Zeichen	Ihre Nachricht vom	Unser Zeichen	Telefon:	(030) 833 7162	Datum
			Email:	narrwd@zedat.fu-berlin.de	Im Mai 2013

S T E L L U N G N A H M E

Zur Frage der Verfassungskonformität der geplanten Neufassungen der Gesetze zur Unterbringung psychisch kranker Menschen in den Bundesländern Baden-Württemberg, Schleswig-Holstein und Hessen sowie der Maßregelvollzugsgesetze der Länder Schleswig-Holstein, Hessen und Niedersachsen.

Von Prof. Wolf-Dieter Narr und RA Thomas Saschenbrecker

Kurzfassung (Abstract)
Die Beweggründe der Landesgesetzgeber sind verständlich und beachtenswert.
Grund- und menschenrechtlich fundamental gelten die Integrität (Deutsch: Unversehrtheit) und Selbstbestimmung des Menschen. Sie konstituieren im Wesentlichen seine Würde. Diese ist nach Satz 1 des 1. Artikels des Grundgesetzes zu einem Tabu erklärt worden. „Die Würde des Menschen ist unantastbar.“ Darum bildet die Frage, ob und - wenn überhaupt - inwieweit Zwangszu- und eingriffe in Unterbringung und Behandlung psychisch kranker Menschen mit der freiheitlichen Verfassung des Grundgesetzes übereinstimmten, ein zentrales und komplexes Problem zugleich.
Von früheren Beschlüssen abgesehen, hat sich das Bundesverfassungsgericht in den letzten Jahren mehrfach mit den möglichen Graden und den notwendigen Grenzen verfassungsgemäßen Zwangs auseinandergesetzt. Es hat in neuerlichen Entscheidungen, verfassungstief fundiert, nachdrücklich klar und deutlich gemacht: Zwang verletze prinzipiell die Grund- und Menschenrechte der Zwang unterworfenen Menschen. Mit einer Reihe ausdifferenzierter Vorbehalte hat es allerdings eingeräumt, Fälle psychisch behinderter Menschen seien vorstellbar für die, allerdings nur unter schwer machbaren Voraussetzungen, die Grenze des Nichtzwangs punktuell und kurzfristig ausfielen.
Die Landesgesetzgeber, den Problemen und Konflikten in ihren Bevölkerungen unmittelbarer ausgesetzt und außerdem dafür zuständig, haben sich angesichts des verfassungs- und freiheitsgemäß prinzipiellen Nein zum Zwang, verbunden mit einem konditionalen Aber zu einem Teil daran gemacht – andere werden mutmaßlich folgen – ihre Landesgesetze in Sachen zwangsweiser Unterbringung und Behandlung als psychisch krank erkannter Menschen neu zu fassen. Diese Gesetze werden im Folgenden Revue passiert, mit verfassungsgerichtlichen und andersseitigen Normen, Postulaten und Einwänden teils garniert, teils konfrontiert. Die Gesetze, Normen und Postulate kreisen nahezu ausschließlich um folgende Fragen nach folgenden nicht mehr diskutablen Prämissen.
Zum ersten: Psychisch behinderte Menschen stehen in vollem Umkreis im normativen Bann der konstitutiven Menschenrechte auf Freiheit, Integrität und Selbstbestimmung und ihrer Gewölbenorm menschlicher Würde. Ausnahmen sind nicht gegeben. Menschenrechte sind kein Fiaker, den man auf geltendem Urlaub besteigen oder verlassen kann. In ihnen steckt ein normativ vorgegebener

Verhaltenszwang. Das macht das Fundament eines sonst immer beliebig flüggen Rechtstaats aus. Subsidiär hat der Bundesgesetzgeber darum in den neuen §§ 1901a ff. BGB (Patientenverfügungsgesetz) das Selbstbestimmungsrecht jedes Menschen bis zum Tod grundgelegt, den Prozess des Sterbens eingeschlossen. Die „Patientenverfügung" ist dafür hilfreich. Sie ist jedoch keine conditio sine qua non.
Zum zweiten: Das Bundesverfassungsgericht hat verschiedentlich artikuliert – das tut eingeschränkter noch ohne zusätzliche Erläuterungen die zum Bundesgesetz gewordene Behindertenrechtskonvention von 2009 –, dass die fundamentale humane Selbstbestimmungsregel dennoch dort möglicherweise eine relativierende Macke besitze, wenn festgestellt werde, dass ein psychisch kranker Mensch nicht mehr im Besitz seiner Geisteskräfte sei, sich selbst zu bestimmen. Dann sei jedenfalls zu erwägen, ob subsidiär an die Stelle nicht mehr gegebener Selbstbestimmung der Patient fremd bestimmt werden könne, ja müsse. Darum ranken sich fast alle einzelgesetzlichen Bestimmungen in den landesgesetzlichen leges propositae, also den Gesetzesentwürfen um die zusätzlichen Fragen: Wer und wie mit welchen Folgen bestimmt die intellektuelle Ohnmacht eines Kranken? Kann angesichts einer solchen schechterdings konstitutiven humanen Norm, und sei es der beste Gesetzgeber, irgendeine Person oder Instanz substitutiv an die Stelle einer Person treten? Was bedeutet das immer erneut aufgetischte Argument, die – wer bestimmt d i e – ultima ratio menschlichen Umgangs, also eventuell gewaltsame Äußerungen eines Patienten, verlange im „Notfall" heterogenen Zwang? Ist nicht die ultima ratio des Menschen als immer schon soziales und abhängiges Wesen eben das ultimum humanum, der unteilbar, sprich individuell vorgegebene Mensch?
3. Die geplanten Neufassungen der Länder leiden, wie die Darlegungen im einzelnen ergeben werden, durchgehend darunter, dass sie die Unsicherheiten des Gesetzgebers und aller nicht eigens durchleuchteten psychiatrischen Institutionen und Berufe nicht bedenken. Dass sie nicht Mittel und Wege suchen, wie mit diesen eigenen Unsicherheiten des Gesetzgebers und formell zuständiger Instanzen und Repräsentanten a la psychiatrische Berufe notfalls umwegig und aufwändig umzugehen sei. Stattdessen projizieren sie eigene Unsicherheiten, solche auch der Grenzen möglicher grundrechtskonformer Verrechtlichung auf die angeblich intellektuell debilen psychischen Kranken. Kurz: um eigene und anderer Unsicherheiten zu beheben, tendiert man dazu, psychisch Behinderte, allen Hilfen zum Trotz unvermeidlich Benachteiligte, mit Zwängen zu überziehen. Diese Art der Entlastung durch die Zwangsbelastung psychisch Kranker ist schlechterdings mit keiner irgendwie liberaldemokratischen Verfassung der Welt und in ihr lebenden Menschen zu vereinbaren.

Inhaltsverzeichnis

1. **Die Motive der Gesetzentwürfe der Landesgesetzgeber**…… **S. 2**
2. **Die Gesetzentwürfe im Wortlaut – Ein Überblick**…… **S. 6**
3. **Eine kleine Rechtsphilologie der leges propositae**…… **S. 11**
4. **Die Entscheidungen des Bundesverfassungsgerichts zur Zwangsbehandlung** …… **S. 12**
5. **Die derzeitige Diskussion und der Sachstand der Zwangsbehandlung**…… **S. 14**
6. **Die geplante Novellierung des § 8 UGB Baden-Württemberg im Vergleich**…… **S.17**
7. **Die geplante Novellierung der §§ 3, 8 ff. Niedersächsisches Maßregelvollzugsgesetz im Vergleich**…… **S. 22**
8. **Zusammenfassung: Gesetzentwürfe – ein normativer Zuckerguss, keine angemessenen Normierungen gegebener Probleme**…… **S. 29**

1. Die Motive der Gesetzesentwürfe der Landesgesetzgeber

Die psychiatrische Behandlung gegen den Willen des Betroffenen mit Neuroleptika greift durch deren Nebenwirkungen in das allgemeine Persönlichkeitsrecht (Art. 2 Abs. 1 i. V. m. Art. 1 Abs. 1 GG) und das Grundrecht auf körperliche Unversehrtheit (Art. 2 Abs. 2 Satz 1 GG) ein, das die körperliche Integrität des Grundrechtsträgers und damit auch das diesbezügliche Selbstbestimmungsrecht schützt [1]. Der Eingriff einer „Zwangsbehandlung" ist schon deshalb grundrechtsrelevant, weil eine solche neuroleptisch-pharmakologische Medikation nicht zu vernachlässigende erhebliche wesensverändernde Effekte in sich birgt.

Die Zwangsbehandlung ist, wie jeder andere Grundrechtseingriff, nur auf der Grundlage eines Gesetzes zulässig, das die Voraussetzungen für die Zulässigkeit des Eingriffs bestimmt [2].
Der Grundsatz des Vorbehaltes des Gesetzes für die materiellen und für die formellen Eingriffsvoraussetzungen hat den Sinn, die primäre Zuständigkeit für die Bewertung von

[1] BVerfG, 2 BvR 228/12 Beschluss vom 20.2.2013, BVerfGE 128, 282 S. 300; 129, 269 S. 280.

[2] BVerfG, BVerfGE 128, 282-322 S. 317 (Beschluss vom 23. März 2011 – 2 BvR 882/09)

Grundrechtsbeschränkungen als begründet oder ungerechtfertigt zu bestimmen. Nur so ist gewährleistet, dass die Grenzen zwischen zulässigem und unzulässigem Grundrechtsgebrauch und zwischen zulässiger und unzulässiger Grundrechtseinschränkung nicht fallweise nach eigener Einschätzung von beliebigen Behörden oder Gerichten, sondern primär – in der Form eines allgemeinen Gesetzes – durch den Gesetzgeber gezogen werden. [3].

Die Voraussetzungen für die Zulässigkeit des Eingriffs müssen hinreichend klar und bestimmt geregelt sein. Die zur Normanwendung berufenen Entscheidungsträger der Unterbringungseinrichtung benötigen auch im eigenen Interesse eine „klare, Rechtssicherheit vermittelnden Eingriffsgrundlage“ [4]. Die wesentlichen Voraussetzungen für eine Zwangsbehandlung müssen aus dem Gesetz selbst in materieller als auch in verfahrensrechtlicher Hinsicht erkennbar sein, was eine „über abstrakte Verhältnismäßigkeitsanforderungen hinausgehende Konkretisierung dieser Voraussetzungen“ bedeutet [5].

Auch die weiteren Voraussetzungen für die Zulässigkeit einer Zwangsbehandlung einschließlich der Anforderungen, denen die gesetzliche Grundlage für eine solche Behandlung genügen muss, hat das Bundesverfassungsgericht in seinem Beschluss vom 23. März 2011 geklärt [6].

Zwangsbehandlungen sind danach, wenn überhaupt, nur dann zuzulassen, wenn Einwilligungsunfähigkeit des Patienten gegeben ist, die geplante Zwangsbehandlung Erfolg verspricht, und das „letzte Mittel“ darstellt. Vor jeder Zwangsbehandlung muss bei einem gesprächsfähigen Betroffenen „der ernsthafte, mit dem nötigen Zeitaufwand und ohne Ausübung unzulässigen Drucks unternommene Versuch vorausgegangen sein, die auf Vertrauen gegründete Zustimmung des Untergebrachten zu erreichen“.
Eine Zwangsbehandlung muss zudem so frühzeitig angekündigt werden, dass der Betroffene vorher rechtzeitig Rechtsschutz suchen kann. Anordnung und Überwachung der Zwangsbehandlung dürften zudem nur durch einen Arzt erfolgen. Die Zwangsbehandlung selbst, aber auch das vorangegangene Gespräch, muss des Weiteren dokumentiert werden und die Notwendigkeit einer Zwangsbehandlung soll von einem externen Gutachter geprüft werden.
Wenn und soweit eine gesetzliche Regelung fehlt oder unzureichend ist, kann einem eventuellen Mangel nicht im Wege einer verfassungskonformen Auslegung, sondern nur durch den Gesetzgeber abgeholfen werden [7].

An diesen verfassungsrechtlichen Kriterien wird jedwede künftige Eingriffsgrundlage, wie auch mit den Novellierungen der einzelnen Landesgesetze vorgesehen, zu messen sein.

Für die medizinische Behandlung eines Menschen gilt, dass der Patient selbst entscheidet, ob er ärztliche Hilfe in Anspruch nimmt oder aber diese anlehnt, unabhängig davon, ob diese Vorgabe an den Arzt aus medizinischer Sicht vernünftig erscheint oder nicht.
Kein Patient kann im Zuge einer Duldungspflicht genötigt werden, einen medizinischen Eingriff oder eine medizinische Behandlung zu dulden. Ein solcher oder eine solche erfüllt „grundsätzlich den Straftatbestand der Körperverletzung“, weil jedweder Eingriff in die körperliche Unversehrtheit „nur mit der – in strafrechtlicher Hinsicht rechtfertigenden – Einwilligung des Betroffenen zulässig ist“ [8].

Während es eine Selbstverständlichkeit ist, dass ein Patient auch unter den Bedingungen von freiheitsentziehenden Maßnahmen im Zuge seines Selbstbestimmungsrechtes jedwede ärztliche oder therapeutische Behandlung ablehnen darf, auch wenn gesundheitliche Gefahren drohen [9], soll dies bei einem psychisch kranken Menschen zumindest dann nicht gelten, wenn ein Facharzt für Psychiatrie bei dem Betroffenen von beabsichtigten Zwangsmaßnahmen „Einwilligungsunfähigkeit“ konstatiert hat.

Zwangsbehandlung wurde bis 2011 auf verschiedenen Rechtsgrundlagen, betreuungsrechtlich auf den §§ 1904 und 1906 a.F. BGB, öffentlich-rechtlich auf landesrechtliche Vorschriften zur Unterbringung psychisch Kranker (UBG/PsychKG/HFEG) und gegebenenfalls ergänzend auf Vorschriften zum Maßregelvollzug gestützt.
Anlässlich einer Entscheidung zum Unterbringungsgesetz des Landes Baden-Württemberg hat das Bundesverfassungsgericht bereits 1981 auf die mögliche Gefahr einer "Vernunfthoheit des Arztes über den Patienten" und „einer umfassenden staatlichen Gesundheitsvormundschaft“ hingewiesen, denen es auf dem Rechtsweg im Zuge effektiver richterlicher Kontrolle zu begegnen gelte [10], ohne hieraus allerdings die naheliegende Konsequenz zu ziehen, die

[3] BVerfGE 116, 69 S. 80
[4] BVerfG, 2 BvR 228/12 Beschluss vom 20.2.2013
[5] BVerfGE 128, 282 S. 318 ff. (Beschluss vom 23. März 2011 – 2 BvR 882/09)
[6] BVerfGE a.a.O. (Beschluss vom 23. März 2011 – 2 BvR 882/09)
[7] Heitmann, Zwangsbehandlung und Verfassungsrecht jurisPR-FamR 13/2012, S. 18
[8] OLG Zweibrücken, 1 Ws 90/11 Beschluss vom 01.08.2011 (juris)
[9] BVerfG 2 BvR 1194/80 Beschluss vom 7. Oktober 1981 (BVerfG 58, 208 ff.)
[10] BVerfG 2 BvR 1194/80; BVerfG 58, 208 (S. 227)

Legitimation von Zwangseingriffen generell in Frage zu stellen.
Vielmehr wurde in dieser Entscheidung aus 1981 zwischen leichteren Formen psychischer Erkrankungen, bei denen ein „Recht auf Krankheit“ gelten solle, und schwereren Verlaufsformen, bei denen der „psychisch Kranke vor sich selbst in Schutz zu nehmen“ sei, unterschieden und nur für die leichteren Verlaufsformen und „Abweichungen vom Durchschnittsverhalten“ [11] ein Selbstbestimmungsrecht jenseits staatlicher Fürsorge anerkannt.

Seit 2011 hat in der höchstrichterlichen Rechtsprechung aufgrund mehrerer Leitsatzentscheidungen ein tiefgreifender Wandel stattgefunden Erstmals wurde in dieser Deutlichkeit anerkannt, dass Zwangsbehandlungen eine besondere Grundrechtsintensität aufweisen.

Auch und gerade wegen der Potenzierung der Rechtsgutverletzungen (zum einen wird dem Patienten seine Freiheit durch Unterbringung auf einer geschlossenen Station entzogen, zum anderen wird er zwangsweise durch massive Eingriffe in die körperliche Unversehrtheit veranlasst, die Wirkungen von Psychopharmaka mit wesensveränderndem Einfluss und starken Nebenwirkungen zu erdulden) kommt es zu einer massiven Eingriffsintensität.
Dies hat das Bundesverfassungsgericht wie auch den Bundesgerichtshof in den Jahren 2011 und 2012 veranlasst, sämtliche bislang geltenden bundes- und landesrechtlichen Eingriffsgrundlagen für eine solche Zwangsbehandlung für nichtig zu erklären. Eine Legitimation hierfür aus den vorhandenen Regelwerken wird abgelehnt.
Die bisherigen Bundes- und Landesgesetze, die die pharmakologische Zwangsbehandlung von psychisch Kranken mit selbst- oder auch fremdgefährdenden Verhaltensweisen regeln, waren demnach nicht verfassungskonform.

Die Zwangsbehandlung eines einsichtsfähigen und einwilligungsfähigen Patienten muss nach den aus den Entscheidungen in 2011 und 2012 stammenden verfassungsrechtlichen Vorgaben zum Selbstbestimmungsrecht des Patienten generell und ohne Ausnahme künftig ausscheiden.

Nur wenn ein Patient krankheitsbedingt nicht krankheitseinsichtig sei, sei eine Zwangsbehandlung bei hinreichenden gesetzlichen Vorgaben im Übrigen denkbar. Nur in diesem Falle könne der Betroffene überhaupt gehindert sein, „seine grundrechtlichen Belange wahrzunehmen“, was ebenfalls „zu einer Verletzung der Menschenwürde führen könne“.

Für den Maßregelvollzug wurde die Zwangsbehandlung mit Neuroleptika mangels hinreichender Rechtsgrundlage erstmals mit Beschluss des Bundesverfassungsgerichtes vom 23.3.2011 [12] (vorausgegangene Eilentscheidung 2009) in Rheinland-Pfalz für unzulässig und die dortige bislang herangezogene Eingriffsgrundlage, § 6 Absatz 1 Satz 2 MVollzG des Bundeslandes Rheinland-Pfalz, für nichtig erklärt. Es folgten weitere Nichtigkeitsentscheidungen des Bundesverfassungsgerichtes vom 12.10.2011 zu § 8 UBG BW des Bundeslandes Baden-Württemberg [13] und am 10. Februar 2013 zu den landesgesetzlichen Regelungen der §§ 22, 23 SächsPsychKG [14].

Dieser Rechtsprechung hat sich der Bundesgerichtshof in zwei Beschlüssen vom 20.06.2012 [15] zu § 1906 BGB a.F. [16] angeschlossen. Er hat seine bisherige Rechtsprechung zur medikamentösen Zwangsbehandlung im Rahmen des § 1906 BGB aufgegeben.

§ 1906 BGB a.F. und auch die übrigen betreuungsrechtlichen materiellen und verfahrensrechtlichen Vorschriften waren nach dieser höchstrichterlichen Feststellung keine hinreichende Eingriffsgrundlage zur Zwangsbehandlung. Für potentiell Betroffene einer zwangsweisen Behandlung mit Neuroleptika gegen den Willen nach § 1906 Abs. 1 Nr. 2 BGB a.F. waren die wesentlichen Voraussetzungen dafür aus dem Gesetz selbst nicht erkennbar und auch nicht (mehr) im Wege der Auslegung ableitbar. Schon die Eingriffsintensität der Zwangsbehandlung hätte eine solche Auslegung nicht zugelassen [17].

Das Bundesverfassungsgericht hatte eine medizinische Zwangsbehandlung in seinen Entscheidungen aus 2011 allerdings nicht per se für verfassungswidrig erklärt, sondern eine verfassungsrechtliche Rechtfertigung in Grenzen zugelassen. Der BGH hat darauf verwiesen, „dass das Fehlen von Zwangsbefugnissen zur Durchsetzung notwendiger medizinischer Maßnahmen dazu führen könne, dass ein Betroffener ohne eine solche Behandlung einen erheblichen Schaden“ nehmen könnte [18]. Allerdings haben alle höchstrichterlichen Entscheidungen festgelegt, dass den

[11] BVerfG a.a.O. S. 224 f.

[12] BVerfG 2 BvR 882/09

[13] BVerfG 2 BvR 633/11

[14] BVerfG 2 BvR 228/12; zuvor schon BVerfG 2 BvR 2362/11 Beschluss vom 15.12.2011

[15] BGH XII ZB 99/12 und BGH XII ZB 130/12 Beschlüsse vom 20.06.2012

[16] Inzwischen novelliert durch das am 26.02.2013 in Kraft getretene “Gesetz zur Regelung der betreuungsrechtlichen Einwilligung in eine ärztliche Zwangsmaßnahme“ vom 18.02.2013, Bundesgesetzbl. 2013 Teil I Nr. 9

[17] BGH XII ZB 99/12 und BGH XII ZB 130/12 Beschlüsse vom 20.06.2012

[18] BGH XII ZB 99/12 Beschluss vom 20.06.2012

Gesetzgeber keine Pflicht zur Schaffung von Zwangsbehandlungsgesetzen trifft und insoweit keine Handlungspflicht des Staates statuiert. Dem Gesetzgeber steht es demnach nach wie vor frei, Zwangsbehandlung „durch Schweigen zu verbieten“ [19].

Aus den jüngsten Entscheidungen des Bundesverfassungsgerichtes und des Bundesgerichtshofes leiten Bundes- wie Landesgesetzgeber im vorliegenden Fall eine Legitimation ab, die rechtlichen Grundlagen der Zwangsbehandlung von einwilligungsunfähigen Patienten neu zu regeln. Hier wird zumeist auf die sich aus Art. 2 Abs. 2 Satz 1 GG ergebende Schutzpflicht des Staates und die Notwendigkeit von „Rechtssicherheit“ verwiesen [20].

So ist die Zwangsbehandlung von psychisch Kranken nach § 1906 BGB auf Bundesebene im Betreuungsrecht seit dem 26.02.2013 wieder möglich [21].

Der Bundestag billigte am 17.01.2013 einen entsprechenden inzwischen in Kraft getretenen Gesetzentwurf von Union und FDP, wonach Ärzten als `ultima ratio´ erlaubt wird, psychisch kranke oder geistig behinderte Menschen auch gegen ihren Willen zu behandeln [22].
Das Bundesjustizministerium hält die Neuregelung des § 1906 BGB und des FGG für eine "deutliche Verbesserung der Situation" seit den Nichtigkeitsentscheidungen von BVerfG und BGH. Die Rechtsunsicherheit der Ärzte verschwinde, außerdem würden die Anforderungen für eine Zwangsbehandlung „klarer definiert“ [23].

Auch die Landesregierungen Hessen, Baden-Württemberg und Schleswig-Holstein wollen in Landesgesetzen zur Unterbringung psychisch Kranker die Zwangsbehandlung Einwilligungsunfähiger neu fassen; Niedersachsen, Hessen und Schleswig-Holstein planen eine Novellierung des Maßregelvollzugrechtes, um eine neue Rechtsgrundlage für Zwangsbehandlung zu schaffen.

Ziel der geplanten Gesetzesnovellierungen ist, die Zwangsmedikation von nach den einzelnen Landesgesetzen untergebrachten Personen auf eine neue und ausreichende gesetzliche Grundlage zu stellen; die Novellierungen werden seitens der Landesgesetzgeber ausweislich der jeweiligen Begründungen der Gesetzesnovellen als unausweichlich gesehen, weil das Bundesverfassungsgericht mit Beschluss vom 12.10.2011 [24] die bisherige Grundlage für Zwangsbehandlungen gegen den Willen untergebrachter Personen – auch im Maßregelvollzug – für verfassungswidrig erklärt hat.

Diese Grundsatzentscheidung zu Beginn einer Reihe inhaltlich wesentlich gleichlautender höchstrichterlicher Entscheidungen wirke sich, so die Landesgesetzgeber, auch auf die vergleichbaren gesetzlichen Regelungen für die psychiatrische Zwangsbehandlung aus. Denn den vom Bundesverfassungsgericht aufgezeigten verfassungsrechtlichen Grenzen einer Zwangsbehandlung tragen bislang keine der landesrechtlichen Regelungen zur Unterbringung psychisch kranker Menschen (UBG/PsychKG) noch die der Maßregelvollzugsgesetze (MVollzG) Rechnung.
Dementsprechend gibt es in keinem Bundesland zurzeit eine hinreichende Rechtsgrundlage für die medizinische Behandlung gegen den Willen eines Patienten.

Die bisherigen landesgesetzlichen Rechtsgrundlagen lassen vielmehr dem Wortlaut nach eine Zwangsbehandlung ohne besondere Voraussetzungen zu.

Sie enthalten damit allesamt bei einem Vergleich mit den vom Bundesverfassungsgericht für verfassungswidrig erklärten Regelungen des rheinland-pfälzischen Maßregelvollzugsgesetzes und des baden-württembergischen Unterbringungsgesetzes ebenfalls keine den grundgesetzlichen Anforderungen genügende Eingriffsermächtigung für eine Zwangsbehandlung.

Ungeachtet der Schwere des Eingriffs der Zwangsbehandlung eines Untergebrachten muss es dem Gesetzgeber prinzipiell erlaubt sein, solche Eingriffe zuzulassen, was auch das Bundesverfassungsgericht eingeräumt hat [25].

Entsprechend dem Beschluss des Bundesverfassungsgerichtes kann im Maßregelvollzugsgesetz in Rheinland-Pfalz als einem Gesetz (auch) mit generalpräventivem Charakter kein Schutz Dritter etwa vor Straftaten mehr in Betracht kommen, um damit Zwangsbehandlung zu rechtfertigen [26]. Präventiven Aspekten könne, so das Bundesverfassungsgericht, hinreichend durch die geschlossene Un-

[19] Schneider-Addae-Mensah, Verfasser der Beschwerde 2 BvR 882/09, Anmerkung zum „Zwangsbehandlungsbeschluß“ vom 23.03.2011 – 2 BvR 882/09 –
[20] BVerfG 1 BvR 1502/08 Beschluss vom 04.05.2011
[21] “Gesetz zur Regelung der betreuungsrechtlichen Einwilligung in eine ärztliche Zwangsmaßnahme“ vom 18.02.2013, Bundesgesetzbl. 2013 Teil I Nr. 9
[22] vgl. Süddeutsche Zeitung vom 17. Januar 2013 - Bundestag billigt Zwangsbehandlungen im Notfall
[23] Zeit online vom 24.01.2013 - Zwangsbehandlungen als letztes Mittel
[24] BVerfG, Beschluss vom 12.10.2011, 2 BvR 633/11
[25] BVerfG, 2 BvR 882/09 vom 23.3.2011, Rn. 45
[26] ebenso OLG Celle, 1 Ws 233/11, Beschluss vom 03.08.2011

terbringung nach den §§ 63, 64 StGB Rechnung getragen werden [27].

Insbesondere das grundrechtlich geschützte Freiheitsinteresse des Untergebrachten selbst (Art. 2 Abs. 2 Satz 2 GG) könne geeignet sein, die Zwangsbehandlung gegen den erklärten Willen zu rechtfertigen, sofern der Untergebrachte zur Wahrnehmung dieses Interesses infolge krankheitsbedingter Einsichtsunfähigkeit nicht in der Lage sei [28].
Zwischen dem durch einen Zwangseingriff eingeschränkten Recht auf freie Selbstbestimmung und den grundrechtlichen Belangen, hier dem Freiheitsinteresse des Untergebrachten, die durch den Eingriff gewahrt werden sollen, habe eine Abwägung stattzufinden. Diese Abwägung müsse vor dem Hintergrund gesehen werden, dass einem Teil der Untergebrachten auf Grund ihrer Erkrankung eine freie Willensentscheidung nicht möglich sei.

Sofern der untergebrachte Patient krankheitsbedingt nicht zur Einsicht in die Krankheit fähig sei, könne ausnahmsweise ein Eingriff in sein Grundrecht nach Artikel 2 Abs. 2 des Grundgesetzes zulässig sein, wenn dieser darauf ziele, dass er sein Selbstbestimmungsrecht danach wieder ausüben könne.

Dies treffe z. B. auf Untergebrachte mit schizophrenen Erkrankungen zu. Schizophrene Psychosen zeichneten sich insbesondere durch erhebliche Störungen basaler kognitiver Fähigkeiten, der Ich-Funktion und des Realitätsbezuges aus, so dass die Betroffenen aufgrund der Erkrankung selbst die Notwendigkeit einer Behandlung nicht kritisch erkennen und reflektieren könnten. Eine misstrauisch-ablehnende Haltung sei häufig Bestandteil der Krankheitssymptomatik. Hier liege die Fähigkeit zu einer freien Entscheidung für die vorliegende Krankheit im Rahmen einer akuten oder chronisch floriden Symptomatik nicht vor, da die Erkrankung selbst die Persönlichkeitsstruktur und die sich aus ihr ergebenden Muster der Entscheidungsfindung und Willensbildung nachhaltig beeinträchtige. Eine unbehandelte Schizophrenie könne für den Betroffenen einen fortschreitenden Zerfall der Persönlichkeit mit gravierenden psychosozialen Folgen bedeuten [29].

Sobald die Fähigkeit zur Selbstbestimmung wiederhergestellt sei, könne sich der Untergebrachte dann wieder frei entscheiden, ob er eine weitere Behandlung im Sinne seines Freiheitsinteresses wünsche oder ob er von seiner grundrechtlich geschützten Freiheit dahingehend Gebrauch mache, sich für die „Freiheit zur Krankheit“ zu entscheiden und auf Heilung zielende Eingriffe abzulehnen [30].

Die Landesregierungen von Baden-Württemberg, Niedersachsen, Hessen und Schleswig-Holstein sehen entsprechenden Handlungsbedarf, die Regelungen der Unterbringungsgesetze PsychKG/UBG beziehungsweise der Maßregelvollzugsgesetze in Novellen den rechtlichen Vorgaben des Bundesverfassungsgerichts wie folgt anzupassen.

2. Die Gesetzentwürfe im Wortlaut – Ein Überblick

Sämtliche Landesgesetze enthalten bislang keine hinreichend konkrete Grundlage zur Zwangsbehandlung und dürften allesamt schon nicht den Anforderungen, die an die Klarheit und Bestimmtheit der gesetzlichen Grundlage für einen besonders schweren Grundrechtseingriff zu stellen sind, entsprechen. Aus diesem Grund sieht der jeweilige Landesgesetzgeber auch die Notwendigkeit von Gesetzesnovellen

(a) Der Entwurf § 8 UBG Baden-Württemberg neue Fassung lautet wie folgt (Stand Dezember 2012):

§ 8 Behandlung

(1) Wer auf Grund dieses Gesetzes in einer anerkannten Einrichtung untergebracht ist, hat Anspruch auf die notwendige Behandlung. Die Behandlung der Anlasserkrankung soll die tatsächlichen Voraussetzungen freier Selbstbestimmung der untergebrachten Person so weit als möglich wieder herstellen, um ihr ein möglichst selbstbestimmtes, in der Gemeinschaft eingegliedertes Leben in Freiheit zu ermöglichen. Die Behandlung umfasst auch Maßnahmen, die erforderlich sind, um der untergebrachten Person nach ihrer Entlassung ein eigenverantwortliches Leben in der Gemeinschaft zu ermöglichen.

(2) Die Behandlung bedarf der Einwilligung der untergebrachten Person. Die Einwilligung muss auf dem freien Willen der insoweit einwilligungsfähigen und ärztlich angemessen aufgeklärten untergebrachten Person beruhen. Die Aufklärung soll dem Ziel dienen, dass die untergebrachte Person der Behandlung zustimmt.

(3) Die Einwilligung der untergebrachten Person ist dann nicht erforderlich, wenn und solange

[27] BVerfG a.a.O. Rn. 46
[28] BVerfG a.a.O. Rn. 47
[29] vgl. Motive des Gesetzgebers zu § 8 ff. MVollzG Niedersachsen
[30] BVerfG a.a.O. Rn. 48

1. sie krankheitsbedingt zur Einsicht in die Behandlungsbedürftigkeit der Krankheit, wegen derer ihre Unterbringung notwendig ist, oder zum Handeln gemäß solcher Einsicht nicht fähig ist und die Behandlung nachweislich dazu dient,

a) eine Lebensgefahr oder eine akute schwerwiegende Gefahr für die Gesundheit der untergebrachten Person abzuwenden oder

b) die tatsächlichen Voraussetzungen freier Selbstbestimmung der untergebrachten Person so weit als möglich wiederherzustellen, um ihr ein möglichst selbstbestimmtes, in der Gemeinschaft eingegliedertes Leben in Freiheit zu ermöglichen oder

2. die Behandlung dazu dient, eine Lebensgefahr oder eine akute schwerwiegend Gefahr für die Gesundheit dritter Personen abzuwenden.

(3) Die Behandlung nach Satz 1 muss im Hinblick auf das Behandlungsziel, das ihren Einsatz rechtfertigt, Erfolg versprechen. Sie darf nur als letztes Mittel eingesetzt werden, wenn mildere Mittel, insbesondere eine weniger eingreifende Behandlung, aussichtslos sind. ln den Fällen von Satz 1 Nummer 1 Buchstabe b muss ihr der Versuch einer ernsthaften ärztlichen Aufklärung der betroffenen untergebrachten Person vorausgegangen sein, der darauf zielt, deren auf Vertrauen gegründete Zustimmung zu erreichen; in den Fällen von Satz 1 Nummer 1 Buchstabe a und Nummer 2 soll eine solche ärztliche Aufklärung erfolgen, sofern die Umstände diese zulassen. Ist die ärztliche Aufklärung unterblieben, soll sie sobald als möglich nachgeholt werden. Die für die untergebrachte Person mit der Behandlung einhergehenden Belastungen dürfen nicht außer Verhältnis zu dem erwartbaren Nutzen stehen; der im Hinblick auf die Behandlung zu erwartende Nutzen muss mögliche Schäden der Nichtbehandlung deutlich feststellbar überwiegen. Erfordert die Behandlung einen operativen Eingriff oder ist sie mit einer erheblichen Gefahr für Leben oder Gesundheit verbunden und ist die untergebrachte Person nicht fähig, Grund, Bedeutung oder Tragweite der Behandlung einzusehen oder ihren Willen nach dieser Einsicht zu bestimmen, ist die Einwilligung ihrer gesetzlichen Vertretung erforderlich.

(4) Eine Behandlung nach Absatz 3 darf nur auf ärztliche Anordnung und unter ärztlicher Überwachung durchgeführt werden, unbeschadet der Leistung erster Hilfe für den Fall, dass eine Ärztin oder ein Arzt nicht rechtzeitig erreichbar und mit einem Aufschub Lebensgefahr verbunden ist. Die Behandlungsmaßnahmen sind zu dokumentieren.
Ist eine Behandlung nach Absatz 3 erfolgt, soll, sobald es der Gesundheitszustand der untergebrachten Person zulässt, eine Nachbesprechung der Maßnahme durch die zuständige Ärztin oder den zuständigen Arzt erfolgen. Das Gespräch ist zu dokumentieren.

(5) Eine Behandlung nach Absatz 3 ist nur mit Zustimmung des Betreuungsgerichts
zulässig. Für Personen, die nach § 15 untergebracht sind, ist die vorherige Zustimmung der Strafvollstreckungskammer beziehungsweise Jugendkammer erforderlich.
Dies gilt nicht in den Fällen von Absatz 3 Satz 1 Nummer 1 Buchstabe a und Nummer 2, wenn hierdurch die Behandlung verzögert würde und sich hieraus Nachteile für das Leben oder die Gesundheit der gefährdeten Person ergeben würden ("Gefahr im Verzug").

(6) Liegt eine wirksame Patientenverfügung der zu behandelnden Person vor, durch
die eine Behandlung nach Absatz 3 ausgeschlossen ist, geht die Patientenverfügung
vor. Dies gilt nicht, wenn ein Fall von Absatz 3 Satz 1 Nummer 2 vorliegt."

(b) Der Entwurf der §§ 8 ff. MVollzG (Nds.) lautet wie folgt (Stand Januar 2013):

§ 8 - Behandlung der Anlasskrankheit
(1) [1]Der Untergebrachte hat Anspruch auf die nach dem aktuellen Stand des Wissens notwendige medizinische, therapeutische, pflegerische und pädagogische Behandlung seiner psychischen Krankheit, Störung oder Behinderung, die der Unterbringung zugrunde liegt (Anlasskrankheit). [2]Die Bereitschaft zur Behandlung und die Mitarbeit sind zu fördern. [3]Eine Behandlung, die die Persönlichkeit des Untergebrachten in ihrem Kernbereich verändern würde, ist unzulässig.
(2) Der Untergebrachte ist durch einen Arzt über Notwendigkeit, Art, Dauer und Umfang der Behandlung in einer seiner Auffassungsgabe und seinem Gesundheitszustand angemessenen Weise aufzuklären.
§ 8 a - Zulässigkeit der Behandlung der Anlasskrankheit bei Einwilligungsfähigen
[1]Ist der Untergebrachte fähig, Grund, Bedeutung und Tragweite der Behandlung einzusehen und seinen Willen nach dieser Einsicht zu bestimmen (Einwilligungsfähigkeit), so ist die Behandlung der Anlasskrankheit zulässig, wenn der Untergebrachte nach entsprechender Aufklärung (§ 8 Abs. 2) in die Behandlung eingewilligt hat. [2]Willigt ein einwilligungsfähiger Untergebrachter in die Behandlung

nicht ein, so ist er durch einen Arzt auf die möglichen medizinischen und rechtlichen Folgen der Ablehnung hinzuweisen.

§ 8 b - Zulässigkeit der Behandlung der Anlasskrankheit bei Einwilligungsunfähigen

(1) [1]Ist der Untergebrachte einwilligungsunfähig, so ist für die Behandlung der Anlasskrankheit sein natürlicher Wille festzustellen. [2]Ist der natürliche Willenach entsprechender Aufklärung (§ 8 Abs. 2) auf die Durchführung der Behandlung gerichtet, so ist sie zulässig. [3]Ist der natürliche Wille gegen die Durchführung der Behandlung gerichtet, so ist die Behandlung nur aufgrund einer schriftlichen Anordnung der Vollzugsleitung nach den Absätzen 4 bis 7 und nach Maßgabe der Absätze 8 und 9 zulässig.

(2) [1]Ist der natürliche Wille eines einwilligungsunfähigen volljährigen Untergebrachten nicht feststellbar und liegt eine Patientenverfügung im Sinne des § 1901 a Abs. 1 Satz 1 des Bürgerlichen Gesetzbuchs (BGB) vor, deren Festlegungen auf die aktuelle Lebens- und Behandlungssituation zutreffen, so richtet sich die Zulässigkeit der Behandlung der Anlasskrankheit nach dem daraus ermittelten Willen. [2]Ob die Festlegungen der Patientenverfügung auf die aktuelle Lebens- und Behandlungssituation zutreffen, prüft der Betreuer oder der Bevollmächtigte; er hat dem Willen des Betreuten Ausdruck und Geltung zu verschaffen (§ 1901 a Abs. 1 BGB). [3]Hat der Untergebrachte weder einen Betreuer noch einen Bevollmächtigten, so hat die Vollzugsleitung die Bestellung eines Betreuers anzuregen. [4]Solange ein Betreuer nicht bestellt ist, obliegen die Aufgaben nach Satz 2 dem zuständigen Arzt. [5]Liegt eine Patientenverfügung im Sinne des § 1901 a Abs. 1 Satz 1 BGB nicht vor oder treffen die Festlegungen der Patientenverfügung auf die aktuelle Lebens- und Behandlungssituation nicht zu, so beurteilt sich die Zulässigkeit der Behandlung der Anlasskrankheit nach § 1901 a Abs. 2 BGB; die Sätze 3 und 4 gelten entsprechend.

(3) [1]Ist der natürliche Wille eines einwilligungsunfähigen minderjährigen Untergebrachten nicht feststellbar, so ist die Behandlung der Anlasskrankheit zulässig, wenn der mutmaßliche Wille des minderjährigen Untergebrachten auf die Durchführung der Behandlung gerichtet ist. [2]Für die Ermittlung des mutmaßlichen Willens gilt 1901 a Abs. 2 BGB entsprechend mit der Maßgabe, dass an die Stelle des Betreuers die Personensorgeberechtigten treten.

(4) [1]Eine Anordnung der Behandlung der Anlasskrankheit gegen den natürlichen Willen des Untergebrachten kann getroffen werden, wenn

1. eine Patientenverfügung im Sinne des § 1901 a Abs. 1 Satz 1 BGB, deren Festlegungen auf die aktuelle Lebens- und Behandlungssituation zutreffen und gegen die Durchführung der Behandlung gerichtet sind, nicht vorliegt,

2. der ernsthafte, mit dem erforderlichen Zeitaufwand und ohne Ausübung von Druck unternommene Versuch eines Arztes, eine auf Vertrauen gegründete Zustimmung zu der Behandlung zu erreichen, erfolglos geblieben ist,

3. die Behandlung mit dem Ziel vorgenommen wird, als Voraussetzung für das Erreichen des Ziels der Unterbringung die tatsächlichen Voraussetzungen freier Selbstbestimmung des Untergebrachten zu schaffen oder wiederherzustellen, und die Behandlung geeignet ist, dieses Ziel zu erreichen,

4. weniger eingreifende Behandlungen aussichtslos sind und

5. der Nutzen der Behandlung die mit ihr einhergehenden Belastungen und den möglichen Schaden bei Nichtbehandlung deutlich überwiegt.

[2]Für die Feststellung, ob die Voraussetzungen des Satzes 1 Nr. 1 vorliegen, gilt Absatz 2 Sätze 2 bis 4 entsprechend. [3]In der Anordnung müssen Art, Dauer und Umfang der Medikation, die Intensität der ärztlichen und pflegerischen Überwachung sowie andere begleitende Kontrollen bestimmt werden. [4]Art und Dauer der konkret anzuwendenden Maßnahmen einschließlich der Auswahl und Dosierung einzusetzender Medikamente und begleitender Kontrollen dürfen nicht über das Erforderliche hinausgehen.

(5) [1]Vor einer Anordnung müssen zwei von der Einrichtung unabhängige Sachverständige in einer gemeinsamen Stellungnahme festgestellt haben, dass die Voraussetzungen des Absatzes 4 Satz 1 Nrn. 2 bis 5 vorliegen. [2]Ein Sachverständiger muss Facharzt für Psychiatrie sein und der andere Sachverständige eine Person mit Erfahrung im Umgang mit Untergebrachten. [3]Das Fachministerium beruft Fachärzte für Psychiatrie auf Vorschlag der Ärztekammer Niedersachsen und Personen mit Erfahrung im Umgang mit Untergebrachten auf Vorschlag des Ausschusses für Angelegenheiten der psychiatrischen Krankenversorgung als Sachverständige für die Dauer von fünf Jahren. [4]Die Auswahl der Sachverständigen im Einzelfall trifft das Fachministerium oder die von ihm bestimmte Landesbehörde. [5]Die Sachverständigen sind unabhängig und nicht weisungsgebunden sowie zur Verschwiegenheit verpflichtet. [6]Sie werden nach dem Justizvergütungs- und Entschädigungsgesetz vom 5. Mai 2004 (BGBl. I S. 718), zuletzt geändert durch Artikel 13 des Gesetzes vom 5. Dezember 2012 (BGBl. I S. 2418), in der jeweils gültigen Fassung entschädigt. [7]Die Vollzugsleitung und der Träger der Einrichtung sind verpflichtet, die Sachverständigen bei ihrer Arbeit zu unterstützen. [8]Sie haben ihnen, soweit es zur Erfüllung ihrer Aufgaben erforderlich ist, Auskünfte zu erteilen, Akteneinsicht zu gewähren und Gespräche mit den Untergebrachten sowie den Bediensteten zu ermöglichen. [9]Der Untergebrachte ist von dem zuständigen Arzt über die

bevorstehende Begutachtung durch die Sachverständigen zu unterrichten.
(6) [1]Der Untergebrachte ist nach Vorliegen der Stellungnahme der Sachverständigen von dem zuständigen Arzt über die beabsichtigte Anordnung zu unterrichten. [2]Ist der Untergebrachte minderjährig, so sind auch die Personensorgeberechtigten zu unterrichten. [3]Hat der Untergebrachte einen Betreuer oder einen Bevollmächtigten, so ist auch dieser zu unterrichten.
(7) [1]Die Anordnung der Behandlung ist dem Untergebrachten vor Behandlungsbeginn schriftlich bekannt zu geben. [2]Ist der Untergebrachte minderjährig, so ist die Anordnung auch den Personensorgeberechtigten bekannt zu geben. [3]Hat der Untergebrachte einen Betreuer oder einen Bevollmächtigten, so ist die Anordnung auch diesem bekannt zu geben. [4]Beantragt der Untergebrachte nicht innerhalb von zwei Wochen nach Bekanntgabe der Anordnung gerichtliche Entscheidung (§ 109 in Verbindung mit § 138 Abs. 3 des Strafvollzugsgesetzes), so darf mit der Behandlung begonnen werden.
(8) [1]Die Behandlung ist unter Angabe der maßgeblichen Gründe für ihre Anordnung, des Zwangscharakters der Behandlung, der Art und Weise der Durchführung, der vorgenommenen Kontrollen und der Überwachung der therapeutischen Wirksamkeit zu dokumentieren. [2]Sie ist durch einen Arzt zu überwachen.
(9) [1]Die Behandlung ist nach Erreichen des Behandlungsziels, spätestens jedoch nach Ablauf von sechs Monaten zu beenden. [2]Sie ist auch zu beenden, wenn im Verlauf der Behandlung eine Besserung nicht eintritt oder schwerwiegende Nebenwirkungen einen Abbruch der Behandlung erforderlich machen. [3]Die Behandlung darf nach Ablauf von sechs Monaten nur fortgeführt werden, wenn die Fortführung der Behandlung von der Vollzugsleitung schriftlich angeordnet worden ist; die Absätze 4 bis 8 und die Sätze 1 und 2 gelten für die Fortführung entsprechend."
§ 8 c - Behandlung bei einer in der Anlasskrankheit begründeten gegenwärtigen erheblichen Gefahr
(1) [1]Zur Abwehr einer in der Anlasskrankheit begründeten gegenwärtigen erheblichen Gefahr für das Leben oder die Gesundheit einer anderen Person ist eine Behandlung eines Untergebrachten auch gegen dessen Willen zulässig, wenn sie geeignet ist, die Gefahr abzuwehren, die Gefahr nicht durch ein weniger belastendes Mittel abgewehrt werden kann und weniger eingreifende Maßnahmen aussichtslos sind. [2]Die Behandlung bedarf der Anordnung der Vollzugsleitung.
(2) Besteht eine in der Anlasskrankheit begründete gegenwärtige erhebliche Gefahr nur für das Leben oder die Gesundheit des Untergebrachten, so ist eine Behandlung des Untergebrachten nur zulässig, wenn die Voraussetzungen des Absatzes 1 vorliegen und der Untergebrachte die Behandlung in einwilligungsfähigem Zustand nicht abgelehnt hat.
(3) [1]Die Behandlung ist unter Angabe der maßgeblichen Gründe für ihre Anordnung, des Zwangscharakters der Behandlung, der Art und Weise der Durchführung, der vorgenommenen Kontrollen und der Überwachung der therapeutischen Wirksamkeit zu dokumentieren. [2]Sie ist durch einen Arzt zu überwachen. [3]Ist der Untergebrachte minderjährig, so sind die Personensorgeberechtigten zu unterrichten. [4]Hat der Untergebrachte einen Betreuer oder Bevollmächtigten, so ist dieser zu unterrichten.
(4) Die Behandlung ist nach Erreichen des Behandlungsziels, spätestens nach Ablauf von zwei Wochen zu beenden.
§ 8 d - Behandlung sonstiger Krankheiten, sonstige Gesundheitsfürsorge, Hygiene
[1]Untergebrachte haben in entsprechender Anwendung der §§ 56 bis 63 des Niedersächsischen Justizvollzugsgesetzes (NJVollzG) vom 14. Dezember 2007 (Nds. GVBl. S. 720), zuletzt geändert durch Artikel 2 des Gesetzes vom 12. Dezember 2012 (Nds. GVBl. S. 566), in der jeweils geltenden Fassung Anspruch auf Behandlung von anderen Krankheiten als der Anlasskrankheit sowie auf Schutzimpfungen, medizinische Vorsorgeleistungen und Gesundheitsuntersuchungen und in entsprechender Anwendung des § 71 NJVollzG auf Leistungen bei Schwangerschaft und Mutterschaft. [2]Untergebrachte sind anzuhalten, auf die eigene Gesundheit zu achten, auf die Gesundheit anderer Personen Rücksicht zu nehmen und Hygienevorschriften einzuhalten.

(c) Der Entwurf des § 11 des vollständig neu geschaffenen UBG des Landes Hessen lautet wie folgt :
§ 11 Zwangsmaßnahmen auf dem Gebiet der Gesundheitsfürsorge

(1) Medizinische Untersuchungen und Behandlungen sowie die Ernährung sind zwangsweise gegen den natürlichen Willen einer untergebrachten Person nur zulässig bei

1. Lebensgefahr,
2. erheblicher Gefahr einer schwerwiegenden Schädigung der Gesundheit der untergebrachten Person oder
3. erheblicher Gefahr einer schwerwiegenden Schädigung der Gesundheit anderer Personen oder
4. wenn dies zur Wiedererlangung der Freiheit und zur Wiederherstellung der Entscheidungs- und Handlungsfähigkeit der untergebrachten Person erforderlich ist und wenn gewichtige Gründe die Annahme belegen, dass ohne die Maßnahme die Entlassung der untergebrachten Person nicht möglich sein wird.

(2) Zwangsmaßnahmen nach Abs. 1 dürfen nur angeordnet werden, wenn

1. erfolglos versucht worden ist, die auf Vertrauen gegründete Zustimmung der untergebrachten Person zu der Untersuchung, Behandlung oder Ernährung zu erwirken,
2. deren Anordnung der untergebrachten Person angekündigt wurde und sie über Art, Umfang und Dauer der Maßnahme durch eine Ärztin oder einen Arzt aufgeklärt wurde,
3. die Maßnahme zur Abwendung der Lebens- oder Gesundheitsgefahr oder zur Wiederherstellung der Freiheit geeignet, erforderlich, für die betroffene Person nicht mit unverhältnismäßigen Belastungen und Folgen verbunden ist und mildere Mittel keinen Erfolg versprechen und
4. der zu erwartende Nutzen der Maßnahme den möglichen Schaden der Nichtbehandlung deutlich überwiegt.

(3) Zur Durchführung von Zwangsmaßnahmen in den Fällen des Abs. 1 Nr. 1 und 2 ist die Einrichtung nicht berechtigt, solange von einer freien Willensbestimmung der untergebrachten Person ausgegangen werden kann.

(4) Zwangsmaßnahmen nach Abs. 1 werden durch eine Ärztin oder einen Arzt nach § 4 Abs. 2 geleitet und überwacht. Die Gründe für die Anordnung der Maßnahmen nach Abs. 1, das Vorliegen der Voraussetzungen nach Abs. 2 sowie die ergriffenen Maßnahmen, einschließlich ihres Zwangscharakters, der Durchsetzungsweise, der Wirkungsüberwachung sowie der Untersuchungs- und Behandlungsverlauf, sind zu dokumentieren.

(5) Von den Anforderungen nach Abs. 2 Nr. 1 und 2 kann abgesehen werden, wenn Gefahr im Verzug besteht.

(6) Liegt eine wirksame Patientenverfügung der zu behandelnden Person vor, durch die die Behandlung ausgeschlossen ist, ist die Patientenverfügung vorrangig. Dies gilt nicht für den Fall des Abs. 1 Nr. 3, wenn die Behandlung dazu dient, eine Lebensgefahr oder eine akute schwerwiegende Gefahr für die Gesundheit dritter Personen abzuwenden.

(7) Zur Gewährleistung des Gesundheitsschutzes und der Hygiene ist die zwangsweise körperliche Untersuchung der untergebrachten Person zulässig, wenn sie nicht mit einem körperlichen Eingriff verbunden ist.

(d) In Anlehnung hierzu soll das Maßregelvollzugsgesetz in Hessen in § 7a wie folgt neu gefasst werden:
§ 7a Zwangsmaßnahmen auf dem Gebiet der Gesundheitsfürsorge

(….) in Abs. 1 bis 5 wesentlich inhaltsgleich mit dem geplanten § 11 HUBG

(6) Die Behandlung aufgrund einer Anordnung nach Abs. 2 bedarf der vorherigen Genehmigung der Strafvollstreckungskammer oder des einweisenden Gerichts.

<u>ALTERNATIVER ABS. 6: Die Behandlung aufgrund einer Anordnung nach Abs. 2 bedarf der vorherigen Genehmigung der Fachaufsicht. Gegen die Anordnung kann nach § 109 der Strafprozessordnung gerichtliche Entscheidung beantragt werden.</u>

(7) Liegt eine wirksame Patientenverfügung der zu behandelnden untergebrachten Person vor, durch die die Behandlung ausgeschlossen ist, ist die Patientenverfügung vorrangig. Dies gilt nicht für den Fall des Abs. 1 Nr. 3, wenn die Behandlung dazu dient, eine Lebensgefahr oder eine akute schwerwiegende Gefahr für die Gesundheit dritter Personen abzuwenden.“

(e) Der Entwurf des § 14a des PsychKG des Landes Schleswig-Holstein lautet wie folgt :
§ 14a Voraussetzungen medizinischer Behandlung

(1) Die medizinische Behandlung eines einwilligungsfähigen Untergebrachten ist zulässig, wenn sie von einer frei von unzulässigem Druck, auf der Grundlage der gebotenen ärztlichen Aufklärung, erteilten Einwilligung des Untergebrachten gedeckt ist.

(2) In anderen Fällen ist die medizinische Behandlung eines Untergebrachten nur zulässig, wenn

1. eine psychische Krankheit den Untergebrachten daran hindert, die Schwere seiner Krankheit und die Notwendigkeit von Behandlungsmaßnahmen einzusehen oder gemäß solcher Einsicht zu handeln (Einwilligungsunfähigkeit),

2. die Behandlung verspricht, dem Betroffenen ein Leben in Freiheit zu ermöglichen,

3. keine Aussicht besteht, dass eine weniger eingreifende Behandlung dem Betroffenen ein Leben in Freiheit ermöglicht,

4. der erwartbare Nutzen der Behandlung die damit verbundenen Belastungen deutlich überwiegt,

5. die Behandlung dem in einer Patientenverfügung dokumentierten oder, wenn eine Patientenverfügung dazu nicht vorliegt, dem mutmaßlichen Willen des Untergebrachten entspricht,

6. eine den Verständnismöglichkeiten des Untergebrachten entsprechende ärztliche Aufklärung über die beabsichtige Behandlung und ihre Wirkungen erfolgt ist,

7. ein ernsthafter Versuch unternommen worden ist, die auf Vertrau-en gegründete Zustimmung des Untergebrachten zu erreichen, falls dieser der Behandlung widerspricht,

8. ein Arzt die beabsichtigte Behandlung in einem Behandlungsplan niedergelegt hat (§ 12) und

9. die Behandlung entsprechend der §§ 8-11 angeordnet worden ist.

(3) Eine Behandlung entspricht dem mutmaßlichen Willen des Untergebrachten, wenn er der Maßnahme bei wiedererlangter Einsichtsfähigkeit voraussichtlich zustimmen wird. Eine Behandlung, die mit mehr als einem vernachlässigbaren Restrisiko irreversibler Gesundheitsschäden verbunden ist, widerspricht in der Regel dem mutmaßlichen Willen des Untergebrachten.

(4) Eine Behandlung kann gleichzeitig mit der Unterbringung angeordnet werden.

(5) Die vorläufige Anordnung einer Behandlung nach Absatz 2 in Verbindung mit § 11 ist nur zulässig, wenn sie erforderlich ist, um von dem untergebrachten Menschen eine nicht anders abwendbare gegenwärtige Gefahr einer erheblichen Schädigung seiner Gesundheit oder für sein Leben abzuwenden.

(6) Behandlungsmaßnahmen nach Absatz 2 sind einschließlich ihres Zwangscharakters, der Durchsetzungsweise, der maßgeblichen Gründe und der Wirkungsüberwachung.

(f) § 5a MVollzG in der geplanten neuen Fassung
ist inhaltsgleich mit § 14a PsychKG Schleswig-Holstein [31]

[31] Der Behandlungsplan, Abs. 2 Ziffer 8, soll sich konsequenterweise aus § 5 MVollzG ergeben

3. Eine kleine Rechtsphilologie der leges propositae

Im 2. Kapitel haben wir ohne Plagiatsabsicht die hier vor allem traktierten Gesetzentwürfe in einer Art Zitatencollage kommentarlos vorgestellt. Jede Abgeordnete und jeder Abgeordnete, die wir vor allem ansprechen, soll sich zuerst und vor allem selbst ein Gesetzesbild verschaffen. Wir verstehen unsere vor- und nachgeschalteten Ausführungen und Belege als Lesehilfe, mitnichten als Anleitung, eines jedenfalls untergründig komplexen, voll von missverständlichen Angeln bestehenden scheinglatten Textes. Deren bedarf man freilich. „Gesund“ wird der Menschenverstand nur, wenn er die Lese-, Gesprächs-, Beobachtungs- und Gedankenzeit erübrigt und sich im jeweiligen spinnwebig versponnenen Problemloch mit genügend gedanklichem Licht Einsichtshelle verschafft. Darum maßen wir uns auch nicht an, an Ihrer Stelle zu lesen. Über hier brauchbare Brillen aus langer Beschäftigung verfügend, wollen wir nur auf etliche wichtige, leicht übersehbare Kleinigkeiten entlang des ausgewählten Textes aufmerksam machen.

ad a) Der Entwurf § 8 UBG Ba-Wü

(1) Wohl gedacht und wohl beabsichtigt, dieser 1. Absatz, indes durch und durch vormundlich – früher hätte man gesagt, patriarchalisch – ausgedrückt. Die Patientin/der Patient, deren beliebig inhaltlich füllbare „Anlasserkrankung“, dafür „notwendig“ „behandelt“ werden soll, wird wie unvermerkt von vornherein zum Objekt. Sie/Er wird in dieser Hinsicht versachlicht.

(2) Wie dem so ist, geht es von vornherein nur darum, dass die schon „untergebrachte Person“ – über die Prozedur und wenigstens ihre Mitentscheidung beim Unterbringen erfährt man nichts – in etwas offenbar schon nahezu Fertiges einwilligt. Immerhin soll sie aufgeklärt werden mit dem freilich bestimmten Ziel, sie solle „der Behandlung“ zustimmen. Eine offenere Formulierung sucht man vergebens. Immerhin ist die Person schon „untergebracht“, sodass die Behandlung fast wie eine logische Folge aussieht.

(3) Kaum stellt sich Unruhe ein, weil vorausgesetzte Prämissen wie selbstverständlich erscheinen und keine transparente Aufnahme- und Entscheidungsstruktur erkenntlich sind, kommt schon der Zwangshammer aus dem Ärmel. Harmlos und ohne den qualitativen Verhaltenssprung auch nur anzudeuten. Einem selbstverständlichen Sach- als Personenzwang gleich, werden im langen 3. Punkt nur ohne Erörterung die aus der nicht diskutierten Zwangsprämisse folgenden, ihrerseits argumentations- und nachweisdunkel bleibenden Kriterien kriterienlos, sprich pauschal benannt. Unter der Voraussetzung der Einwilligung, da zu bleiben und behandelt zu werden – Scheunentore in deren

Worthallen alles untergebracht werden kann –, werden subkutan Zwangsgründe aufgereiht: krankheitsbedingt, behandlungsbedürftig, Zwangsunterbringung, zugleich einsichtsunfähig – eine Sequenz, in der jeder qualifizierende Ausdruck für sich steht und zugleich wie in einer engen Sequenz von den anderen Qualitäten bedingt wird, die er seinerseits bedingt. Und diese Sequenz wird mit der Krone geschlossen, die zwangsweise Behandlung diene „nachweislich" (!?!) – ohne dass von Nachweisen irgend die Rede ist – einem Kuddelmuddel als selbstverständlich und also evident statuiertem Ziele. Als da sind: „eine Lebensgefahr" abzuwenden (wer die Gefahr wohl erkennt und wertet? Gewiss nicht der/die Behandelte); eine davon offenkundig und dunkel zugleich unterschiedene „akute und schwerwiegende Gefahr für die Gesundheit" über die Person hinweg abzuwehren (die Fragen warum, wer wie, was und vor allem mit welchen Mitteln kehren im ungesungenen Refrain wieder); wo aber solche Gefahren zwangsbewehrt sind, wächst das Rettende „freier Selbstbestimmung" auch im praktizierten und dann zu lebenden Paradoxon. Und so geht es unter 2. weiter. Jetzt sind die Gefahren für „dritte Personen" in unbegrenzter Skalierung an der Reihe, potentiell die Menschheit in toto.

(4) Wir halten ein. Die hier pseudogesetzesförmig mit einer fahrlässigen Formulierung nach der anderen formulierte Sache der Zwangsbehandlung ist für die so Behandelten zu bitter erst, als dass man kabarettartig herausheben dürfte, was in diesem Vorschlagstext eines in jeder Hinsicht unreifen Gesetzes wachschlummert. Im (3) Absatz geht es mit atemlosem Tempo über die spitzen Steine ungeklärter Behauptungen mit mutmaßlich angestrebtem Placeboeffekt weiter. Zunächst wird eher verheißen als verlangt – geschweige denn in Wie aufgedeckt –, dass die Behandlung ihrem Ziel entsprechen und vor allem erfolgreich ausfallen müsse, ein ungedeckter und einseitig abzugeltender Vertrauensscheck zuungunsten allein des zwangsbehandelten Schuldners ohne eigene Anteile. Hinzugefügt wird im nächsten Satz, die Behandlung, dürfe nur „als letztes Mittel" eingesetzt werden. Wie sie dann wohl aussieht? Wer über sie und ihren Erfolg an dem behandelten sub-jectum, der unterworfenen Sachperson entscheidet? Usw.; usf..

Diese Brise einer Rechtsphilologie müssen wir, vom Gesetzentwurf „behandelt", vorläufig abschließen. Sobald man die Entwürfe der Gesetzestexte genauer liest – und genauer lesen heißt, sie analytisch, sprich sie auf ihre Voraussetzungen und Konsequenzen zu lesen, letztlich eingedenk des Maßstabs in unserem Falle, was geschieht der behindert versehrten Bürgerin und dem behindert versehrten Bürger, damit sie ein möglichst gleiches, freies und selbstbestimmtes Leben führen können –, also sobald man diese Entwürfe genauer liest und durch sie hindurchblickt, könnte es so scheinen, als polemisiere man. Das aber ist mitnichten unsere Absicht. Wir wollen nur verhindern, soweit wir dies als sachverständige Bürger tun können, dass Gesetzentwürfe, die ein Übermaß an mangelhaft begründeten, zum Teil auch so nicht begründbaren Regelungen den Repräsentierenden der Bürgerinnen und Bürger und diesen selbst auftischen, nicht doch wenigstens zeitweise rechtens werden. Sie formen nämlich im Ergebnis Unrecht. Unrecht für alle psychisch Behinderten; Unrecht selbst für die Bürgerinnen und Bürger. Sie täuschen sie in ihrer zulässigen Hoffnung, Regeln zu erhalten, die Umgangsformen mit psychisch Behinderten erlauben, die allen Spaß bereiten in möglichst gesunden Lebensverhältnissen zu leben ohne repressive Diskriminierungen Anderer und Andersartiger unter uns.

4. Die Entscheidungen des Bundesverfassungsgerichtes zur Zwangsbehandlung

Das Bundesverfassungsgericht hat mit Beschluss vom 12.10.2011, 2 BvR 633/11 [32], § 8 Absatz 2 Satz 2 des Unterbringungsgesetzes des Landes Baden-Württemberg (UBG BW) als mit dem Grundrecht auf körperliche Unversehrtheit aus Art. 2 Abs. 2 GG i. V. mit dem Grundrecht auf effektiven Rechtsschutz aus Art. 19 Abs. 4 GG unvereinbar und nichtig erklärt. Vorausgegangen war die Entscheidung des BVerfG vom 23.03.2011, 2 BvR 882/09, die § 6 Abs. 1 Satz 2 des rheinland-pfälzischen Landesgesetzes über den Vollzug freiheitsentziehender Maßregeln (MVollzG RP), der operative Eingriffe, Behandlungen und Untersuchungen an einem im Maßregelvollzug Untergebrachten auch ohne dessen Einwilligung zulässt, ebenfalls als mit Artikel 2 Abs. 2 Satz 1 i.V.m. Art. 19 Abs. 4 GG unvereinbar und demzufolge als nichtig erklärt [33].

Bei der medizinischen Zwangsbehandlung eines Patienten mit Neuroleptika, handelt es sich nach Ansicht des Bundesverfassungsgerichts um „einen besonders schwerwiegenden Grundrechtseingriff in das Recht auf körperliche Unversehrtheit" [34].

[32] BVerfG, Beschl. v. 23.03.2011 - 2 BvR 882/09 (NJW 2011, S. 3571)
[33] BVerfG NJW 2011, S. 2113
[34] Sachs, Körperliche Unversehrtheit und Selbstbestimmung JuS 2011, 1047

Zwar hat das Bundesverfassungsgericht nur zu den Regelungen der Länder Rheinland-Pfalz [35], Baden-Württemberg [36] und Sachsen [37] Stellung genommen. Jedoch dürften die bisherigen landesrechtlichen Regelungen in Niedersachsen, Hessen und Schleswig-Holstein in Konsequenz der zitierten Entscheidungen den aus dem Verhältnismäßigkeitsgrundsatz abzuleitenden „Anforderungen, denen ein zur medizinischen Zwangsbehandlung eines Untergebrachten ermächtigendes Gesetz“ genügen soll, nicht entsprechen.
Der „scheinbare Konsens, mit Zwangsbehandlungen in der Praxis umzugehen“ [38], endete auch für die landesrechtlichen Vorschriften in den Bundesländern Niedersachsen, Hessen und Schleswig-Holstein mit den Entscheidungen des BVerfG.
Selbst wenn in engem Rahmen von einer Zulässigkeit einer Zwangsbehandlung im Zuge einer Neuregelung der UBG/PsychKG und der MVollzG ausgegangen würde, müssen in Konsequenz dieser verfassungsgerichtlichen Postulate [39] eine Reihe von Voraussetzungen erfüllt sein:

a. Generell ist eine Zwangsbehandlung nur bei einwilligungsunfähigen Patienten zulässig; ist der Betroffene in der Lage seinen Willen kundzutun und Risiken und Nutzen der Behandlung abzuwägen, ist eine Behandlung gegen den erklärten Willen eines Patienten unzulässig.

Eine vorab errichtete Patientenverfügung ist dem gleichgestellt, soweit diese die Zwangsbehandlung untersagt:
Eine Patientenverfügung manifestiert den früher geäußerten freien Willen eines Patienten selbst dann, wenn dieser im Zuge einer akuten Behandlung als nicht einwilligungsfähig gilt. Der in der Verfügung geäußerte Wille ist maßgeblich. Es handelt sich um Entscheidungen des Betroffenen über die Einwilligung oder Nichteinwilligung in bestimmte Untersuchungen des Gesundheitszustands, Heilbehandlungen oder ärztliche Eingriffe, die auf die darauffolgend konkret eingetretene Lebens- und Behandlungssituation zutreffen[40]. Diese Entscheidung ist für Ärzte, Gerichte und auch andere Beteiligte bindend [41].

b. Zwangsbehandlung darf nur `ultima ratio´ sein. Jedweder Zwangsbehandlung vorausgehen muss nach dem Wortlaut der verfassungsrechtlichen Leitentscheidungen „der ernsthafte, mit dem nötigen Zeitaufwand und ohne Ausübung unzulässigen Drucks unternommene Versuch, die auf Vertrauen gegründete Zustimmung des Untergebrachten zu erreichen“.

c. Eine Zwangsbehandlung muss vorab so rechtzeitig angekündigt werden, dass der Betroffene vorher effektiven Rechtsschutz einholen kann [42].

d. Die Maßnahme muss einen Heilungserfolg durch die Medikation gewährleisten. Sie muss angemessen, geeignet und erforderlich sein.

e. Verboten ist eine Zwangsbehandlung ohne Ausnahmen, wenn diese „mehr als mit einem vernachlässigbarem Restrisiko irreversibler Gesundheitsschäden verbunden ist“ [43].

f. Es besteht Dokumentationspflicht hinsichtlich des vorangegangenen Gespräches, des Zwangscharakters der Zwangsmaßnahme, der Durchsetzungsweise der Zwangsmedikation, der Benennung maßgeblicher Gründe der Maßnahme und Wirkungsüberwachung [44].

g. Die Zwangsmedikation muss vorab in jeder Hinsicht hinsichtlich der Behandlung, ihrer Art, ihrer Dauer und der Dosierung der Medikation konkretisiert werden [45].

h. In dem Genehmigungsbeschluss muss „die von dem Betreuten zu duldende Behandlung so präzise wie möglich an(ge)geben“ werden, wozu die Angabe des Medikaments, Dosierung und Verabreichungshäufigkeit und ein Ersatzmedikament gehörten, wenn das genehmigte Medikament nicht vertragen werde [46].

i. Anordnung und Überwachung der Zwangsbehandlung müssen durch einen Arzt erfolgen.

j. Die Notwendigkeit der Zwangsbehandlung muss einrichtungsextern gutachterlich festgestellt werden. Vom Bundesverfassungsgericht ist als besonderes Problem hervorgehoben, dass in Fachkreisen bislang nicht hinreichend gesichert ist, dass krankheitsbedingt fehlende Einsichtsfähigkeit Voraussetzung der Zwangsbehandlung sein muss. So existieren in Deutschland, nachdem von der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN) in den neunziger Jahren initiierte Versuche zur Etablierung medizinischer Standards für

[35] BVerfG, Beschluss vom 23. März 2011 – 2 BvR 882/09 –, BVerfGE 128, 282-322
[36] BVerfG, Beschluss vom 12. Oktober 2011 – 2 BvR 633/11 –, BVerfGE 129, 269-284
[37] zuletzt BVerfG, Beschluss vom 20. Februar 2013 – 2 BvR 228/12
[38] Heitmann, jurisPR-FamR 13/2012 Anm. 6
[39] BVerfG, Beschl. v. 23.03.2011 - 2 BvR 882/09 (NJW 2011, S. 3571)
[40] BT-Drs. 16/8442, S. 14.
[41] Bauer in Prütting/Wegen/Weinreich: BGB Kommentar, 7. Auflage 2012, § 1901 a BGB Anm. 2 m.w. Nachw.
[42] Heitmann, jurisPR-FamR 13/2012 Anm. 6
[43] BVerfG, Beschl. v. 23.03.2011 - 2 BvR 882/09 (NJW 2011, S. 3571)
[44] Heitmann, jurisPR-FamR 13/2012 Anm. 6
[45] BGH, Beschl. v. 01.02.2006 - XII ZB 236/05 – Heitmann, jurisPR-FamR 9/2006 Anm. 1

Zwangsbehandlungen nicht zu einem Ergebnis geführt haben, keine medizinischen Standards für psychiatrische Zwangsbehandlungen, aus denen mit der notwendigen Deutlichkeit hervorginge, dass Zwangsbehandlungen mit dem Ziel, den Untergebrachten entlassungsfähig zu machen, ausschließlich im Fall krankheitsbedingter Einsichtsunfähigkeit zulässig wären. Das dementsprechende Bewusstsein hierfür hat sich in den medizinischen und juristischen Fachkreisen noch nicht allgemein verbreitet [46].
Dass dementsprechend ein Bewusstsein hierfür in den medizinischen und juristischen Fachkreisen nicht vorhanden sei und eine Regelung, wie in der Entscheidung des Bundesverfassungsgerichtes vom 23.03.2011 festgestellt, unverzichtbar sei, zeige sich schon daran, dass weder die Klinik noch die Fachgerichte sich in der der Entscheidung zugrunde liegenden Fallkonstellation mit der Frage auch nur ansatzweise auseinandergesetzt hätten, ob beim Patienten eine krankheitsbedingte Unfähigkeit zur Einsicht in die Notwendigkeit der Behandlung bestanden habe. Die bloße Diagnose einer Persönlichkeitsstörung jedenfalls beantworte diese Frage nicht im Ansatz.

k. Zwangsbehandlung sei schon wegen des Grundsatzes der Verhältnismäßigkeit nicht erlaubt, um den Schutz Dritter vor künftigen Straftaten oder auch Gefahren des Untergebrachten im Fall seiner Entlassung zu gewährleisten. Dieser Schutz, so die entsprechende Entscheidung, könne auch dadurch gewährleistet werden, dass der Betreffende unbehandelt im Maßregelvollzug verbleibe.
Eine Zwangsbehandlung mit Neuroleptika zum Zwecke der Gefahrenabwehr ist seither ausgeschlossen.

l. Das BVerfG hält die Voraussetzungen für eine bloße Unvereinbarkeitserklärung mit begrenzter Weitergeltung angesichts der Schwere der Grundrechtseingriffe bei einer Regelung zur Zwangsbehandlung bei nicht verfassungskonformen Vorschriften nicht für gegeben. Eine gesetzliche Grundlage für eine Zwangsbehandlung kann daher auch künftig keine geltungserhaltende Reduktion für sich beanspruchen, wenn eine gesetzliche Regelung mangelhaft ist. Eine verfassungskonforme Auslegung eines künftigen Regelwerkes ist ebenfalls ausgeschlossen; dieses müsste vollumfänglich und in allen Punkten den Anforderungen des Bundesverfassungsgerichtes genügen.

Diese hohen Hürden, die das Bundesverfassungsgericht 2011 für ein künftiges nicht von ihm als zwingend notwendig erachtetes Zwangsbehandlungsgesetz aufgestellt hat, zeigen die Intensität und Schwere des Grundrechtseingriffes bei einer Zwangsbehandlung auf.

[46] BVerfG, 2 BvR 633/11 Beschluss vom 12.10.2011

5. Die derzeitige Diskussion und der derzeitige Sachstand zur Zwangsbehandlung

Inzwischen hat sich in der Rechtsprechung allgemein durchgesetzt, dass die Entscheidungen des Bundesverfassungsgerichtes vom 23.03.2011 (NJW 2011, 2113ff.) sowie vom 12.10.2011 (NJW 2011, 3571ff.) allgemein für alle gesetzlichen Regelungen über Zwangsbehandlungen Bedeutung haben und Zwangsbehandlungsgesetze generell den vom Bundesverfassungsgericht aufgestellten Anforderungen genügen müssen [47].

Die Entscheidungen des Bundesverfassungsgerichtes sind auch in der Rechtsprechung und weiten Teilen der Literatur allgemein als verbindlich für alle Regelwerke betreffend Zwangsmaßnahmen bei der Gabe von Neuroleptika angenommen worden.

Zwar hat das Bundesverfassungsgericht in einer weiteren Entscheidung zur Zwangsbehandlung eines auf der Grundlage des Sächsischen Gesetzes über die Hilfen und die Unterbringung bei psychischen Krankheiten (SächsPsychKG) vom 10. Oktober 2007 eine Annahme der Verfassungsbeschwerde zunächst mit dem tragenden Argument abgelehnt, dass mit der Leitsatzentscheidung BVerfG NJW 2011, 2113 ff. die wesentlichen Anforderungen an die gesetzlichen Grundlagen einer Zwangsbehandlung geklärt seien und von den Fachgerichten zu erwarten stehe, dass sie diese bei künftigen Entscheidungen, die die Zwangsbehandlung von Untergebrachten betreffen, von Amts wegen im Auge behalten und entsprechend verfahren. [48] In einer Entscheidung vom 20. Februar 2013 [49] hat das Bundesverfassungsgericht dann aber auch eine Novellierung des § 22 Abs. 1 S. 1 des sächsischen PsychKG für verfassungswidrig und als gesetzliche Grundlage nicht geeignet erklärt, weil das Gericht das gesetzliche Erfordernis der Zustimmung des Betroffenen oder seines gesetzlichen Vertreters nicht hinreichend konkretisiert sah [50]. Für den Betreuer, so das Bundesverfassungsgericht, folge aus der gesetzlichen Vertretungsmacht „nicht zugleich die Befugnis, einen entgegenstehenden Willen des Betreuten durch Zwang zu überwinden“ und eine „Zwangsbehandlung seitens Dritter durch Einwilligung zu legitimieren“.

In Konsequenz der verfassungsrechtlichen Vorgaben hatte das Landgericht Potsdam [51] in Anlehnung an die Entschei-

[47] Sachs, Grundrechte: Körperliche Unversehrtheit und Selbstbestimmung JuS 2011, 1047
[48] BVerfG, 2 BvR 2362/11 vom 15.12.201 Abs. Nr. 6
[49] BVerfG, Beschluss vom 20. Februar 2013 – 2 BvR 228/12
[50] BVerfG, Beschluss vom 20. Februar 2013 – 2 BvR 228/12
[51] LG Potsdam 20 Vollz 2/12 Beschluss vom 4. Januar 2013

dung des Verfassungsgerichtes bereits im Januar 2013 entschieden, dass § 40 Abs. 3 des BbgPsychKG nicht als Rechtsgrundlage für eine Zwangsmedikation auf Grundlage der dortigen landesgesetzlichen Regelung herangezogen werden kann.

In der öffentlichen Meinung wie auch in der Literatur wurden die Entscheidungen des Bundesverfassungsgerichtes zur Zwangsbehandlung kontrovers diskutiert.

Das Präsidium des Deutschen Richterbundes hatte sich dafür ausgesprochen, eine klare gesetzliche Grundlage für die medikamentöse Zwangsbehandlung von betreuten psychisch Kranken zu schaffen.
Mit Schreiben an das Bundesjustizministerium und an den Rechtsausschuss des Bundestages wies der Richterbund auf den dringenden Handlungsbedarf aus Sicht des Verbandes hin [52].

Die Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN) erkennt die im Zuge der beiden Entscheidungen des Verfassungsgerichtes erfolgte Stärkung des Patientenwillens und der Patientenautonomie an. Die DGPPN ordnet ein solches unbeschränktes Selbstbestimmungsrecht allerdings ausschließlich Patienten mit Patientenverfügung bzw. Vorsorgevollmacht zu, die es erklärtermaßen zu respektieren gelte [53].

Die beiden einschlägigen Entscheidungen des Bundesverfassungsgerichtes aber auch die sich anschließende Rechtsprechung des BGH würden dem Interesse psychiatrischer Patienten wie der Helfenden in der Psychiatrie nicht gerecht. Bei ärztlichen Entscheidungen im Dilemma zwischen einer als Körperverletzung gewerteten Zwangsbehandlung und unterlassener Hilfeleistung fehle die Rechtssicherheit. [54].
Folge sei, dass anstelle gut bewährter medikamentöser Therapie im Zuge von Unterbringungen mechanische Sicherungsmaßnahmen, etwa mittels Fixierung, erfolgen müssten. Beschäftigte und Mitpatienten seien in psychiatrischen Kliniken „unzumutbaren Risiken“ ausgesetzt. Die mit schweren psychischen Erkrankungen einhergehenden Lasten würden vermehrt auf die Betroffenen selbst und ihre Familien zurückfallen. In Deutschland bestehe gegenwärtig die Gefahr, dass Menschen mit psychischen Erkrankungen von der Möglichkeit zur Wiedererlangung ihrer Selbstbestimmungsfähigkeit und der gesellschaftlichen Teilhabe ausgeschlossen bleiben [55].

Die DGPPN begrüßt entsprechend die erfolgte Änderung der derzeitigen Situation durch Novellierung vornehmlich des § 1906 BGB, da sie die gegenwärtig bestehende erhebliche Rechtsunsicherheit aller Beteiligten zum Nachteil der betroffenen Patienten und deren Angehörigen beende [56].

Befürworter einer Novellierung sehen den Charakter der Zwangsbehandlung als „ultima ratio“, „da nach Berichten aus der Praxis in den meisten Fällen bereits die Unterbringung dazu führe, dass der Patient die Behandlung akzeptiere“. Die Verhältnismäßigkeit könne durch verfahrensrechtliche Vorgaben (Verfahrenspfleger, externe Sachverständige etc.) gewährleistet werden.
Gesehen wird aber auch hier die generelle Gefahr, „dass die Zwangsbehandlung außerhalb der Unterbringung nicht die ´ultima ratio´ ist, die sie von Verfassungs wegen sein müsse [57]. Es wurde die verfassungsrechtlich aufgegebene Zäsur seitens der DGPPN aber auch positiv erlebt. Der frühere Präsident der DGPPN konstatiert dann auch summarisch: „Wir mussten uns mehr anstrengen – und das war gut so“ [58].

Die Monitoring-Stelle zur UN-Behindertenrechtskonvention, die in Berlin am Deutschen Institut für Menschenrechte angesiedelt ist, sieht die Wiedereinführung von Regelungen zur Zwangsbehandlung nach wie vor kritisch. Die Monitoring-Stelle bezweifelte, "ob der Entwurf im Einklang mit der UN-Behindertenrechtskonvention steht" [59]. Es sei "eine historische Chance verpasst worden, aus den Erfahrungen einer Psychiatrie ohne Zwang zu lernen und das System der psychiatrischen Versorgung weiterzuentwickeln" [60].

In einer Stellungnahme der Monitoring-Stelle zur UN-Behindertenrechtskonvention im Deutschen Institut für Menschenrechte zur öffentlichen Sitzung des Rechtsausschusses des Bundestages vom Dezember 2012 wird hervorgehoben, das Konzept der „krankheitsbedingten Nicht-

[52] Deutscher Richterbund Aktuell, Ausgabe 11/2012

[53] Falkai, P.: Verfahren Transparenter gestalten, Presseerklärung der DGPPN vom 19.11.2012

[54] Falkai, P.: Memorandum der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde(DGPPN) vom 18.10.2012

[55] J. Müller (Göttingen), N. Saimeh (Lippstadt), N. Nedopil (München), Frank Schneider (Aachen), P. Falkai (Göttingen): Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN) vom 16.01.2012

[56] Falkai, DGPPN 19.11.2012, a.a.O.

[57] Lipp, Stellungnahme zum Entwurf eines Gesetzes zur Regelung der betreuungsrechtlichen Einwilligung in eine ärztliche Zwangsmaßnahme

[58] Falkai in FOCUS Online vom 17.01.2013, „Gegen den Willen des Patienten - Zwangsbehandlung in der Psychiatrie bald ganz legal ?“

[59] Ärzte Zeitung vom 18.01.2013, Bundestag beschließt „ultima ratio“

[60] Ärzte Zeitung vom 18.01.2013 a.a.O.

einsichtsfähigkeit“ finde im Wortlaut der UN-Behindertenrechtskonventionen selbst keinen Halt.
Weder der Wortlaut des Artikels 12 UN-BRK über die gleiche rechtliche Handlungsfähigkeit noch die Auslegungspraxis des UN-BRK-Ausschusses lasse derzeit den Schluss zu, dass die rechtliche Handlungsfähigkeit auf Grund einer Behinderung eingeschränkt werden dürfe. Im Rahmen der internationalen Verhandlungen zur Schaffung der UN-BRK habe man sich bewusst dagegen entschieden, ein entsprechendes Kriterium zur Einschränkung beziehungsweise zur Bestimmung der Einschränkbarkeit aufzunehmen.
Die UN-Behindertenrechtskonvention gehe davon aus, dass alle Menschen mit Behinderungen „Rechts- und Handlungsfähigkeit“ genießen (Artikel 12 Absatz 2 UN-BRK). In Verbindung mit dem Recht auf Gesundheit (Artikel 25 UN-BRK) bedeute dies das Recht, in Fragen individueller gesundheitlicher Angelegenheiten in allen Fällen eine „freie und informierte Entscheidung“ über die eigenen gesundheitlichen Belange treffen zu dürfen – insbesondere darüber, ob und wenn ja, welche Therapie angewendet wird.
Die im deutschen Verfassungsrecht anerkannte Figur der „Freiheit zur Krankheit“ sei genau in diesem Kontext zu verorten; die menschenrechtlichen Regelungen gehen wohl darüber hinaus.
In Anbetracht des Interpretationsansatzes durch den UN-BRK-Ausschuss werde die Anwendung von Zwang im Zusammenhang mit der Behandlung von Menschen mit Behinderungen „immer ein Legitimationsproblem haben“.

Die zwangsweise Unterbringung und zwangsweise Behandlung von Menschen mit Behinderungen stelle eine Reihe von menschenrechtlich verbrieften Rechtsgewährleistungen in Frage.
Insbesondere wenn Menschen auf Grund ihrer Behinderung oder in der Kombination mit einem behinderungsrelevanten Merkmal eine stärkere Einschränkung ihrer Rechte zugemutet werde, als Nichtbehinderten, lasse dies eine Ungleichbehandlung erkennen, die nach Maßgabe des Diskriminierungsverbots (Artikel 5 UN-BRK) schwerlich zu rechtfertigen sei.

Darüber hinaus sei die Einschätzung einer Nichteinsichtsfähigkeit in eine Behandlung fachlich hochgradig instabil, weil handhabbare Kriterien bislang nicht zu finden seien, zwischen Einsichtsfähigkeit und Nichteinsichtsfähigkeit zu unterscheiden. Die Unsicherheiten und Grauzonen könnten in Sinne einer einheitlichen Praxis keinesfalls ausgeschlossen werden – sie sei vielmehr nicht zu gewährleisten.
Nach Artikel 12 UN-BRK bestehe aber die Verpflichtung, die Unterstützung („support“) für Menschen mit Behinderungen zu gewährleisten, sie in die Situation zu bringen, selbst frei und informiert zu entscheiden – die unterstützende Entscheidungsfindung („supported decision-making“). Diese anspruchsvolle Form der Unterstützung im Sinne von Assistenz dürfe weder über die gesetzliche Vertretung, noch über eine zwangsweise durchgesetzte Entscheidung, die Dritte für eine betroffene Person getroffen haben, ersetzt werden [61].
Die Monitoring-Stelle empfiehlt entsprechend, von Zwangsbehandlungsgesetzen abzusehen und mittels einer parlamentarischen Enquete-Kommission Maßnahmen für die notwendige menschenrechtsbasierte Weiterentwicklung der psychiatrischen Versorgung in Deutschland vorzubereiten.

Der Sonderberichterstatter über Folter des UN-Hochkommissariats für Menschenrechte, Juan E. Méndez, erklärte in der 22. Sitzung des “Human Rights Council” am 4. März 2013 Zwangsbehandlung in der Psychiatrie zu grausamer, unmenschlicher und erniedrigender Behandlung bzw. Folter. Er forderte, dass alle Staaten ein Verbot aller medizinischen nicht einvernehmlichen bzw. Zwangsbehandlungen verhängen sollten, einschließlich nicht-einvernehmlicher Psychochirurgie, Elektroschocks und Verabreichung bewusstseinsverändernder Drogen, sowohl in lang- wie kurzfristiger Anwendung. Die Verpflichtung, erzwungene psychiatrische Behandlung zu beenden, sei sofort zu verwirklichen und auch knappe finanzielle Ressourcen könnten keinen Aufschub der Umsetzung rechtfertigen.[62]

Auch ansonsten erfahren geplante Novellierungen der Zwangsbehandlungsgesetze erhebliche Kritik. Die Kriterien seien „bevormundend und paternalistisch“ und „ignorierten das Selbstbestimmungsrecht“, sie „entwürdigten den Patienten zum Objekt“. Genau das habe noch das Patientenverfügungsgesetz verhindern wollen - und zwar nicht nur für Komapatienten und Demenzkranke, sondern für die gesamte Gruppe der "Einsichtsunfähigen", so der frühere Bundesrichter Wolfgang Nešković. Wenn der Patient seinen Willen aktuell aber nicht klar äußern könne, müsse „auf dessen ausdrückliche Verfügung oder seinen mutmaßlichen Willen zurückgegriffen“ werden [63].

---

[61] Deutsches Institut für Menschenrechte, Stellungnahme der Monitoring-Stelle zur UN-Behindertenrechtskonvention anlässlich der Öffentlichen Anhörung vom 10. Dezember 2012, im Rahmen der 105. Sitzung des Rechtsausschusses des Deutschen Bundestages
[62] Statement by Mr. Juan E. Méndez, Special Rapporteur on Torture and other Cruel, Inhuman or Degrading Treatment or Punishment, 22 nd session of the Human Rights Council, Agenda Item 3, 4 March 2013, Geneva
[63] Nešković, Der Wille des Patienten geht vor - Der Tagesspiegel, 29.11.2012

Die Kritik an geplanten Novellierungen stützt sich auf Verfassungsrecht, das auch für den Einwilligungsunfähigen gelten solle. Das Bundesverfassungsgericht habe Art. 2 Abs. 2 Satz 1 GG menschenrechtlich zutreffend als Aktivrecht jeder Person ausgelegt: „Jeder hat das Recht auf Leben und körperliche Unversehrtheit.“ Art. 2 Abs. 2 Satz 2 GG laute konsequent: „Die Freiheit der Person ist unverletzlich.“ Das bedeute, jeder erfahre sich als Person, indem er über sich, das eigene Leben und die eigene Unversehrheit zu allererst ihres/seines Körpers selbst entscheidet. Darum habe das Verfassungsgericht zutreffend formuliert, es sei unzulässig, stellvertretend, und sei es als Psychiater aus gesundheitlichen oder anderen Gründen der Rehabilitation, eine Person zwangsweise zu behandeln. Die Selbstbestimmung des Menschen schließe alle kranken oder gesunden Befindlichkeiten ein.

Indem das Bundesverfassungsgericht über die historisch herkömmliche Begrenzung des Kerns der Menschenrechte als Abwehrrechte hinausgehe, folge es der Behindertenrechtskonvention der Vereinten Nationen von 2006. Sie sei auf Vorschlag der Bundesregierung im Dezember 2008 vom Deutschen Bundestag als Gesetz übernommen worden. Die Behindertenrechtskonvention gehe sogar folgerichtig im Sinne der Wirklichkeit des Menschen und seiner sozialen Bedingungen darüber hinaus und verlange, dass die sozialen, technischen und wissenschaftlichen Bedingungen zu schaffen seien, Behinderungen zu überwinden oder zu relativieren. Damit die Behindertenrechtskonvention nicht nur „deklamatorischen Lärm“ mache. Die Behinderten würden ansonsten um ihre Grund- und Menschenrechte gebracht, obwohl sie nominell gelten. [64]. Die „Freiheit zur Krankheit“, als Ausfluss des allgemeinen Persönlichkeitsrechts und der allgemeinen Handlungsfreiheit werde durch die Entscheidungen der Gerichte bekräftigt.

Der Staat müsse es von jeher hinnehmen, schreibt Rinke 1988 in der Neuen Zeitschrift für Strafrecht, wenn der Bürger fürsorgerische Leistungen eigenverantwortlich ablehne [65].

Zudem habe die Entscheidung wesentlich zu einer Rechtsklarheit beigetragen: Das Verfassungsgericht sieht keine dem Fürsorgegedanken des Staates aus Art. 20 Abs. 3 GG entspringende Verpflichtung des Staates zu entsprechender Fürsorge.

Der Bundesverband Psychiatrie-Erfahrener hatte schon frühzeitig gewarnt, dass die psychiatrische Behandlung mit Neuroleptika lebensverkürzende Risiken in sich berge, die weitgehend verharmlost werden [66].
Nur in etwa zehn Prozent der Fälle, in denen Zwang angewendet worden sei, sei er – nach Auffassung der daran Beteiligten – erforderlich gewesen. Regelmäßig liege bei einer Zwangsbehandlung keine Gefährdung des Patienten vor, sondern die Umwelt sei von den betroffenen Patienten „genervt“, etwa weil die Betroffenen den Fernseher nachts laut aufdrehen oder sich sonst sozial inadäquat verhalten.
Die Differenzierung zwischen “einsichtigen” bzw. “uneinsichtigen” Menschen diene dem Ziel, ein Mittel in die Hand zu bekommen, mit dem sich bei Bedarf entrechten und Zwangsbehandlung legitimieren lasse. Die Psychiatrie handle hier gegen den Willen der ohnehin Entrechteten [67] und Stigmatisierten.

Die Stellungnahme der Monitoring-Stelle zur UN-Behindertenrechtskonvention im Deutschen Institut für Menschenrechte anlässlich der Öffentlichen Anhörung vom 10. Dezember 2012, im Rahmen der 105. Sitzung des Rechtsausschusses des Deutschen Bundestages verweist neben den hohen verfassungsrechtlichen Hürden auf beachtliche ethische Bedenken gegen Zwangsbehandlung auch einwilligungsunfähiger Patienten. Diese Bedenken werden durch den Bericht des Sonderberichterstatters über Folter des UN-Hochkommissariats für Menschenrechte, Juan E. Méndez, verstärkt.

6. Die geplante Novellierung des § 8 UBG Baden-Württemberg im Vergleich

Die Neufassung von § 8 UBG soll unter strengen Voraussetzungen eine Zwangsmedikation von Personen rechtfertigen, die nach dem Unterbringungsgesetz untergebracht sind.

Bei der zu behandelnden Person müsste als Grundvoraussetzung der Zwangsbehandlung nach § 8 UBG BW krankheitsbedingt die Fähigkeit zur Einsicht in die Krankheit und deren Behandlungsbedürftigkeit fehlen. Zusätzlich muss die Behandlung dazu dienen, eine Gefahr für die Person abzuwenden oder der Person ein möglichst selbstbestimmtes Leben in Freiheit zu ermöglichen. Fehlt die Einwilligungsfähigkeit nicht, ist alleine der Patientenwille maßgeblich. Insoweit sind die Gesetzesvorhaben wesentlich inhaltsgleich mit § 14a PsychKG Schleswig-Holstein, § 8a MVollzG Niedersachsen und § 11 HUBG.

[64] Narr et al. Behinderung, Menschenrechte und Zwang 2011
[65] Rinke NStZ 1988, 10 S. 13
[66] Matthias Seibt, Bundesverband Psychiatrie-Erfahrener, Interview mit der Frankfurter Rundschau vom 30. Juni 2008
[67] Matthias Seibt, Betreuungsmanagement Heft 1/2009 S. 21.ff.

Lediglich in gesetzlich normierten Ausnahmefällen – so die Motive des Gesetzgebers – soll die Zwangsbehandlung auch dann möglich sein, wenn von der betroffenen Person eine Gefahr für Dritte ausgehe.
Wie vom Bundesverfassungsgericht gefordert sei die Kontrolle des Eingriffs durch Einschaltung einer neutralen Instanz vor Durchführung der Maßnahme gewährleistet. Dies werde durch die Einführung eines Richtervorbehalts sichergestellt.

Liegt eine wirksame Patientenverfügung vor, geht diese vor. Etwas anderes gilt nur in Fällen der Drittgefährdung.

a. Keine Zwangsbehandlung ohne Einwilligung des einwilligungsfähigen Patienten, § 8 Abs. 2 UBG

Die Zwangsmedikation mit Neuroleptika wird durch den Neuentwurf des § 8 Abs. 2 UBG, dies hat die geplanten Neuregelung mit sämtlichen sonstigen Neuregelungen aller Gesetzgebungsvorhaben der Länder gemeinsam (vgl. 14 a Abs. 1 UBG Schleswig-Holstein, 11 Abs. 3 HUBG), als Eingriff in die körperliche Unversehrtheit des Patienten anerkannt und von der Einwilligung eines öffentlich-rechtlich untergebrachten einsichtsfähigen Patienten abhängig gemacht.
Es gibt keine Duldungspflichten der Zwangsbehandlung mehr. Grundsätzlich sollen alle Eingriffe einer voraus erklärten Einwilligung des Patienten unterliegen. Zudem wird die Behandlung mit Neuroleptika von einer vorausgegangenen umfassenden Aufklärung des Patienten abhängig gemacht.

Der Patient hat damit künftig das Recht, über das „ob“ und „wie“ seiner Behandlung nach entsprechender Aufklärung durch seine Einwilligung zu entscheiden [68] sofern er zu einer Einwilligung in der Lage ist.

Dies entspricht dem Selbstbestimmungsrecht, wie es an sich im Zuge einer medizinischen Behandlung jenseits psychiatrischer Behandlung üblich ist.

b. Zwangsbehandlung, wenn der untergebrachte Patient nicht einwilligungsfähig ist oder konkrete Gefahr für Leib und Leben des untergebrachten Patienten droht

Lediglich, dann, wenn und soweit mangelnde Einsichtsfähigkeit bzw. mangelnden Einwilligungsfähigkeit des Patienten vorliegt, soll die geplante Regelung des § 8 Abs. 3 Ziffern 1, 2 1. Halbsatz UBG BW – Zwangsbehandlung bei mangelnder Einsichtsfähigkeit – zum Tragen kommen.

Auch hier sind die weiteren Regelungen der einzelnen Bundesländer im wesentlichen inhaltsgleich, § 14a Abs. 2 Ziffer 1 PsychKG SH, 5a Abs. 2 Ziffer 1 MVollzG SH; § 11 Abs. 3 HUBG.

Bestimmte Formen von Zwangsbehandlungen von nicht einwilligungsfähigen, psychisch kranken Patienten sollten nach der Novelle des § 8 Abs. 3 Ziffer 1 UBG BW zulässig sein und als Eingriffsnorm in eine solche Zwangsbehandlung dienen.
Gleiches soll nach § 8 Abs. 3 Ziffer 2 UBG gelten, wenn und soweit eine schwerwiegende Gefahr für die Gesundheit der untergebrachten Person drohe oder aber Lebensgefahr abzuwenden sei.

Zur Begründung wird ausgeführt, auch der Schutz Dritter vor Delinquenz, die ein untergebrachter Patient „mit paranoiden Zustandsbildern“ im Fall seiner unbehandelten Entlassung begehen könnte, sei Rechtfertigung für eine Zwangsbehandlung [69]. Die beabsichtigte Neuregelung betreffe damit alle Menschen in der öffentlich-rechtlichen Unterbringung. Zum Drittschutz, so die Gesetzesbegründung „besteht eine Behandlungsmöglichkeit auch bei Vorliegen von Einwilligungsfähigkeit der untergebrachten Person. ln diesem Fall gehe es „nicht um widerstreitende Interessen der Patientin oder des Patienten“ (Selbstbestimmungsrecht und Recht auf körperliche Integrität), sondern „um Interessen Dritter“.

Problematisch ist bereits die Definition und die Feststellung der „Einwilligungsunfähigkeit“.

Die Differenzierung zwischen einem einwilligungsfähigen und einem nicht einwilligungsfähigen Patienten begegnet grundsätzlichen Bedenken schon deswegen, weil kein Grund ersichtlich ist, der es rechtfertigen soll, dass ein einwilligungsunfähiger Patient, der seinen Willen kundtun kann, anders behandelt wird als der, dem eine Einwilligungsfähigkeit zuerkannt wird.
Die Regelung zielt auch nach den Feststellungen des Deutschen Institutes für Menschenrechte darauf ab, sich über das Kriterium der Einwilligungsunfähigkeit „über den natürlichen Willen der betroffenen Person hinwegsetzen zu können und an die Stelle der persönlichen Entscheidung die Entscheidung Dritter zu setzen – eine so genannte er-

[68] Spickhoff, Medizinrecht, Art. 2 GG Rn. 12

[69] Begründung des Gesetzesentwurfs: „Unabhängig davon besteht die Gefahr, dass Patienten mit paranoiden Zustandsbildern verstärkt fremdaggressiv reagieren, so dass mit einem erhöhten Deliktaufkommen durch diesen Personenkreis zu rechnen ist.“

setzende Entscheidungsfindung („substituted decision-making“)“.

Ergänzend wird dort ausgeführt: „Im Lichte der aktuellen menschenrechtlichen Diskussion, wie sie auch in Studien des UN-Hochkommissariats für Menschenrechte (UN Doc. A/HRC/10/48 vom 26. Januar 2009) und in der Auslegungspraxis des UN-Fachausschusses für die Rechte von Menschen mit Behinderungen im Zusammenhang der gesundheitlichen Versorgung von Menschen mit Behinderungen Ausdruck findet, ist der Ansatz, wonach eine psychiatrische Behandlung ohne freie und informierte Zustimmung der betroffenen Person, allein legitimiert über die Entscheidung Dritter vorgenommen werden soll“, menschenrechtlich in Frage zu stellen [70].

Das Bundesverfassungsgericht hat zur Frage der Einwilligungsfähigkeit ausgeführt:

„In Deutschland existieren, nachdem von der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN) in den neunziger Jahren initiierte Versuche zur Etablierung medizinischer Standards für Zwangsbehandlungen nicht zu einem Ergebnis geführt haben (vgl. Steinert, in: Ketelsen/Schulz/Zechert, Seelische Krise und Aggressivität, 2004, S. 44 <47>), keine medizinischen Standards für psychiatrische Zwangsbehandlungen, aus denen mit der notwendigen Deutlichkeit hervorginge, dass Zwangsbehandlungen mit dem Ziel, den Untergebrachten entlassungsfähig zu machen, ausschließlich im Fall krankheitsbedingter Einsichtsunfähigkeit zulässig sind. Dass dementsprechend ein Bewusstsein hierfür in den medizinischen und juristischen Fachkreisen noch nicht allgemein verbreitet und eine gesetzliche Regelung, wie im Beschluss des Senats vom 23. März 2011 festgestellt, unverzichtbar ist, illustriert nicht zuletzt der vorliegende Fall, in dem weder die Klinik noch die Fachgerichte sich mit der Frage, ob beim Beschwerdeführer eine krankheitsbedingte Unfähigkeit zur Einsicht in die Notwendigkeit der Behandlung besteht, auch nur ansatzweise auseinandergesetzt haben. Die bloße Feststellung einer Persönlichkeitsstörung beantwortet diese Frage nicht.“ [71]

Der Begriff der Einwilligungsunfähigkeit im UBG des Landes Baden-Württemberg wie auch in allen anderen Regelungswerken der Länder zur geplanten Zwangsbehandlung ist folglich schon deshalb problematisch, weil er in Ermangelung von Standards, als unbestimmter Rechtsbegriff gelten muss und als solcher wegen der Eingriffsintensität den Anforderungen des Bundesverfassungsgerichtes ebenso wenig genügen wird wie in der Vorentscheidung der Begriff der „Regeln der ärztlichen Kunst“ [72].

Erst jüngst hat das Bundesverfassungsgericht zu § 22 SächsPsychKG in einem weiteren Nichtigkeitsbeschluss vom Februar 2013 zu entsprechenden Regelungswerken der Länder ausgeführt:

„Dass § 22 Abs. 1 Satz 1 SächsPsychKG auf die Regeln der ärztlichen Kunst verweist, ändert daran nichts. Unabhängig von der Frage, ob dieser Verweis überhaupt hinreichend deutlich eine umfassende Bindung an die Regeln der ärztlichen Kunst statuiert, liegt in einer solchen Bindung keine hinreichend deutliche gesetzliche Begrenzung der Möglichkeit der Zwangsbehandlung auf Fälle der fehlenden Einsichtsfähigkeit.“ [73]

Ohne die Schaffung von Grundvoraussetzungen und Standards wie auch von der Monitoringstelle gefordert, besteht demzufolge konkrete Gefahr einer Subjektivierung dieses Begriffes der Einwilligungsunfähigkeit je nach Gutdünken des jeweiligen Arztes oder Gutachters.

So führt auch die DGPPN aus:

„Als wenig praxisgerecht erscheint dagegen die Forderung, dass unbeteiligte Sachverständige, die nicht in die Behandlung einbezogen und nicht in der behandelnden Klinik tätig sind, in dem rechtlichen Verfahren gutachterlich tätig werden sollen. (….) **Erschwerend kommt der Mangel an kompetenten, externen Gutachtern dazu.“** (Hervorh. d. d. Autoren)[74]. Damit wird zu Recht die Gutachterkompetenz bei der Einschätzung einer Einwilligungsunfähigkeit, die immerhin über das „ob und wie“ eines erheblichen Eingriffes entscheidet, in Frage gestellt.

[70] Deutsches Institut für Menschenrechte, Stellungnahme der Monitoring-Stelle zur UN-Behindertenrechtskonvention anlässlich der Öffentlichen Anhörung vom 10. Dezember 2012, im Rahmen der 105. Sitzung des Rechtsausschusses des Deutschen Bundestages

[71] BVerfG, 2 BvR 633/11 vom 12.10.2011

[72] BVerfG, 2 BvR 633/11 vom 12.10.2011: „In Deutschland existieren, nachdem von der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN) in den neunziger Jahren initiierte Versuche zur Etablierung medizinischer Standards für Zwangsbehandlungen nicht zu einem Ergebnis geführt haben (vgl. Steinert, in: Ketelsen/Schulz/Zechert, Seelische Krise und Aggressivität, 2004, S. 44 <47>), keine medizinischen Standards für psychiatrische Zwangsbehandlungen, aus denen mit der notwendigen Deutlichkeit hervorginge, dass Zwangsbehandlungen mit dem Ziel, den Untergebrachten entlassungsfähig zu machen, ausschließlich im Fall krankheitsbedingter Einsichtsunfähigkeit zulässig sind.“

[73] BVerfG, Beschluss vom 20. Februar 2013 – 2 BvR 228/12 –, juris (Rn 60)

[74] Falkai, Zwangsmaßnahmen: Verfahren transparent gestalten Presse-Information Nr. 47 /19.11.2012 der DGPPN

Der Begriff der Einwilligungsunfähigkeit ist ein unbestimmter und definitionsbedürftiger Rechtsbegriff, der zur Begründung einer Zwangsbehandlung ohne hinreichende, bislang nicht gegebenen Standards nicht ausreichen wird, einen Grundrechtseingriff wie den der Zwangsbehandlung zu rechtfertigen.

Die Einschätzung einer Nichteinsichtsfähigkeit in eine Behandlung ist demnach fachlich hochgradig instabil, weil handhabbare Kriterien bislang nicht zu finden sind, zwischen Einsichtsfähigkeit und Nichteinsichtsfähigkeit zu unterscheiden.

c. Die Ultima-Ratio- Funktion der Zwangsbehandlung und deren Verhältnismäßigkeit

Das BVerfG hat zwar einem »fürsorglichen Paternalismus« eine Absage erteilt, räumt aber trotzdem der Zwangsbehandlung in einer konkreten Abwägung der Interessen eine Ultima-Ratio-Funktion ein [75].

Die Kriterien mögen in § 8 UBG n.F. in Baden-Württemberg ebenso wie in den insoweit im Wesentlichen inhaltsgleichen § 14a PsychKG SH, § 5a MVollzG SH; § 11 HUBG soweit erfüllt sein, als konstatiert wird, dass eine weniger eingreifende Behandlung aussichtslos sein müsse sowie ohne Rücksicht auf die Einwilligungsfähigkeit des Betroffenen der ernsthafte Versuch vorausgegangen sein müsse, seine auf Vertrauen basierende Zustimmung zu erreichen.

Bereits die weitere Voraussetzung einer Abwägung zugunsten der Behandlungsoption, dass „ein deutlich feststellbares Überwiegen des Nutzens" der Behandlung prognostiziert werden könne, woran es regelmäßig fehle, „wenn die Behandlung mit mehr als einem vernachlässigbaren Restrisiko irreversibler Gesundheitsschäden verbunden ist", ist allerdings nur im Zuge einer allgemeinen Verhältnismäßigkeitsprüfung in den landesrechtlichen Vorschriften wie auch in § 8 UBG BW normiert. [76]

Die „tatsächliche oder vorgebliche Zielrichtung der Zwangsbehandlung, die „Heilung" oder „Besserung" des Betroffenen", lässt aber „den Eingriffscharakter nicht entfallen." Im Gegenteil kann nach Ansicht des Bundesverfassungsgerichts eine zwangsweise „Heilung" von Psychiatriepatienten, die dem „Geschehen hilflos und ohnmächtig ausgeliefert" sind und die eine „Zwangsinvasion" „besonders intensiv empfinden" die Stärke des Eingriffs sogar noch erhöhen. Dies gelte besonders im Hinblick auf die im Rahmen der Zwangsbehandlung verabreichten Medikamente, namentlich Psychopharmaka, die teils lebensbedrohliche Nebenwirkungen haben können und „auf die Veränderung seelischer Abläufe gerichtet" sind [77].

Ärztliche Behandlung ist, so man den Leitsatzentscheidungen des BGH folgt, als Eingriff in den Schutzbereich des Art. 2 Abs. 2 Satz 1 GG grundsätzlich nur mit Einwilligung des Patienten zulässig; auch ein medizinisch indizierter, den Regeln der ärztlichen Kunst entsprechend durchgeführter Eingriff in die körperliche Integrität des Patienten ist rechtswidrig und erfüllt den Tatbestand der Körperverletzung, es sei denn, eine wirksame Einwilligung des Patienten liegt vor.

Dies muss besonders im Hinblick auf die im Rahmen der Zwangsbehandlung verabreichten umstrittenen Medikamente, namentlich Psychopharmaka, gelten, die teils lebensbedrohliche Nebenwirkungen haben können [78]. Ihre Verabreichung gegen den natürlichen Willen des Betroffenen berührt nach der verfassungsgerichtlichen Rechtsprechung unabhängig davon, ob sie mit körperlichem Zwang durchgesetzt wird, „in besonderem Maße den Kern der Persönlichkeit" [79].

§ 8 UBG n.F. nimmt hier gerade nicht explizit auf das Verbot einer Zwangsbehandlung, wenn diese „mehr als mit einem vernachlässigbarem Restrisiko irreversibler Gesundheitsschäden verbunden ist"[80], Bezug.

Lediglich § 14a Absatz 3 PsychKG Schleswig-Holstein und § 5a MVollzG Schleswig-Holstein enthalten eine gesetzlich verankertes Entscheidungskriterium der Verfassungsgerichtsrechtsprechung, wonach eine mit einem mehr als vernachlässigbaren Restrisiko irreversibler Gesundheitsschäden verbundene Behandlung in der Regel dem mutmaßlichen Willen des Untergebrachten widerspricht.

Dabei ist durch das Verfassungsgericht anerkannt, dass bei der Medikamentierung mit Psychopharmaka, die „auf die Veränderung seelischer Abläufe gerichtet" sind, stets ein Risiko erheblicher Gesundheitsschäden durch Nebenwirkungen [81] besteht. Dieser Umstand erscheint nicht nur in

[75] Mittag, Die verfassungsrechtlichen Anforderungen an psychiatrische Zwangsbehandlungen im Betreuungsrecht R & P (2012) 30 S. 197 , S. 201

[76] BVerfG, 2 BvR 882/09 vom 23.3.2011, Rn. 61

[77] Vgl. zum Ganzen: Dr. Schneider Addae-Mensah, a.a.O.

[78] BVerfG 2 BvR 882/09, Beschluss vom 23.03.2011

[79] BVerfG 2 BvR 882/09, Beschluss vom 23.03.2011

[80] BVerfG 2 BvR 882/09, Beschluss vom 23.03.2011

[81] Dr. Schneider-Addae-Mensah a.a.O.: „Konsequent wäre es daher gewesen, die Zwangsbehandlung mit Psychopharmaka aus Verhältnismäßigkeitsgründen generell für verfassungswidrig zu erklären".

Schleswig-Holstein zur Hervorhebung des „ultima-ratio"-Charakters der Zwangsbehandlung unumgänglich.

d. Die geplante Regelung des § 8 Abs. 3 Ziffer 2 2.Halbsatz UBG – Zwangsbehandlung bei Drittgefährdung

Die Neuregelung des § 8 UBG enthält in dessen Absatz 3 Ziffer 2, 2. Halbsatz eine Regelung zur Zwangsbehandlung bei Drittgefährdung.

Ähnliche Regelungen enthalten §§ 11 Abs. 1, Abs. 2 Ziffer 3 HUBG, § 7a Abs. 1, Abs. 2 Ziffer 3 MVollzG Hessen und § 8 c MVollzG Niedersachsen.

Auf Selbstgefährdungstatbestände ohne Bezug auf Rechtsgüter Dritter hin sind lediglich § 14a Abs. 5 PsychKG Schleswig-Holstein und § 5a Abs. 5 MVollzG Schleswig-Holstein formuliert.

Das Bundesverfassungsgericht hat hierzu in seinem Beschluss vom 23.03.2012 ausgeführt:

„Als rechtfertigender Belang kommt insoweit allerdings nicht der gebotene Schutz Dritter vor den Straftaten in Betracht, die der Untergebrachte im Fall seiner Entlassung begehen könnte. Dieser Schutz kann auch dadurch gewährleistet werden, dass der Untergebrachte unbehandelt im Maßregelvollzug verbleibt. Er rechtfertigt daher keinen Behandlungszwang gegenüber einem Untergebrachten, denn dessen Weigerung, sich behandeln zu lassen, ist nicht der Sicherheit der Allgemeinheit vor schweren Straftaten, sondern seiner Entlassungsperspektive abträglich".

Zwar nimmt die Entscheidung nur auf freiheitsentziehende Maßnahmen des Maßregelvollzuges Bezug, aufgrund des gleichen Normzweckes einer möglichen Eingriffsnorm und einer gleichen Interessenlage (Freiheitsentzug bei Drittgefährdung) ist die Bezugnahme auf Fremdgefährung bei der Legitimation von Zwangsbehandlung aber nach dem eindeutigen Wortlaut der verfassungsrechtlichen Entscheidung vom März 2011 unzweifelhaft abzulehnen. Auch hier gilt, dass der Patient mit der Behandlungsverweigerung seine Entlassung möglicherweise verzögert, effektiver Schutz aber gleichwohl gewährleistet ist.

Zwangseingriffe in Körper und Geist zählen zu den intensivsten Grundrechtseingriffen und sind seit jeher verfassungsrechtlich und rechtspolitisch umstritten. Dies gilt erst recht, wenn der Betroffene öffentlich-rechtlich untergebracht ist.

Soweit ausnahmsweise eine Befugnis des Staates, den Einzelnen „vor sich selbst in Schutz zu nehmen", anzuerkennen ist, eröffnet dies keine „Vernunfthoheit" staatlicher Organe über den Grundrechtsträger dergestalt, dass dessen Wille beispielsweise auch zur Inanspruchnahme von Alternativmedizin allein deshalb beiseitegelegt werden darf, weil von durchschnittlichen Präferenzen abgewichen wird und insoweit sein Wille unvernünftig erscheint.

Als rechtfertigender Belang für Zwangsbehandlung kommt nicht der Schutz Dritter in Betracht. Dieser Schutz kann auch dadurch gewährleistet werden, dass der Untergebrachte unbehandelt geschlossen untergebracht verbleibt. Er rechtfertigt daher keinen Behandlungszwang gegenüber einem Untergebrachten. Dessen Weigerung, sich behandeln zu lassen, ist nicht der Sicherheit der Allgemeinheit vor schweren Straftaten, sondern seiner Entlassungsperspektive abträglich.

Die entsprechenden Regelungen dürften von der Rechtsprechung des Verfassungsgerichtes nicht gedeckt sein.

e. Die Aufklärungs- und Dokumentationspflichten der Zwangsbehandlung und die Verhältnismäßigkeit

Nach den verfassungsrechtlichen Postulaten [82] besteht Dokmentationspflicht hinsichtlich des vorangegangenen Gespräches, der Kennzeichnung des Zwangscharakters der Zwangsmaßnahme und ihrer möglichen Folgen, der Durchsetzungsweise der Zwangsmedikation, der Benennung maßgeblicher Gründe der Maßnahme und der Wirkungsüberwachung. Diesen Anforderungen muss die beabsichtigte Maßnahme genügen.

Sämtliche Gesetzesvorhaben der Länder entsprechen diesen Formalien als Postulate des Bundesverfassungsgerichtes.

f. Regelung zur Patientenverfügung - Fehlende Regelungen zur Vorsorgevollmacht

Die Regelungen zur Patientenverfügung sämtlicher Gesetzesvorhaben der Länder tragen dem Selbstbestimmungsrecht Rechnung. Durch § 8 Abs. 6 UBG BW, § 14a Abs. 2 Ziffer 5 PsychKG Schleswig-Holstein, § 5a Abs. 2 Ziffer 5 MVollzG Schleswig-Holstein, § 11 Abs. 6 HUBG, § 7a Abs. 7 MVollzG Hessen, § 8b Abs. 2 MVollzG Niedersachsen soll klargestellt werden, dass für eine Behandlung in erster Linie der tatsächliche Wille der untergebrachten

[82] BVerfG a.a.O.

Person entscheidend ist. Voraussetzung ist das Vorliegen einer wirksamen Patientenverfügung.

Die Regelungen erfolgen in Beachtung des aus § 1901a Abs. 1 Satz 1 BGB resultierenden Selbstbestimmungsrechtes eines Patienten bei Errichtung einer Patientenverfügung. Das Recht auf Selbstbestimmung und die personale Würde des Patienten (Art. 2 Abs. 2 S. 2 GG) gebieten es, jedem Patienten gegenüber einem Arzt und Krankenhaus grundsätzlich einen Anspruch auf Ablehnung von Diagnosestellungen und ärztlichen Behandlungen einzuräumen. Dem Willens des Patienten ist aber unbedingt Vorrang zu gewähren. Er ist nicht auf Behandlungssituationen ohne Gefahr in Verzug wie in § 11 Abs. 6 HUBG, § 7a Abs. 7 MVollzG Hessen zu beschränken. Dies würde sonst nicht den Vorgaben des Verfassungsgerichtes entsprechen, die ein generelles Zwangsbehandlungsverbot bei Einwilligungsfähigkeit bzw. antezipierter Willensbekundung im Zustand der Einwilligungsfähigkeit bedeuten.

Dem eindeutigen gesetzgeberischen Willen, wie er mit der Neuschaffung des § 1901a Abs. 1 Satz 1 BGB zum Ausdruck kommt, werden die landesgesetzlichen Vorhaben ansonsten gerecht.

Es wird im Regelungswerk aber insgesamt die Option einer Vorsorgevollmacht auch hinsichtlich Inhalt und Tragweite ausgeblendet. Etwaige Einwilligungen nehmen allenfalls auf den „gesetzlichen Vertreter“ und damit auf den Betreuer eines Patienten Bezug.

Eine rechtliche Betreuung kann durch eine Vorsorgevollmacht institutionell ersetzt werden. Dies wird in den Gesetzesvorhaben häufig nicht mit der gebotenen Deutlichkeit hervorgehoben.

7. Die geplante Novellierung der §§ 3, 8 ff. Niedersächsisches Maßregelvollzugsgesetz im Vergleich

Die Neufassung der §§ 3, 8 ff. Niedersächsisches Maßregelvollzugsgesetz soll unter strengen Voraussetzungen eine Zwangsmedikation im Maßregelvollzug untergebrachter Menschen rechtfertigen. Ähnliche Regelungen enthalten die Vorhaben zur Änderung der Maßregelvollzugsgesetze der Länder Schleswig-Holstein im dortigen § 5a MVollzG und Hessen im dortigen § 7a MVollzG.

Die gesetzlich zu verankernden zusätzlich zu prüfenden materiellen Erfordernisse und die verfahrensrechtlichen Sicherungen bedeuten nach Willen der Landesgesetzgeber, einen Schutz dahingehend, dass eine medikamentöse Zwangsbehandlung tatsächlich nur als letztes Mittel erfolgen könne.
Bei der zu behandelnden Person muss krankheitsbedingt die Fähigkeit zur Einsicht in die Krankheit und deren Behandlungsbedürftigkeit fehlen. Zusätzlich müsse die Behandlung dazu dienen, eine Gefahr für die Person abzuwenden oder der Person ein möglichst selbstbestimmtes Leben in Freiheit zu ermöglichen.

a. § 8 MVollzG Niedersachsen – Behandlungsvorgaben des Gesetzgebers

§ 8 Abs. 1 MVollzG Niedersachsen n.F. normiert anders als andere Landesgesetze (allenfalls noch ansatzweise § 5a Abs. 4 MVollzG SH) das Verbot einer Behandlung, die den Kernbereich der Persönlichkeit verändert, wie nunmehr seit 2011 auch durch das Bundesverfassungsgericht explizit anerkannt [83].
Die Medikamentierung mit Psychopharmaka ist regelmäßig „auf die Veränderung seelischer Abläufe gerichtet“ und impliziert ebenso regelmäßig das Risiko erheblicher Gesundheitsschäden durch Nebenwirkungen.

Bereits hier offenbart sich ein generelles Problem von Maßregelpatienten: „diese werden auch nach erfolgter Behandlung mit Psychopharmaka nicht entlassungsfähig und selbst wenn, oft nicht entlassen“. Vielmehr häufen sich die „Fälle lebenslanger Unterbringung“ auch bei den behandelten Patienten und auch jene Fälle eines behandlungsbedingten Suizids. „Die Nebenwirkungen der Psychopharmaka bringen oft eine physische Zerstörung, Depressionen und Suizidgedanken mit sich“ [84].

Zudem wird die Behandlung mit Neuroleptika von einer vorausgegangenen umfassenden Aufklärung des Patienten abhängig gemacht. Ziel dieser Aufklärung soll allerdings die Zustimmung des Patienten in die Behandlung sein. § 8 Abs. 2 MVollzG n.F. normiert insoweit ebenso wie § 5a Abs. 2 Ziffer 5-7 MVollzG SH, §7a Abs. 2 Ziff. 2 MVollzG Hessen, die gesetzliche Berufspflicht des Arztes zur Aufklärung über Notwendigkeit, Art, Dauer, Risiken und Umfang der Behandlung in angemessener Weise. Hintergrund sind Vorgaben des Bundesverfassungsgerichtes, wonach auch dann ein ernsthaftes Aufklärungsgespräch mit dem nötigen Zeitaufwand und ohne Ausübung von Druck zu führen ist, wenn der Untergebrachte zwar ge-

[83] BVerfG, 2 BvR 882/09 vom 23.3.2011, Rn. 44

[84] Dr. David Schneider-Addae-Mensah, Anmerkung zum „Zwangsbehandlungsbeschluß“ des Bundesverfassungsgerichts vom 23.03.2011 – 2 BvR 882/09 –

sprächsfähig ist, aber Inhalt und Bedeutung der Aufklärung intellektuell nicht erfassen könne [85]. Durchgehend wird hier auch vom Bundesverfassungsgericht unterstellt, die Ärztinnen und Ärzte seien in der Lage, entsprechend präzise aufzuklären. Die gegebenen Unsicherheiten gerade sorgsamer und penibler Berufsvertreterinnen und – vertreter wird in pauschalen Wohlverhaltensformeln a la „in angemessener Weise", „ersthaft" u. ä. m. verborgen. Das erscheint angesichts der grundrechtlichen Verletzungen, die jeder Zwang mit sich bringt., nicht in einem angemessenen Verhältnis zu stehen. Zwangseingriffe hier, nur im Lichtdunkel vermutete und, wohl gemerkt angesichts des Stands der psychiatrischen Kunst nur vermutbare Heileffekte bzw. ausgeschlossene negative Fortwirkungen dort.

Entsprechend den Vorgaben des Verfassungsgerichtes sollte hier konsequenterweise eine Dokumentationspflicht des Arztes auch und gerade zur Aufklärung des Patienten normiert werden. Insoweit ist den Leitsätzen der Entscheidung des Verfassungsgerichtes zu entnehmen, dass es „Zur Sicherung der Effektivität des Rechtsschutzes und der Verhältnismäßigkeit" „geboten ist, gegen den Willen des Untergebrachten ergriffene Behandlungsmaßnahmen eingehend zu dokumentieren" .[86]

b. Keine Zwangsbehandlung ohne Einwilligung des einwilligungsfähigen Patienten, § 8 a MVollzG Niedersachsen, § 5a Abs. 1 MVollzG Schleswig-Holstein, § 7a Abs. 3 MVollzG Hessen

Die Zwangsmedikation mit Neuroleptika wird nunmehr durch den Neuentwurf des § 8 a MVollzG Niedersachsen, § 5a Abs. 1 MVollzG Schleswig-Holstein, § 7a Abs. 3 MVollzG Hessen als Eingriff in die körperliche Unversehrtheit erkannt und der Einwilligung eines nach § 63 StGB oder § 64 StGB untergebrachten Patienten unterstellt. Es gibt keine Duldungspflichten der Zwangsbehandlung mehr, grundsätzlich sollen alle Eingriffe einer voraus erklärten Einwilligung des Patienten unterliegen.

Entsprechend den Feststellungen des Bundesverfassungsgerichtes, dass die „medizinische Zwangsbehandlung eines Untergebrachten [...] in schwerwiegender Weise in [das] Grundrecht aus Art. 2 Abs. 2 Satz 1", d.h. in die körperliche Unversehrtheit, eingreift, kommt eine Behandlung mit Neuroleptika bei einem untergebrachten Patienten gegen dessen Willen nicht mehr in Betracht.
Für die medizinische Behandlung eines Menschen gilt generell, dass der Patient selbst entscheidet, ob er ärztliche Hilfe in Anspruch nimmt oder aber diese anlehnt, unabhängig davon, ob diese Vorgabe an den Arzt aus medizinischer Sicht vernünftig erscheint oder nicht [87].

Der Patient hat künftig auch im Maßregelvollzug das Recht, über das „ob" und „wie" seiner Behandlung nach entsprechender Aufklärung durch seine Einwilligung oder Ablehnung bzw. informierte Zustimmung (informed consent) zu entscheiden [88] sofern er zu einer Einwilligung in der Lage ist.

c. Zulässigkeit der Zwangsbehandlung, wenn der untergebrachte Patient nicht einwilligungsfähig ist oder konkrete Gefahr für Leib und Leben des untergebrachten Patienten droht

Bestimmte Formen von Zwangsbehandlungen von nicht einwilligungsfähigen, psychisch kranken Patienten sollten nach der Novelle der Maßregelvollzugsgesetze zulässig sein und als Eingriffsnorm in eine solche Zwangsbehandlung dienen.
Gleiches soll gelten, wenn und soweit eine schwerwiegende Gefahr für die Gesundheit der untergebrachten Person, Dritte oder aber Lebensgefahr abgewendet werden soll.

Zur Begründung wird ausgeführt, auch der Schutz Dritter vor Delinquenz sei in akuten Fällen Rechtfertigung für eine Zwangsbehandlung [89]. Soweit medizinische Zwangsbehandlung dem Ziel diene, den Untergebrachten entlassungsfähig zu machen, dürfe dessen krankheitsbedingte Einsichtsunfähigkeit die Behandlung nicht generell verhindern; ausschlaggebend sei, ob der Untergebrachte bei Bestehen seiner Einwilligungsfähigkeit der Behandlung zugestimmt hätte. Hierfür maßgebliches Auslegungskriterium sei neben dessen natürlichem Willen auch dessen Wunsch nach Freiheit.

Problematisch ist bereits, wie ausgeführt, die Einordnung des Begriffes der Einwilligungsunfähigkeit.

Der Begriff der Einwilligungsunfähigkeit ist bereits deshalb problematisch, weil er in Ermangelung von Standards, als unbestimmter Rechtsbegriff gelten muss und als solcher wegen der Eingriffsintensität den Anforderungen des Bundesverfassungsgerichtes ebenso wenig genügen wird wie in der Vorentscheidung der Begriff der „Regeln der ärztlichen

[85] BVerfG, 2 BvR 882/09 vom 23.3.2011
[86] BVerfG, 2 BvR 882/09 vom 23.3.2011
[87] BGH NJW 1958, S. 267 m. w. Nachw.
[88] Spickhoff, Medizinrecht, Art. 2 GG Rn. 12
[89] Begründung des Gesetzesentwurfs MVollzG Niedersachsen: „ … um Regelungen zu ergänzen für die Fälle, in denen eine Einsichtsunfähigkeit oder eine gegenwärtige erhebliche Gefahr für den Untergebrachten selbst oder für andere Personen besteht."

Kunst“ [90]. Ohne die Schaffung von Grundvoraussetzungen und Standards wie auch von der Monitoringstelle gefordert, besteht konkrete Gefahr einer Subjektivierung dieses Begriffes der Einwilligungsunfähigkeit je nach Gutdünken des jeweiligen Arztes oder Gutachters. In Sachen sog. Einwilligungsunfähigkeit sind zwei zusätzliche Problembereiche zu beachten, die erkennen lassen, warum die jeweils behauptete Einwilligungsunfähigkeit nicht als Zugangsklausel zur Zwangsbehandlung dienen kann. Zum einen gibt es eine Reihe außersprachlicher Äußerungen auch sonst möglicherweise dementer Patienten, die erkennen lassen, wie es um den Willen des Patienten steht. Im Zweifelsfalle gälte konsequent, für Zwangsverzicht zu optieren, wenn die Heilbehandlung im Zentrum steht. Im Zusammenhang unterstellter Fremdgefährdung gibt es zum einen Mittel und Wege, ein solche räumlich, zeitlich, durch veränderte Umgangsformen zu vermeiden. Zum anderen ist zu beachten, dass die immer zeitknapper werdende Ökonomie der Zeit, an zahlreichen Fällen im Kontext der Altenpflege und durch Umgangsfehler mitgeschaffener Demenz zu demonstrieren, dazu beiträgt, mangelnde Einsichtsfähigkeit psychisch Behinderter festzustellen. Zeitmangel und andere unzureichende Behandlungsformen werden auf behinderte projiziert und als deren Einsichtsmängel behauptet.

Das dementsprechende Bewusstsein hierfür ist in den medizinischen und juristischen Fachkreisen auch noch gar nicht allgemein verbreitet, zumal sich vor 2011 weder Fachärzte noch Gerichte sich mit der Frage des Vorliegens einer krankheitsbedingten Unfähigkeit „auch nur ansatzweise auseinandergesetzt“ [91] haben. Die bloße Feststellung einer psychischen Störung jedenfalls wäre kein taugliches Kriterium. Ein psychiatrisches Gutachten ist eine wissenschaftliche Leistung, die darin besteht, aufgrund wissenschaftlich anerkannter Methoden und Kriterien nach feststehenden Regeln der Gewinnung und Interpretation von Daten zu konkreten Fragestellungen Aussagen zu machen [92]. Gibt es keine entsprechenden allgemeingültigen Kriterien und Standards, kann es auch kein hinreichend fundiertes Sachverständigengutachten geben, dass der hohen Bedeutung des Eingriffs in das Grundrecht des Patienten auf Selbstbestimmung genügen und damit als eingriffsrechtfertigend dienen könnte.

Ein Gutachten zur Zwangsbehandlung müsste den Kriterien der Wissenschaftlichkeit entsprechen. Das ist unmöglich, wenn es zur Festlegung der maßgeblichen Anknüpfungstatsachen und Beurteilungskriterien keine verlässlichen und validen medizinischen Standards gibt [93]. Ein Gutachten dürfte sich nur auf solche Untersuchungsmethoden stützen, die allgemein und zweifelsfrei als richtig und zuverlässig anerkannt sind [94]. Lediglich ganzheitlich-intuitive Erkenntnisakte bzw. „Bauchgefühle“, auf die in der Praxis viele Gutachten gründen, sind nicht überprüfbar und folglich unzulässig [95].

Sind die Anknüpfungstatsachen wie Standards noch ungeklärt oder streitig, wird der Gesetzgeber zuerst die zugrundezulegenden Standards und Anknüpfungstatsachen zu ermitteln haben, bevor ein derart weitreichender Grundrechtseingriff lizensiert wird. So hat der BGH entschieden, dass sich ein Sachverständiger ausschließlich methodischer Mittel zu bedienen hat, die dem jeweils aktuell wissenschaftlichen Kenntnisstand gerecht werden [96].

Selbst im Bereich der Fahreignungsbegutachtung sind die Einhaltung von Standards auf dem Verordnungswege verbindlich vorgeschrieben, soweit eine medizinisch-psychologische Untersuchung gem. § 11 FeV (Fahrerlaubnisverordnung) angeordnet wird [97]. Dann müssen bei der Frage einer Zwangsbehandlung in Ermangelung allgemeingültiger medizinischer Standards ungleich höhere Anforderungen an einen Grundrechtseingriff gestellt werden.

Die Maßregelvollzugsgesetze der Länder schaffen in den §§ 5a MVollzG SH, 8b MVollzG Niedersachsen und 7a MVollzG Hessen zwar Eingriffstatbestände für die Zwangsbehandlung vermeintlich Einwilligungsunfähiger. Sie lassen aber Standards und Vorgaben zum Begriff der Einwilligungsfähigkeit bereits im Ansatz missen. Eine solche verbindliche Standardisierung des Begriffes der Einwilligungsunfähigkeit wäre aber Grundvoraussetzung für einen denkbaren derartigen Eingriff in Grundrechte eines betroffenen Patienten: Bereits 1981 hat das Bundesverfassungsgericht 98 zwischen juristischen Krankheitsbegriffen einerseits und medizinischen Krankheitsbegriffen

[90] BVerfG, 2 BvR 633/11 vom 12.10.2011: „In Deutschland existieren, nachdem von der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN) in den neunziger Jahren initiierte Versuche zur Etablierung medizinischer Standards für Zwangsbehandlungen nicht zu einem Ergebnis geführt haben (vgl. Steinert, in: Ketelsen/Schulz/Zechert, Seelische Krise und Aggressivität, 2004, S. 44 <47>), keine medizinischen Standards für psychiatrische Zwangsbehandlungen, aus denen mit der notwendigen Deutlichkeit hervorginge, dass Zwangsbehandlungen mit dem Ziel, den Untergebrachten entlassungsfähig zu machen, ausschließlich im Fall krankheitsbedingter Einsichtsunfähigkeit zulässig sind.“

[91] BVerfG, 2 BvR 633/11 vom 12.10.2011

[92] Leitner FuR 2000, S. 57 mwN

[93] Baumbach, ZPO, 67. Aufl., Rz 15

[94] Ulrich, Der gerichtliche Sachverständige, 12. Aufl., Rz 355

[95] vgl. Salzgeber, Familienpsychologische Gutachten, 4. Aufl., S. 422

[96] BGH NJW 1999, 2746 ff.

[97] Anlage 15 zu § 11 Abs. 5 FeV

[98] BVerfG Beschluss vom 07.10.1981, 2 BvR 1194/80

andererseits differenziert. Selbst eine juristisch kriterienhart gehämmerte Krankheitsdefinition könnte für eine richterliche Entscheidung „nur Ausgangspunkte darstellen“. Das Bundesverfassungsgericht hat demgemäß statuiert:

„Wenn auch der zur Entscheidung über die Anordnung einer Freiheitsentziehung berufene Richter die Frage, ob eine Person an einer Geisteskrankheit leidet und welche Auswirkungen und Bedeutung dies hat, regelmäßig nur mit Hilfe eines ärztlichen Sachverständigen beurteilen kann, so ist er doch nicht verpflichtet, die Begriffswelt des Arztes zu übernehmen, die teils weiter, teils aber auch enger sein kann als die juristischen Begriffe, die bei der Gesetzesanwendung allein zugrunde zu legen sind.“

Schon die psychiatrischen Vorleistungen in Sachen Krankheit stehen aber letztlich im Ermessen eines behandelnden Arztes. Die in der Psychiatrie verwendeten Krankheitsbegriffe gleichen nicht selten „ bloßen Leerformeln“[99].

„Im Hinblick auf die bereits geschilderten bestehenden Prognoseunsicherheiten“ und „methodischen Schwierigkeiten“ muss zudem als weitere Voraussetzung der Zwangsbehandlung „ein deutlich feststellbares Überwiegen des Nutzens gefordert“ [100] werden. Das berücksichtigen die Maßregelvollzugsgesetzesinitiativen allerdings nicht. Ein solches Nutzenkalkül dürfte dazuhin nicht primär utilitaristisch erfolgen. Dagegen stehen die in diesem Falle harten grund- und menschenrechtlichen Normen.

Mit einer Zwangsmedikamentierung ist nicht ihrerseits zwingend die Wiedererlangung der Freiheit verbunden. Deshalb wäre eine Zwangsbehandlung schon mangels hinreichender Geeignetheit unverhältnismäßig [101]; viele Maßregelpatienten werden auch nach erfolgter Behandlung mit Psychopharmaka nicht entlassungsfähig. Fälle lebenslanger Unterbringung mit dem Charakter einer Sicherungsverwahrung sind nicht selten. Eine Zwangsbehandlung im Maßregelvollzug kann künftig entsprechend der gesetzgeberischen Wertung nicht erfolgen, wenn und soweit dem Sicherungscharakter einer Maßregel nach § 63 StGB der Vorrang zukommt, zumal für diesen Fall kein erwartbarer Nutzen erkennbar ist und der Maßregelvollzug ohnehin den Charakter einer Sicherungsverwahrung annimmt. [102]

d. Die geplante Regelung des § 8 b Abs. 5, 6 und 7 MVollzG Niedersachsen, § 7a Abs. 6 MVollzG Hessen – Zwangsbehandlung nach unabhängiger sachverständiger Beratung bzw. fachaufsichtsrechtlicher Behördenentscheidung

Eine Zwangsbehandlung soll nach dem Gesetzesvorhaben in Niedersachsen nur mit Zustimmung eines vom Fachministerium unter Beteiligung der Ärztekammer berufenen Sachverständigenrates und nach Einholung eines von der unterbringenden Einrichtung unabhängigen Sachverständigengutachtens zweier Sachverständiger, in Hessen gegebenenfalls nach fachaufsichtsrechtlicher Entscheidung zulässig sein.

Deren Aufgabe soll vor allem in Niedersachsen die Prüfung des Vorliegens einer auf den Fall anwendbaren Patientenverfügung sein. Zusätzlich obliegt ihr die Prüfung einer vorausgegangenen ernsthaften und ohne Ausübung von Druck versuchten Einholung der Zustimmung zur Behandlung, die letztlich nicht gegeben wurde.
Zudem soll geprüft werden,

- ob die Behandlung mit dem Ziel vorgenommen wird, die tatsächlichen Voraussetzungen freier Selbstbestimmung des Untergebrachten zu schaffen oder wiederherzustellen,
- ob die Behandlung geeignet ist, dieses Ziel zu erreichen,
- ob weniger eingreifende Behandlungen aussichtslos wären,
- ob der Nutzen der Behandlung die mit ihr einhergehenden Belastungen und denmöglichen Schaden bei Nichtbehandlung deutlich überwiegt.

Alle diese Ziele wären den wissenschaftlich methodischen Einwänden auszusetzen, die oben kurz skizziert worden sind. Durchgehend dürfte aufgrund des gegenwärtigen internationalen, methodisch getesteten Kennntnisstands ein anderes „non olet“, sprich: es geht nicht, gelten: Es ist gegenwärtig nicht mit nötiger Sicherheit zu beurteilen. Sonst mögliche Pragmatik ist angesichts des geradezu radikalen Menschengewichts von Zwang nicht zulässig.

Gestützt wird das Vorhaben durch die Entscheidung BVerfG NJW 2011, 2113 die einer solchen Kontrollinstanz – der Einschaltung eines externen Dritten – entscheidende objektive Schutzwirkung beimisst.

Die Gesetzesvorhaben Hessen und Niedersachsen sprechen sich anders als andere Vorhaben wie z.B. das zu § 8 UBG BW oder § 5a MVollzG Schleswig-Holstein und § 14a PsychKG Schleswig-Holstein, die eindeutig bei allen Maßnahmen einen Richtervorbehalt postulieren, für eine

[99] BVerfG Beschluss vom 07.10.1981, 2 BvR 1194/80
[100] BVerfG 2 BvR 882/09, Beschluss vom 23.03.2011, Rn. 61
[101] Dr. Schneider-Addae-Mensah a.a.O
[102] vgl. BVerfG, 2 BvR 2365/09 vom 4.5.2011

Entscheidungskompetenz eines eigens hierfür geschaffenen (ausschließlich ärztlichen) Kontrollgremiums aus (Hessen nur alternativ im Vorhaben zu § 7a Abs. 6 MVollzG). Eine Bestellung eines Beistandes für den Betroffenen, etwa wie die obligatorische Bestellung eines Verfahrenspflegers bei einer Zwangsbehandlung nach § 1906 BGB, ist nicht vorgesehen. Vorgesehen ist eine obligatorische Anhörung des Betroffenen, Betreuers bzw. des Bevollmächtigten zu einer geplanten Maßnahme (§ 8b Abs. 6 MVollzG Niedersachsen n.F.).

Gerichtlicher Rechtsschutz soll ausschließlich über §§ 109, 138 StVollzG durch die Strafvollstreckungskammern (Regelfall des Erwachsenenstrafrechts) durch Rechtsmittel gegen die Anordnung der Zwangsbehandlung erreicht werden (§ 8b Abs. 7 MVollzG Niedersachsen n.F.).

Das Bundesverfassungsgericht hat in seiner Entscheidung zum MVollzG des Bundeslandes Rheinland-Pfalz in 2011 [103] dem Gesetzgeber nur insoweit formelle Grenzen vorgegeben, als das Verfahren grundsätzlich geeignet sein muss, eine möglichst zuverlässige Grundlage für eine am Selbstbestimmungsrecht des betroffenen Patienten orientierte Entscheidung zu erlangen.

Die Regelungen unterscheiden sich von den bislang verfassungsgerichtlich geprüften und beanstandeten landesrechtlichen Regelungen dadurch, dass es ihnen zufolge grundsätzlich entweder die Einwilligung des Betroffenen selbst oder die seines gesetzlichen Vertreters oder, wenn es an einem gesetzlichen Vertreter fehlt, weil ein Betreuer nicht bestellt wurde, eine anderweitigen Genehmigung der Maßnahme der Zwangsbehandlung bedarf.

Dies führt jedoch weder dazu anzunehmen, verfassungsrechtliche Anforderungen an die gesetzlichen Grundlagen einer Zwangsbehandlung zur Erreichung des Vollzugsziels seien nicht anzuwenden. Noch hat es zur Folge, die Feststellung sei möglich, diese Anforderungen wären erfüllt. Die Bestimmungen beschränken die medizinische Zwangsbehandlung des Untergebrachten zur Erreichung des Vollzugsziels nicht, wie verfassungsrechtlich geboten, auf den Fall seiner krankheitsbedingt fehlenden Einsichtsfähigkeit. Es werden vielmehr in § 7a MVollzG Hessen wie auch § 8 ff MVollzG Niedersachsen auch andere Gefahrtatbestände genannt [104].

Während teilweise bei Zwangsbehandlungen die richterliche Genehmigung gegenüber dem Betreuer oder Bevollmächtigten auf dessen Antrag als verfassungsrechtlich stets erforderlich gesehen wird [105], kann das Maßregelvollzugsrecht nach Ansicht des Verfassungsgerichtes zwar „die Einschaltung eines Betreuers durch entsprechend extensive Einwilligungserfordernisse solcher Art, dass bei fehlender Zustimmung des Betroffenen selbst die ersetzende Einwilligung eines Betreuers erforderlich und ausreichend ist, sicherstellen“ [106]. Eine verfassungsrechtliche Notwendigkeit, „die Rechte des Betroffenen gerade durch eine richterliche Genehmigung des Antrags eines Betreuers oder Vorsorgebevollmächtigten zu schützen“, soll nach dieser Ansicht aber gerade nicht bestehen, zumal für den Betroffenen der Eingriff, der in einer medizinischen Zwangsbehandlung liegt, nicht dadurch weniger belastend wird, dass ein Betreuer ihr zugestimmt hat.

Für den Betreuer folgt aus der gesetzlichen Vertretungsmacht zudem nicht die Befugnis, einen entgegenstehenden Willen des Betreuten durch Zwang zu überwinden beziehungsweise eine Zwangsbehandlung seitens Dritter durch Einwilligung zu legitimieren [107].

Die entscheidende „objektive Schutzwirkung, die in der Einschaltung eines externen Dritten“ begründet sei, kann nach Verfassungsgerichtsrechtsprechung durch Richtervorbehalt oder durch Beteiligung einer anderen neutralen Stelle wahrgenommen werden (explizit genannt werden Ombudsperson, sonstige Behörde). [108]

Die konkrete Ausgestaltung der Art und Weise einer möglichen Vorgehensweise, die sichern könnte, dass vor einer Zwangsbehandlung, die dazu dienen soll, das Vollzugsziel zu erreichen, eine von der Unterbringungseinrichtung unabhängigte Prüfung des Vorgangs erfolgt, unterfällt nach Ansicht des Verfassungsgerichtes letztlich der Kompetenz des Gesetzgebers.

Vor diesem Hintergrund werfen die Novellen des § 8b Abs. 5 MVollzG Niedersachsen und § 7a Abs. 6 MVollzG Hessen mit Schaffung eines Sachverständigengremiums durch das Fachministerium bzw. dessen Weisung zur Beurteilung wesentlicher Vorgaben des Verfassungsgerichtes bei künftiger Zwangsbehandlung (Patientenverfügung, ärztliche Aufklärung, Willensermittlung) die Frage auf, ob

[103] BVerfG 2 BvR 882/09 vom 23.03.2011

[104] vgl. BVerfG, Beschluss vom 20. Februar 2013 – 2 BvR 228/12 –, juris

[105] Lipp, BtPrax 2005, S. 6 f.; ders. Stellungnahme zum Entwurf eines Gesetzes zur Regelung der betreuungsrechtlichen Einwilligung in eine ärztliche Zwangsmaßnahme (BT-Drucksache 17/11513) aus Anlass der öffentlichen Anhörung im Rechtsausschuss des Deutschen Bundestags am 10.12.2012

[106] BVerfG 2 BvR 882/09 vom 23.03.2011 Rn. 71

[107] BVerfG, Beschluss vom 20. Februar 2013 – 2 BvR 228/12 –, juris Rn. 63

[108] BVerfG a.a.O.

im Anordnungsverfahren der Richtervorbehalt hinreichend gewährleistet sei. Sind mit der Wahl eines externen Sachverständigengremiums in § 8b Abs. 5 MVollzG Niedersachsen die Voraussetzungen der Art. 1 Abs. 1, Art. 2 Abs. 1, Art. 33 Abs. 4 GG und Art. 60 Satz 1 NV erfüllt?

Effektiver Rechtsschutz wird nicht durch die Regelungen des § 8 b Abs. 6 MVollzG Niedersachsen zur Anhörung des Betroffenen, des Betreuers bzw. des Bevollmächtigten gewährt, zumal sich die vorgesehenen Regelungen darüber ausschweigen, welche Rolle gerade der Beteiligung des Betreuers bzw. Bevollmächtigten in dem Verfahren zur Anordnung der Zwangsbehandlung zukomme.

Hinreichender Rechtsschutz und die Gewährleistung des Richtervorbehaltes wäre im MVollzG Hessen in § 7a Abs. 6 unstreitig gewahrt, soweit „die Behandlung aufgrund einer Anordnung nach Abs. 2“ „der vorherigen Genehmigung der Strafvollstreckungskammer oder des einweisenden Gerichts“ bedürfe.

Bei der Alternative, die Behandlung aufgrund einer Anordnung nach Abs. 2 von der vorherigen Genehmigung der Fachaufsicht abhängig zu machen, wogegen nach § 109 der Strafprozessordnung gerichtliche Entscheidung beantragt werden kann, dürften ähnliche Bedenken wie zu § 8b Abs. 7 Satz 4 MVollzG Niedersachsen bestehen:
Der Landesgesetzgeber Niedersachsen sieht die Voraussetzungen des Richtervorbehaltes wegen der Regelung des § 8b Abs. 7 Satz 4 MVollzG Niedersachsen als gegeben an. Danach kann der Betroffene vor Vollzug der Zwangsbehandlung die zuständige Strafvollstreckungskammer (Regelfall Erwachsenenstrafrecht) anrufen und um Rechssschutz ersuchen.
Der Richtervorbehalt – auch der einfachgesetzliche – zielt auf eine vorbeugende Kontrolle der Maßnahme in ihren konkreten gegenwärtigen Voraussetzungen durch eine unabhängige und neutrale Instanz [109].
Der einfachrechtliche Richtervorbehalt gehört indes nicht zwingend zum Bereich des rechtsstaatlich Erforderlichen [110]. Er beruht regelmäßig auf einer Entscheidung des Gesetzgebers und nicht auf einer zwingenden verfassungsrechtlichen Vorgabe [111].

Bedenken bestehen aber dahingehend, dass die hohe Bedeutung des Grundrechts auf körperliche Unversehrtheit aus Art. 2 Abs. 2 Satz 1 GG verfassungsrechtlich gebieten könne, die medikamentöse Zwangsbehandlung dürfe nur durch einen Richter angeordnet werden.
Dies ist für die Regelung des § 1906 BGB allgemein anerkannt. Auch und gerade wegen der Potenzierung der Rechtsgutverletzungen bei Zwangsbehandlung im Maßregelvollzug kann nichts anderes gelten. Zum einen wird dem Patienten zeitlich unbefristet nach Gutdünken der Ärzte seine Freiheit vollständig entzogen, indem er in einer geschlossenen Station untergebracht wird. Zum anderen wird er zwangsweise durch massive Eingriffe in die körperliche Unversehrtheit veranlasst, Psychopharmaka mit potentiell und nicht kalkulabel wesensveränderndem Einfluss und starken Nebenwirkungen einzunehmen.

Das Grundgesetz enthält ausdrückliche Richtervorbehalte indes nur für Wohnungsdurchsuchungen, Art. 13 Abs. 2 GG und Freiheitsentziehungen, Art. 104 Abs. 2 Satz 1 GG, nicht aber für Eingriffe in die körperliche Unversehrtheit, Art. 2 Abs. 2 Sätze 1 und 3 GG.

Die hohe Bedeutung des Grundrechts auf körperliche Unversehrtheit aus Art. 2 Abs. 2 Satz 1 GG könnte verfassungsrechtlich gleichwohl einen Richtervorbehalt gebieten. Durch eine Zwangsbehandlung kann das Grundrecht in seinem Wesensgehalt angetastet werden kann [112]. Sie stellt außerdem einen so schwerwiegenden Eingriff dar, dass aus dem Gesichtspunkt der Eingriffstiefe heraus ein Richtervorbehalt geboten sein dürfte [113].

Die Zwangsbehandlung mit Neuroleptika ist ein gravierender Eingriff in die körperliche Unversehrtheit im Sinne des Art. 2 Abs. 2 GG. Auch, wenn sie nach den Regeln der ärztlichen Kunst vorgenommen würde, erlaubte der gegenwärtige Stand der Wissenschaft keine zuverlässigen Aussagen über die Wirkungsweise und die Nebenwirkungen typischer wie atypischer Neuroleptika. Sie haben „häufig objektiv erkennbare und subjektiv wahrgenommene Nebenwirkungen insbesondere auf Motorik und vegetative Funktionen“. Lebensbedrohliche Nebenwirkungen sind möglich, auch wenn sie eher selten vorkommen (<1/10.000) (≥1/1.000 bis <1/100). Bei Clozapin werden lebensbedrohliche Konsequenzen sogar häufiger festgestellt (bis etwa 1/100) [114]. In besonderen Fällen kann die neuroleptische Medikation auch zu ernsten Komplikationen führen.

Die verfassungsgerichtliche Rechtsprechung sieht „einen besonders schweren Grundrechtseingriff im Hinblick auf

[109] BVerfGE 96, 44 S. 51 ff.; 103, 142 S. 151 m.w.N.
[110] BVerfG 2 BvR 1596/10, 2 BvR 2346/10 Beschluss vom 24. Februar 2011 (Ls)
[111] BVerfG, 2 BvR 784/08, Beschluss vom 28. Juli 2008, juris Rn. 12
[112] BVerfGE 5, 13 S. 15
[113] BVerfGE 16, 194 S 200 f.
[114] BVerfG 2 BvR 882/09 Rn. 35

die Wirkungen dieser Medikamente". Solch bedrohlichen Wirkungen seien „schon im Hinblick auf die nicht auszuschließende Möglichkeit schwerer, irreversibler und lebensbedrohlicher Nebenwirkungen" anzunehmen. Psychopharmaka seien „auf die Veränderung seelischer Abläufe" gerichtet. Ihre Verabreichung gegen den natürlichen Willen des Betroffenen berühre daher „in besonderem Maße den Kern der Persönlichkeit" [115].
Der BGH hat bereits in 2000 in seiner weitreichenden Leitsatzentscheidung zur ambulanten Zwangsbehandlung [116] darauf hingewiesen, ein Betroffener sähe in einer Zwangsmedikation „subjektiv möglicherweise (eine) stärkere Belastung", als in der eher äußerlich bleibenden Unterbringung.

Die gesetzlich geregelte Unterbringung im Maßregelvollzug kumuliere gerade für den Fall der Zwangsbehandlung mit Neuroleptika Freiheitsentziehung einerseits durch den Eingriff in die körperliche Unversehrtheit des Maßregelvollzugspatienten andererseits. Damit aber dürfte der Gesetzesentwurf des Landes Niedersachsen nicht geeignet sein, verfassungsrechtliche Bedenken durch Einräumen einer Option nach § 109 StVollzG zu entkräften.

Eine nachträgliche Prüfung der Rechtmäßigkeit der Anordnung der Zwangsbehandlung im Rahmen des § 109 StVollzG durch richterliche Prüfung, ob die maßgeblichen Anordnungen in objektiv vertretbarer Weise, also ohne Verstoß gegen das allgemeine Willkürverbot des Art. 3 Abs. 1 GG, ausgelegt und angewandt worden sind, dürfte nicht ausreichen.

Dieser Befund gilt unabhängig davon, ob hinsichtlich der Prüfung nach § 109 StVollzG auf den Zweck der Zwangsmaßnahme oder deren Dauer abgestellt wird. Insoweit dürfte bereits die eigentliche Anordnung der Zwangsbehandlung gegen den Willen dem Richtervorbehalt, den auch das Verfassungsgericht in seiner Entscheidung zum MVollzG RP explizit benennt [117], unterfallen. Der Richtervorbehalt steht nicht zur Verfügung des Gesetzgebers [118]. Er ist unmittelbar geltendes Recht. Damit kann dieser nicht erst im „Bedarfsfalle" der tatbestandlichen Voraussetzungen des § 109 StVollzG angewandt werden. Er muss vielmehr unmittelbare Voraussetzung eines solchen Grundrechtseingriffs sein. Die betreffende Maßnahme bedarf darum stets der richterlichen und nicht nur der ärztlichen – sachverständigen – Entscheidung.

Auch die Fachgerichte wären zwar für den Fall, dass Anordnungen zur Zwangsbehandlung in einem gerichtlichen Verfahren zu treffen wären, mangels eigener Sachkunde zur Frage der Erforderlichkeit, der Effektivität, der Verhältnismäßigkeit und der Einwilligungsfähigkeit gehalten, ein fachpsychiatrisches Sachverständigengutachten einzuholen. In einem solchen Verfahren wäre die Beiziehung eines anstaltsexternen Sachverständigen generell geboten. Anders als im vorgesehenen Verfahren sei die Verfahrensleitung aber dem Richter vorbehalten.

Zu den wichtigsten Grundsätzen in einem Verfahren betreffend Anordnungen nach § 1906 BGB gehört, dass der Richter sich einen persönlichen Eindruck vom Betroffenen verschaffe. Damit würde er in den Stand gesetzt, ein klares und umfassendes Bild von der Persönlichkeit des Betroffenen zu gewinnen und seiner Pflicht zu genügen, das psychiatrische Gutachten richterlich zu kontrollieren [119].

Wenn auch der zur Entscheidung berufene Richter die Frage notwendiger Behandlung nur mit Hilfe eines psychiatrischen Sachverständigen beurteilen könne, so sei er nicht verpflichtet, die Begriffswelt des Arztes bzw. Psychiaters zu übernehmen. Im Gegenteil! Die teils weiter, teils aber auch enger bestimmten „rechtseigensinnigen" juristischen Begriffe sind bei der Gesetzesanwendung allein zugrunde zu legen.

Da juristische Begriffe leichtere Formen von Gefahrtatbeständen ausklammern, kann zwischen juristischer und medizinischer Definition eine Differenz bestehen.

Die Vorschrift des § 8 Abs. 5 MVollzG Niedersachsen könnte zudem, indem sie auch privat niedergelassenen Sachverständigen durch das Fachministerium Entscheidungskompetenzen zum Maßregelvollzug delegieren, gegen den Grundsatz des Funktionsvorbehalts (Artt. 60 Satz 1 NV, 33 Abs. 4 GG) verstoßen. Ihm gemäß ist die Ausübung hoheitsrechtlicher Befugnisse als ständige Aufgabe regelmäßig Angehörigen des öffentlichen Dienstes, die in einem öffentlich-rechtlichen Dienst- und Treueverhältnis stehen, d. h. Beamten, vorbehalten. Gegebenenfalls müsste hier ein besonderes Rechtsverhältnis [120] begründet werden.

Generell ist allerdings die Notwendigkeit der Bestellung eines externen Gutachters bei der Beurteilung von Fragen im Zusammenhang mit den Voraussetzungen und der Notwendigkeit der Zwangsbehandlung bei allen Gesetzes-

[115] BVerfG a.a.O. Rn. 44
[116] BGH XII ZB 69/00, Beschluss vom 11.10.2000 Rn. 22 (juris)
[117] BVerfG a.a.O. Rn. 71
[118] BGH VII ZB 8/81, Beschluss vom 17.12.1981, RN. 8 (juris) m. Hinweis auf BVerfGE 10, 302, S. 323

[119] vgl. Rechtsgedanken zum damaligen FGG: OLG Karlsruhe 11 Wx 20/08 Beschluss vom 17.03.2008; OLG Hamm FGPrax 206, 230; OLG München OLGR 2006, 191
[120] öffentliche Vereidigung des SV

vorhaben zur Zwangsbehandlung im Maßregelvollzug gegeben. Dem sind die Gesetzgeber nur unzureichend nachgekommen.

Zudem müsste die Frage der Einwilligungsfähigkeit wie ausgeführt nach zu schaffenden medizinischen Standards beurteilt werden. Auch darf die zwangsweise Medikamentengabe jedenfalls nach dem Gesetzesvorhaben erklärtermaßen nur als ihrerseits mehrwertige, beliebigkeitsgefährdete „ultima ratio" am Ende von erfolglosen freiwilligen Behandlungsversuchen stehen (vgl. zusätzlich die Schlussbmerkungen).
Der Verfassungsgeber hat in Art. 19 Abs. 4 GG nicht die Kontrolle der objektiven Rechtmäßigkeit staatlicher Maßnahmen, sondern den individuellen Rechtsschutz der Bürger in den Mittelpunkt richterlicher Arbeit gestellt.

Subjektiver Rechtsschutz wird mit Art. 8 Abs. 5 Nds. MVollzG und in § 7a Abs. 6 Hess. MVollzG in der 2. Alternative wegen des fehlenden Richtervorbehaltes nicht hinreichend gewährleistet. Die Anordnung der Maßnahme der Zwangsbehandlung müsste durch einen Richter und nicht durch ein ministeriell eingesetztes Gremium von Sachverständigen bzw. die Einrichtung selbst erfolgen.

Hierfür sprechen auch praktikable Gründe, zumal einer einwilligungsunfähigen und damit ohnehin insoweit beeinträchtigten Person kein Beistand (etwa in der Form eines Verfahrenspflegers) bestellt ist. Ein solcher könnte gegebenenfalls für den Betroffenen einer Zwangsmaßnahme Rechtsmittel wie den eines Antrags nach § 109 StVollzG vornehmen.

e. Die geplante Regelung des § 8 c Nds. MVollzG, § 7a Abs. 1 Hess. MVollzG – Zwangsbehandlung bei Drittgefährdung

Die Neuregelung des § 8c Niedersächsisches Maßregelvollzugsgesetz und des § 7a Abs. 1 Hessisches Maßregelvollzugsgesetz enthält jeweils eine Regelung zur Zwangsbehandlung bei Drittgefährdung.

Das Bundesverfassungsgericht hat hierzu in seinem Beschluss vom 23.03.2012 [121] ausgeführt:
„Als rechtfertigender Belang kommt insoweit allerdings nicht der gebotene Schutz Dritter vor den Straftaten in Betracht, die der Untergebrachte im Fall seiner Entlassung begehen könnte. Dieser Schutz kann auch dadurch gewährleistet werden, dass der Untergebrachte unbehandelt im Maßregelvollzug verbleibt. Er rechtfertigt daher keinen Behandlungszwang gegenüber einem Untergebrachten, denn dessen Weigerung, sich behandeln zu lassen, ist nicht der Sicherheit der Allgemeinheit vor schweren Straftaten, sondern seiner Entlassungsperspektive abträglich".

Zwar nimmt die Entscheidung nur auf freiheitsentziehende Maßnahmen des Maßregelvollzuges Bezug. Aufgrund des gleichen Normzweckes einer möglichen Eingriffsnorm und einer gleichen Interessenlage (Freiheitsentzug bei Drittgefährdung) ist die Bezugnahme auf Fremdgefährdung bei der Legitimation von Zwangsbehandlung aber nach dem eindeutigen Wortlaut der verfassungsrechtlichen Entscheidung vom März 2011 unzweifelhaft abzulehnen. Auch hier gilt, dass der Patient mit der Behandlungsverweigerung seine Entlassung möglicherweise verzögert, effektiver Schutz aber gleichwohl gewährleistet ist.

Zwangseingriffe in Körper und Geist zählen zu den intensivsten Grundrechtseingriffen. Sie sind seit jeher verfassungsrechtlich und rechtspolitisch umstritten. Dies gilt erst recht, wenn der Betroffene öffentlichrechtlich untergebracht ist [122].

Soweit ausnahmsweise eine Befugnis des Staates, den Einzelnen „vor sich selbst in Schutz zu nehmen"[123], anzuerkennen ist, eröffnet dies keine „Vernunfthoheit" staatlicher Organe über den Grundrechtsträger dergestalt, dass dessen Wille beispielsweise auch zur Inanspruchnahme von Alternativmedizin allein deshalb missachtet werden dürfte, weil er von durchschnittlichen Präferenzen abweiche und deshalb sein Wille unvernünftig erscheine [124].

8. Zusammenfassung:
Gesetzentwürfe – ein normativer Zuckerguss, keine angemessenen Normierungen gegebener Probleme

Knappes Resultat verbunden mit dem Hinweis auf weitgehend übersehene, aber auch und gerade gesetzesförmig nicht zu übersehende Lücken, Als-Ob-Annahmen und nicht Rechtssicherheit, sondern wachsende Beliebigkeit fördernde Mehrwertigkeiten als zugleich Mehrdeutigkeiten
Zusammenfassend ist festzustellen, dass sämtliche Gesetzesentwürfe in ihrer derzeitigen Fassung den hohen Anforderungen an einen Eingriffstatbestand der Zwangsbehandlung nicht genügen. Zwar ist vor allem der Entwurf des

[121] BVerfG 2 BvR 882/09, Beschluss vom 23.03.2011

[122] Bublitz, Psychiatrische Zwangseingriffe im Maßregelvollzug ZIS 8-9/2011

[123] BVerfG NJW 1998, 1774 S. 1775

[124] BVerfGE 58, 208 S. 226 f.

Landes Schleswig-Holstein als ´fortschrittlich´ zu bezeichnen. Die Behandlung im Maßregelvollzug nach dem MVollzG des Landes Niedersachsen darf nicht dazu führen, dass der Kernbereich der Persönlichkeit angetastet wird. In Schleswig-Holstein stehen, grund- und menschenrechtskorrekt, alleine die Patienten selbst und nicht Dritte im Entscheidungsfokus.
Die Vorgaben zur Patientenverfügung des § 1901a BGB und die Vorgaben des Verfassungsgerichtes werden in erheblichen Hinsichten nicht vollständig und konsequent eingehalten (a la: Zwangsbehandlungen müssten „Erfolg" versprechen; sie dürften nur das „letzte Mittel" sein; jeder Zwangsbehandlung müsse „der ernsthafte, mit dem nötigen Zeitaufwand und ohne Ausübung unzulässigen Drucks unternommene Versuch vorausgegangen sein, die auf Vertrauen gegründete Zustimmung des Untergebrachten zu erreichen"; eine Zwangsbehandlung müsse gewährleisten, dass der Betroffene vorher rechtzeitig Rechtsschutz suchen könne; die Zwangsbehandlung müsse dokumentiert werden; die Notwendigkeit einer Zwangsbehandlung sei von einem externen Gutachter zu prüfen).
Die Maßregelvollzugsgesetze der Länder schaffen ebenso wie die Unterbringungsgesetze bzw. PsychKG´s zwar Eingriffstatbestände für die Zwangsbehandlung vermeintlich Einwilligungsunfähiger, lassen aber Standards und Vorgaben zum Begriff und der Definition der Einwilligungsfähigkeit bereits im Ansatz missen. Eine solche verbindliche und auch allgemeingültige Standardisierung des Begriffes der Einwilligungsunfähigkeit wäre aber Grundvoraussetzung für einen denkbaren derartigen Eingriff in Grundrechte eines betroffenen Patienten.

Postscriptum – einige nicht weiter ausgeführte Hinweise. Sie gehen über den hier geleisteten, Stellung nehmenden Vergleich einiger geplanter Neufassungen von Ländergesetzen zur Unterbringung psychisch kranker Menschen und zu ihrem Traktat in Anstalten des Maßregelvollzugs hinaus. Wollten die Landesgesetzgeber ihre Gesetze so sachgerecht wie im Jahre 2013 möglich formulieren und verabschieden und gleicherweise so rechtsicher wie durch allgemeine Gesetze möglich im normativ und institutionell konstitutiven Kontext der Verfassung des Grundgesetzes und der allgemein und unmittelbar geltenden Grund- und Menschenrechte, dann müssten sie nicht nur, aber auch die folgenden Monita beachten.

I. Lücken

1) In den Gesetzentwürfen wird nicht erkenntlich oder, wenn, dann eher negativ, dass die Gesetz gebenden Prätendenten über eine reiche, empirisch gesicherte und international vergleichende Grundlage zu dem großen und heterogenen Spektrum verfügten, was heute – wenn der verkürzte Ausdruck vorübergehend erlaubt ist – an psychisch bedingten Bewusstseins- und Verhaltensproblemen der Fall ist, die sich je und je wellengleich auf dem mehrdeutigen Damm psychischer Behinderungen und Krankheiten bewegen. Ein Hinweis auf das sich ausfächernde Phänomen der Demenzen von alten Leuten mag zur Illustration genügen. Unsere, hier nicht zu belegende oder argumentativ auszuführende These lautet: es ist falsch, sprich: Es verfehlt die Probleme, sich auf den angeblich in psychiatrischer Rationalität gründenden Zwang zu konzentrieren, der gegen psychisch Behinderte, auch in deren Interesse vonnöten sei. Falsch ist diese Konzentration zum einen aus grund- und menschenrechtlichen Kernnormen. Diese schließen Zwang aus, der reine Widerspruch eines Heilberufs. Falsch ist diese Konzentration außerdem vor allem, weil sie von den wahren Problemen psychisch potentiell und aktuell Versehrter wegführt und, recht verstanden die sich um sie gruppierenden Heilberufe auf radikal falsche Fährten führt.

2) Die Gesetzentwürfe wie in der Regel, die mit psychiatrischen Fällen befassten Gerichte formulieren und sprechen Recht auf einer bestenfalls schwankenden, dazuhin von professionellen Interessen durchsetzten Basis: Der Basis, als ob Psychiatrie als medizinisch informierte Wissenschaft und diejenigen, die sie betreiben, in ihren Aussagen und Praxen als Leitrute richtigen Urteils und Verhaltens in Sachen psychisch bedingte Verhaltensschwierigkeiten orientierungsstark betrachtet werden könnten. Es spricht Vieles dafür, die um psychisch Behinderte kreisenden Berufe analytisch, in diesem Fall, anamnetisch, in Richtung Heilmittel und Heilpraktiken nicht nur ernst zu nehmen, sondern zu fördern. Falsch aber wäre es, ja im Indikativ: ist es, psychiatrischen Berufen und ihren renomierten Repräsentanten Urteilsvermögen zuzusprechen, die die Profession und ihre Proessionellen in dem Sinne auch nur annähernd urteilsfähig, wissenschaftlich wahrheitsfähig machten, um darauf Zwangseinrichtungen, unmittelbaren Zwang und Zwangsbehandlungen zu gründen. Die historisch und gegenwärtig immer wieder weit verbreiteten Ängste führen nicht nur weg von einer Reihe erkenntlich selbstverschuldeter Probleme, sie legitimieren auch den doppelten Schein als könnten allgemeine Verhaltensprobleme auf psychisch Kranke abschiebend projiziert werden. Und als bildete die Psychiatrie eine wohlgefällige Polizei menschlicher Probleme, obgleich gerade vorgenannte Zwangsfixierung uns alle, insbesondere

die zuständigen Instanzen von alleine fleißig machte, sie so anzugehen, dass Problemkulminationen nicht entstünden, die den Zwang dem interessierten und hilflosen Anschein nach zur einzigen Möglichkeit der Unmöglichkeit zu machen scheinen. Dabei bedarf es nicht nur sorgsamer genauer Rückblicke bis zur Nationalsozialistischen „Euthanasie“ und weit hinter sie zurück, ja auch rund um die bundesdeutsche Ecke, um einzusehen, dass wir unsere Probleme nicht los werden, indem wir sie zwangsweise an die Randgruppen abschieben, die dadurch erst zu den Randgruppen werden.

II. Pseudoprobleme und Pseudolösungen

3) Zuerst sollte sich niemend ein X für ein U vormachen, als gäbe es keine „Alternative“ zum Zwang, wenn Menschen einsichtslos verstockt erscheinen. Wegschließen, mit Gewalt behandeln, belegt nur einen Mangel an sozialer Phantasie und eigene, gewaltförmige Verklemmungen. Ein Blick in die „Naturtatsache“ qua Demographie der Altersdemenz kann lehren, welche Bedingungen genetisch und funktional erklären, wie es zu von Demenzkranken überfüllten Pflegeheimen, zur Altersgewalt und zum gewalthaften Umgang mit alten Menschen kommt. Bei Letzterem spielen bei weitem mehr als staatlich diverse formen privater Gewalt einschließlich verabreichter Neuroleptika eine wichtige Rolle. Sie stellen die unruhigen Alten zeiteffizient still. Allgemein gilt: Das, was sich Psychiatrie mit fachwissenschaftlichen Anspruch nennt, könnte sich als aufs Heilen behinderter Menschen erpichte, fundierte Praxis etablieren, schwämme sie sich nicht nur in einigen herausragenden Vertreterinnen und Vertretern zwangsfrei.

4) Die ultima ratio wirkt wie ein wundersamer legitimatorischer Placeboeffekt. Wörtlich ist es die Rationalität, die gerade noch besteht, wenn alle anderen Möglichkeiten ausgeschöpft sind. Zuerst: Könnte es nicht sein, dass Zwang an anderen Menschen geübt, gerade keine Rationalität mehr besitzt? Zum zweiten: Sind tatsächlich alle menschlichen Möglichkeiten ausgeschöpft worden? Ein Blick auf Zwangsfälle genügt. Dann ist zu entdecken, wie eng das Spektrum der Möglichkeiten begrenzt ist. Zeit, Geld, Effizienz – die Ökonomische Behandluung kennt fast keine Grenzen. Könnte nicht sie daran schuld sein, dass lieber mit dem professionalisiert gedämpften Schrecken des unmittelbaren Zwangs gearbeitet wird, um mögliche Folgeprobleme los zun werden? Denn man hat ja – die „Logik“ der ultima ratio – angeblich alles versucht. Zum dritten, wer entscheidet denn über den Zwang? Von den genetisch erzeugten Zwangssituationen zu schweigen, darf die Zwangsentscheidung, wenn sie schon die Person des Gezwungenen negiert und also ihre Würde nicht nur antastet, sondern aufhebt – angeblich mit dem dann nicht mehr möglichen Ziel einer verordneten restitutio in integrum – von abgehobenen Berufen selbst des Rechts ge-, nein erfunden werden? Je länger man sich über dieses wundersame Absolutum, abgehoben von allem menschlich Relativen besinnt, das uns ein festes Ruhekissen geben könnte, desto klarer, ja desto einsichtiger wird: Das „Absolute“ der angeblich interessefreien ultima ratio ist das ens relativum schlechthin, überaus situations-, ziel-, mittel- und vorstellungsabhängig.

5) Vorbehaltsringelreihen, damit man sich selbst in den Schlaf singe, der naturzwangsweise die Augen zufallen macht. Im 2. Absatz dieser Zusammenfassung haben wir eine Reihe der Vorbehalte zitiert, die das Bundesverfassungsgericht anführt, Vorbehalte, die gelöst sein müssten, um Zwang um sechs Ecken herum doch zu erlauben. Wenn damit der Trick des Sisyphos verbunden sein sollte, der den immer erneut berghoch gerollten Stein ebenso immer erneut herunterkullern weiß – es sei denn, man hielte ihn für dumm – dann geben diese Vorbehalte die Devise vor: von den Mühen schließlich dann doch zum Zwang befreit. Im Sinne des Gesetzes und der ihm „rechtssicher“ folgenden Psychiater. Da heißt es: Zwangsbehandlungen müssten Erfolg versprechen. Was aber heißt Erfolg? Und wer entscheidet über diesen? Und dies gar vorweg? Dann ist erneut vom „letzten Mittel“ die Rede. Darüber haben wir gerade vorletzt gehandelt. Erneut stellt sich die ganze Skala der Zuständigkeits-, der Wissens-, der Kriterien- und der Entscheidungsfragen. Danach ist trefflich davon die Rede, dass der sogleich Gezwungene ohne Druck zustimmen solle. Nichts wird darüber gesagt, was, wenn er dennoch nicht zustimmt. Auch das Bundesverfassungsgericht tut so, als stünde das Ergebnis, das da lautet: „Zustimmung“, vorweg fest. Wie soll der demnächst Zwangsgeschlagene zur Peitsche Liebe empfinden? Ist das anders als J. J. Russeau´s „gezwungen, frei zu sein“? Jedes folgende Wort ist gleicherweise voraussetzungsreich: a la Rechtsschutz, a la dem neuen Glauben des Informationszeitalters, bürokratisch eingerichtet, der Dokumentation. Von den Pfegeheimen weiß man, dass gerade die besten Pflegerinnen und Pfleger die Dokumentation ihrer tayloristischen Hetze, wenn nicht abends müde, dann mit trickreichen, aber geforderten Formeln wunderschön hinschmieren. Und wie verhält es sich mit der gleichermaßen modischen Korruptionssperre, einem externen Gutachter? Dabei ist man froh, dass wenigstens das Bundesverfassungsge-

richt, institutionell und funktional die Grund- und Menschenrechte nicht wie mobil-flexible Stolpersteine hin- und herschiebt, um spätere Stolpersteine des reuigen, indes folgenlosen Gedenkens zu vermeiden.

6) Wir brechen auch hier ab. Was gilt, trotz sytematischem Missbrauch gültig war und, so hoffen wir, gültig bleiben wird, ist in einem kurzen Satz mit langem Inhalt zu formulieren: Zwang gegen andere Menschen, auch Selbstzwang, wenn er als solcher kenntlich würde, ist in einer Gesellschaft und ihrer Politik nicht positiv zu lizensieren, solange sie sich selbst aus krummem Holz geschnitzt ernst nimmt. Darum gilt die altrömische Mahnung an alle politischen Repräsentanten: sie mögen darauf achten, dass Grundrechte und Demokratie keinen Schaden nehmen. Psychiatrisch wie immer begründeter Zwang wäre ein solcher Schaden. Und er wirkte fort.

Gez. Wolf-Dieter Narr

Gez. RA Thomas S a s c h e n b r e c k e r
Friedrichstr. 2
6275 Ettlingen
www.psychiatrierecht.de