



Deutsches Institut
für Menschenrechte

Monitoring-Stelle UN-Behindertenrechtskonvention

Amicus Curiae

Stellungnahme an das Bundes- verfassungsgericht im Rahmen des Verfahrens 1 BvL 1/24

(BGH XII ZB 459/22)

Eingereicht am 17.04.2024

Inhalt

Vorbemerkungen	3
1 Hintergrund	4
1.1 Hintergrund des aktuellen Verfahrens	4
1.2 Zwangsbasierte Psychiatrie und ihre notwendige Transformation zu freiwilliger Versorgung	5
2 Vorgaben der UN-Behindertenrechtskonvention zum Thema Zwang und Freiheitsentziehung	8
2.1 Die Auslegung des UN-Fachausschusses für die Rechte von Menschen mit Behinderungen	9
2.2 Empfehlungen des UN-Fachausschusses für Deutschland	10
3 Internationaler Forschungsstand zur ambulanten Zwangsbehandlung	11
4 Forschungsstand zur Anwendung von Zwang im deutschen Betreuungsrecht	13
4.1 Monitoring und Datenlage	13
4.2 (Erfolglose) Überzeugungsversuche	14
4.3 Prüfung auf Freiwilligkeit basierender Behandlungsalternativen	16
4.4 Genehmigungsprozess und Kontrolle	17
4.5 Anwendung von FEM außerhalb von Krankenhäusern	18
5 Zur Einordnung ambulanter Zwangsbehandlung als milderes Mittel	18
6 Zur Nutzung der stationsäquivalenten Behandlung als Rahmen für ambulante Zwangsmaßnahmen	20
7 Zusammenfassung	21

Vorbemerkungen

Das Deutsche Institut für Menschenrechte nimmt hiermit Stellung im Verfahren 1 BvL 1/24 und bittet um Beachtung der Stellungnahme.

Das Deutsche Institut für Menschenrechte ist die unabhängige Nationale Menschenrechtsinstitution Deutschlands (§ 1 DIMR-Gesetz). Es ist gemäß den Pariser Prinzipien der Vereinten Nationen akkreditiert (A-Status). Zu den Aufgaben des Instituts gehören Politikberatung, Menschenrechtsbildung, Information und Dokumentation, anwendungsorientierte Forschung zu menschenrechtlichen Themen sowie die Zusammenarbeit mit internationalen Organisationen. Es wird vom Deutschen Bundestag finanziert. Das Institut ist zudem mit dem Monitoring der Umsetzung von UN-Behindertenrechtskonvention und UN-Kinderrechtskonvention sowie der Berichterstattung zu den Konventionen des Europarats zu Menschenhandel und zu Gewalt gegen Frauen und häuslicher Gewalt betraut worden. Hierfür hat es entsprechende Monitoring- und Berichterstattungsstellen eingerichtet.

Die Monitoring-Stelle UN-Behindertenrechtskonvention (Monitoring-Stelle, MSt), ist gemäß Artikel 33 Abs. 2 UN-Behindertenrechtskonvention (die Konvention; UN-BRK)¹ zur Überwachung der Umsetzung der Konvention in Deutschland eingesetzt. Sie hat den Auftrag, die Rechte von Menschen mit Behinderungen im Sinne der Konvention zu fördern und zu schützen sowie die Umsetzung der UN-BRK in Deutschland konstruktiv und kritisch zu begleiten. Sie fokussiert ihr Monitoring auf die strukturelle Umsetzungsebene. Das fallbezogene Monitoring beinhaltet insbesondere Amicus-Curiae-Stellungnahmen in Gerichtsverfahren als Eingabe einer Organisation, die selbst am Verfahren nicht beteiligt ist. Die Stellungnahme verfolgt das Ziel, dem erkennenden Gericht von unabhängiger Seite fallbezogene Informationen zur Verfügung zu stellen. Sie enthält Ausführungen, die die Grundlagen der Rechts- und Entscheidungsfindung betreffen, ohne dem erkennenden Gericht eine konkrete Entscheidung anzuraten.

Die Anwendung von Zwang in Form einer Zwangsunterbringung, ärztlichen Zwangsbehandlung oder freiheitsentziehenden Maßnahmen gehört zu den dringlichsten Herausforderungen bei der Wahrung der Menschenrechte von Menschen mit Behinderungen. Der UN-Fachausschuss für die Rechte von Menschen mit Behinderungen (im Folgenden: UN-Fachausschuss) fordert in seinen Abschließenden Bemerkungen im Rahmen der zweiten und dritten Staatenprüfung Deutschlands erneut ein Verbot unfreiwilliger Freiheitsentziehung, Zwangsunterbringung und -behandlung von Menschen mit Behinderungen aufgrund von Beeinträchtigungen.² Die Monitoring-Stelle sieht wegen der grundsätzlichen Bedeutung des aktuellen Verfahrens für die Umsetzung der UN-BRK in Deutschland die Notwendigkeit, sich mit dieser Amicus-Curiae-Stellungnahme zu denjenigen Aspekten einzubringen, die aus menschenrechtlicher Sicht erheblich sind und für die Entscheidung hinsichtlich einer möglichen Ausweitung ärztlicher Zwangsmaßnahmen auf Pflegeheime oder vergleichbare Einrichtungen bzw. das häusliche Umfeld von wesentlicher Bedeutung sind.

¹ Siehe Art. 33 Abs. 2 UN-BRK; siehe hierzu auch die Gesetzesbegründung zum Vertragsgesetz in BT-Drs. 16/10808, S. 67.

² UN-Committee on the Rights of Persons with Disabilities (2023): Concluding observations on the combined second and third periodic reports of Germany, CRPD/C/DEU/CO/2-3, Abs. 30 a). Verfügbar unter https://tbinternet.ohchr.org/_layouts/15/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=CRPD%2FC%2FDEU%2FCO%2F2-3&Lang=en (letzter Zugriff: 10.04.2024).

Die Initiative der Monitoring-Stelle, im vorliegenden Verfahren eine entsprechende Stellungnahme einzureichen, ist verbunden mit der Bitte an das Bundesverfassungsgericht, die im Folgenden aufgeführten Informationen zur Kenntnis zu nehmen und im Rahmen der Entscheidungsfindung zu berücksichtigen.

1 Hintergrund

1.1 Hintergrund des aktuellen Verfahrens

In seinem Beschluss vom 8. November 2023 (XII ZB 459/22) hat der Bundesgerichtshof (BGH) ein Rechtsbeschwerdeverfahren zu einer Unterbringungssache ausgesetzt, um gemäß Art. 100 Abs. 1 S. 1 GG im Wege einer Richtervorlage eine Entscheidung des Bundesverfassungsgerichts zur Frage einzuholen: Ist es mit der aus Art. 2 Abs. 2 S. 1 GG folgenden Schutzpflicht des Staates unvereinbar, dass ärztliche Zwangsmaßnahmen gemäß § 1906a Abs. 1 Satz 1 Nr. 7 BGB a.F. (seit 01.01.2023 in § 1832 Abs. 1 S. 2 Nr. 7 BGB n.F.) bei einer rechtlich betreuten Person die Verlegung in ein Krankenhaus voraussetzen bzw. nur in einem Krankenhaus durchgeführt werden dürfen, auch wenn in der Einrichtung, in der die betroffene Person untergebracht ist, die gebotene medizinische Versorgung einschließlich ihrer erforderlichen Nachbehandlung sichergestellt wäre?

In der konkreten Unterbringungssache vor dem Bundesgerichtshof handelt es sich bei der Rechtsbeschwerdeführerin um eine 1963 geborene Frau mit den psychiatrischen Diagnosen paranoide Schizophrenie und schizophreses Residuum. Die Rechtsbeschwerdeführerin hat seit 2000 eine rechtliche Betreuung bestellt, die unter anderem die Gesundheits- und die Aufenthaltsbestimmung umfasst. Sie lebt seit 2008 in einer Wohneinrichtung der Eingliederungshilfe und wurde regelmäßig im nahegelegenen Krankenhaus zwangsbehandelt. Der rechtliche Betreuer wünschte eine medikamentöse Zwangsbehandlung in der Wohneinrichtung und brachte argumentativ vor, dass die wiederholten Einweisungen in das Krankenhaus die von ihm betreute Rechtsbeschwerdeführerin retraumatisierten. Das Amtsgericht Lippstadt lehnte das Begehren des Betreuers mit Verweis auf den Regelungsinhalt in § 1906a Abs. 1 S. 1 Nr. 7 BGB a.F. ab. Das Landgericht Paderborn wies die darauffolgende Beschwerde ebenso zurück. Amts- und Beschwerdegericht verneinten die Zulässigkeit ärztlicher Maßnahmen außerhalb eines Krankenhauses. Mittels Rechtsbeschwerde (§§ 70 ff., 62 FamFG) vor dem Bundesgerichtshof begehrt die Rechtsbeschwerdeführerin nun die Feststellung, dass die Entscheidungen des Amts- und Beschwerdegerichts sie in ihren Rechten verletzt haben, soweit darin eine Zwangsbehandlung in ihrer Wohneinrichtung abgelehnt worden ist.

Entscheidend für den Ausgang der Rechtsbeschwerde vor dem Bundesgerichtshof ist die Feststellung der Verfassungswidrigkeit oder -mäßigkeit des § 1906a Abs. 1 S. 1 Nr. 7 BGB a.F. Nachdem sich der Bundesgerichtshof entlang der Auslegungsmethoden mit der Anwendung des vorgenannten Paragraphen auseinandergesetzt hat und dem Amts- und Beschwerdegericht folgend davon ausgeht, dass eine ärztliche Zwangsbehandlung der Betroffenen in der Wohneinrichtung nach damaliger Rechtslage nicht genehmigungsfähig war, widmet er sich der Frage, ob die strikte Kopplung der Zulässigkeit ärztlicher Zwangsmaßnahmen an die Durchführung in einem Krankenhaus verfassungsgemäß oder mit der aus Art. 2 Abs. 2 S. 1 GG folgenden staatlichen Schutzpflicht unvereinbar ist. Die Verfassungsmäßigkeit des § 1906a Abs. 1 S. 1 Nr. 7 BGB a.F. soll nun im Wege einer Richtervorlage ermittelt werden. Zur Begründung der Richtervorlage führt der Bundesgerichtshof in seinem Beschluss aus, dass eine ambulante Zwangsbehandlung „eher dem Wohl und (mutmaßlichen) Willen von Betroffenen entsprechen wird, im eigenen Wohnumfeld

behandelt zu werden, als aus diesem möglicherweise gewaltsam (...) herausgerissen, in eine nicht vertraute (stationäre) Krankenhausumgebung verbracht und dort eine erhebliche Zeit festgehalten zu werden.“³ Es wird auf die „erheblichen Gesundheitsbeeinträchtigung [verwiesen], die durch die Verbringung in ein Krankenhaus zwecks Durchführung der Zwangsbehandlung herbeigeführt wird“.⁴

Dabei setzt sich der Bundesgerichtshof mit der stationsäquivalenten psychiatrischen Behandlung (im Folgenden: StäB) als Behandlungsformat auseinander, um ärztlichen Zwang auch außerhalb von Krankenhäusern durchzuführen, insbesondere in Pflegeheimen und Einrichtungen der Eingliederungshilfe. Der Bundesgerichtshof argumentiert, dass eine ambulant durchgeführte Zwangsmaßnahme als mildere Form der Zwangsanwendung den menschenrechtlichen Vorgaben der UN-BRK eher entspreche als ärztlicher Zwang, der mit einer Verbringung in ein Krankenhaus und den beschriebenen Konsequenzen einhergehe.⁵

Die Monitoring-Stelle UN-BRK des Instituts muss der Einschätzung des Bundesgerichtshofs bzw. seiner Interpretation der menschenrechtlichen Vorgaben der Konvention widersprechen. Das Konzept von „milderem“ Zwang ist aus menschenrechtlicher Perspektive eindeutig abzulehnen. Warum, wird im Folgenden erörtert. Zunächst wird anhand menschenrechtlicher Quellen die notwendige Transformation von einem weltweit dominierenden, zwangsbasierten Versorgungssystem hin zu einer menschenrechtbasierten Unterstützung⁶ von Menschen mit psychosozialen Behinderungen skizziert. Anschließend werden die zentralen Normen der UN-BRK zum Thema ärztliche Behandlungen mit bzw. ohne informierte und freiwillige Einwilligung inklusive der relevanten Auslegungen des UN-Fachausschusses für die Rechte von Menschen mit Behinderungen herangezogen. Im Hinblick auf die vorangegangene Rechtsprechung des Gerichts⁷ verzichten wir in dieser Stellungnahme auf die Voranstellung allgemeiner Ausführungen zur grundsätzlichen Bedeutung der UN-BRK als Maßstab für die Auslegung des Grundgesetzes.

1.2 Zwangsbasierte Psychiatrie und ihre notwendige Transformation zu freiwilliger Versorgung

Die internationale Datenlage zur Anwendung von Zwang in der Psychiatrie, Altenpflege und sogenannten Behindertenhilfe ist lückenhaft und ein internationaler Vergleich aufgrund der unterschiedlichen gesetzlichen Grundlagen und Versorgungssysteme in verschiedenen Ländern schwierig.⁸ Dennoch verweist der Forschungsstand insgesamt auf ein kontinuierlich hohes Aufkommen von Zwangsunterbringungen, Zwangsbehandlungen und freiheitsentziehenden Maßnahmen in Europa und darüber hinaus.⁹ Auch in den Ländern, in denen strenge Vorgaben für die Genehmigung von Zwangsunterbringungen und

³ Bundesgerichtshof (2023): Beschluss vom 8.11.2023, BGH XII ZB 459/22, Rn. 58.

⁴ Bundesgerichtshof (2023): Beschluss vom 8.11.2023, BGH XII ZB 459/22, Rn. 13.

⁵ Bundesgerichtshof (2023): Beschluss vom 8.11.2023, BGH XII ZB 459/22, Rn. 65.

⁶ Diese Unterstützung umfasst auch Angebote und Strukturen außerhalb der traditionellen Psychiatrie, der Begriff „Versorgung“ wäre vor diesem Hintergrund zu eng gefasst.

⁷ BVerfG, Beschluss vom 14.10.2004, 2 BvR 1481/04, Rn. 32; BVerfG, Beschluss vom 23.03.2011, 2 BvR 882/09; BVerfG, Beschluss vom 24.06.2015, 1 BvR 486/14, Rn. Ziffer 18; BVerfG, Beschluss vom 26.07.2016, 1 BvL 8/15, Rn. 88; BVerfG, Beschluss vom 30.01.2020, 2 BvR 1005/18, Rn. 40; BVerfGE, Beschluss vom 29.01.2019, 2 BvC 62/14, Rn. 61 ff.

⁸ Vgl. Rains, L. S./ Zenina, T. / Dias, M. C. / Jones, R. / Jeffreys S. / Branthonne-Foster, S. / Lloyd-Evans, B. / Johnson, S. (2019): Variations in patterns of involuntary hospitalisation and in legal frameworks: an international comparative study. In: *Lancet Psychiatry* 2019, 6:403–17. Verfügbar unter <https://www.thelancet.com/action/showPdf?pii=S2215-0366%2819%2930090-2> (geprüft am 15.4.2024).

⁹ Vgl. Mental Health Europe (2017): Mapping and understanding exclusion in Europe. Verfügbar unter: <https://mhe-sme.org/wp-content/uploads/2018/01/Mapping-and-Understanding-Exclusion-in-Europe.pdf> (letzter Zugriff: 10.04.2024); Vgl. Rains et al. (2019): Variations in patterns of involuntary hospitalisation and in legal frameworks: an international comparative study. In: *Lancet Psychiatry* 2019, 6:403–17.

-behandlungen im Sinne einer Ultima Ratio-Regelung bestehen, lassen sich hohe Anwendungszahlen verzeichnen.¹⁰ In Deutschland ist die Anwendung von Zwang und Freiheitsentziehung noch weit verbreitet. Die Anzahl von Menschen, die in einer psychiatrischen Einrichtung untergebracht werden, bleibt relativ konstant.¹¹ Die Ergebnisse der kürzlich veröffentlichten Evaluierung des Gesetzes zur Änderung der materiellen Zulässigkeitsvoraussetzungen von ärztlichen Zwangsmaßnahmen und zur Stärkung des Selbstbestimmungsrechts von Betreuten vom 17. Juli 2017 im Auftrag des Bundesministeriums der Justiz (BMJ) verweisen trotz der engen Zulässigkeitsvoraussetzungen auf keinen signifikanten Rückgang in der Anwendung ärztlicher Zwangsbehandlungen gemäß §1906a BGB a.F.^{12/} §1832 BGB n.F.¹³ Erhebliche örtliche Unterschiede im Aufkommen sprechen für strukturelle Einflüsse auf die Anwendung von Zwang, z.B. das Fehlen ambulanter Unterstützungsangebote oder die Qualifizierung und Haltungen des Personals innerhalb von Krankenhäusern.¹⁴ Alternative Methoden und Behandlungsansätze (z.B. peergeleitete und ambulante Krisendienste, dialogische Angebote) sind auch in Deutschland immer noch nicht flächendeckend verbreitet und/oder werden im Vorfeld einer Zwangsbehandlung nicht als Alternative angeboten.¹⁵

Zwangsbehandlungen stellen nicht nur einen schweren Eingriff in die Grundrechte dar, sondern haben erhebliche negative Auswirkungen auf die psychische und körperliche Gesundheit sowie die Lebensqualität der betroffenen Person. Menschen mit Zwangserfahrungen berichten von langanhaltenden (Re-)Traumatisierungen, Angstzuständen und weiteren psychischen Auswirkungen.¹⁶ Als belastend werden sowohl die Anwendung von Zwang bei der Verabreichung von Medikamenten als auch die (Neben-)Wirkungen der Medikamente selbst hervorgehoben.¹⁷ Das Erleben von Zwang schädigt zudem das Vertrauensverhältnis zu den behandelnden Personen und dem Versorgungssystem häufig nachhaltig.¹⁸

¹⁰ Ebd., S. 414ff.

¹¹ Steinert, T. / Salize, H.-J. / Dreßing, H. / Juckel, G. / Steinhart, I. (2020): Zwangsmaßnahmen Im Psychiatrischen Hilfesystem: Erfassung und Reduktion, Abschlussbericht, S. 3. Verfügbar unter https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Praevention/abschlussbericht/abschlussbericht_ZIPHER_Vorlage_barrierefrei.pdf (geprüft am 15.4.2024). Hier bezogen auf alle Einweisungen in die stationär psychiatrische Behandlung, die zwischen 1999 und 2015 unfreiwillig erfolgten.

¹² Der Bundesgerichtshof befasst sich in seinem Beschluss mit § 1906a Abs. 1 S. 1 Nr. 7 BGB in der Fassung des Gesetzes zur Änderung der materiellen Zulässigkeitsvoraussetzungen von ärztlichen Zwangsmaßnahmen und zur Stärkung des Selbstbestimmungsrechts von Betreuten vom 17. Juli 2017 (BGBl. I S. 2426). Durch das Inkrafttreten des Gesetzes zur Reform des Vormundschafts- und Betreuungsrechts am 1.1.2023 wurden die Regelungen zu ärztlichen Zwangsbehandlungen in § 1832 Abs. 1 S. 1 Nr. 1-7 BGB im Wortlaut überführt.

¹³ Henking, T. / Juckel, G. / Gather, J. / Steinert, T. (2024): Evaluierung des Gesetzes zur Änderung der materiellen Zulässigkeitsvoraussetzungen von ärztlichen Zwangsmaßnahmen und zur Stärkung des Selbstbestimmungsrechts von Betreuten vom 17. Juli 2017, Schlussbericht vom 31.1.2024, S.22ff.

¹⁴ Vgl. Flammer, E. / Hirsch, S. / Thilo, N. / Steinert, T. (2022): "Our Patients Are Different": Predictors of Seclusion and Restraint in 31 Psychiatric Hospitals. *Front. Psychiatry* 13:791333.

¹⁵ Vgl. Teichert, M. / Schäfer, I. / Lincoln, M. L. (2016): Wo ein Wille ist, ist auch ein Weg? Eine bundesweite Onlinebefragung von Psychiatern zum Einsatz von Alternativen zu Zwangsmaßnahmen. In: *Psychiatrische Praxis* 2016, 43(02), S. 101-106; Heumann, K. / Stückle, L. / Jung, A. / Bock, T. / Mahlke, C. / Lincoln, T. M. (2021): Wählen wir die richtigen Mittel zur Zwangsvermeidung? Eine Befragung von psychiatrischen PatientInnen mit Zwangserfahrung zur potenziellen Nützlichkeit Milderer Mittel. In: *Psychiatrische Praxis* 48(06), S. 306-308. Die Studie bezieht sich nicht nur auf ärztliche Zwangsbehandlung, sondern auch auf freiheitsentziehende Maßnahmen wie medikamentöse und physikalische Fixierungen.

¹⁶ *Mental Health Europe* (2017): Mapping and understanding exclusion in Europe, S. 3-34.

¹⁷ Ebd.

¹⁸ Rose, D. / Perry, E. / Rae, S. / Good, N. (2018): Service user perspectives on coercion and restraint in mental health. In: *BJPsych Int.* 2017, 14, S. 60. Verfügbar unter <https://www.cambridge.org/core/journals/bjpsych-international/article/service-user-perspectives-on-coercion-and-restraint-in-mental-health/C53B9313E2EBF0474136B06E7A19C924> (geprüft am 15.4.2024).

In den letzten Jahrzehnten wurden in Deutschland¹⁹ wie auch auf internationaler Ebene²⁰ eine Reihe von Ansätzen und Strategien entwickelt, um die Anwendung von Zwang gegenüber von Menschen mit Behinderungen zu vermeiden. Viele dieser Ansätze wurden unter Beteiligung der Selbstvertretung, d.h. Repräsentant*innen psychiatrie- und zwangserfahrener Menschen, entwickelt. Sie finden allerdings bisher kaum Eingang in das regelhafte Versorgungssystem, sondern werden eher modelhaft sowie zeitlich und räumlich begrenzt angewendet. Die mangelhafte Investition in den Auf- und Ausbau rechtsbasierter, den Grundsätzen moderner Psychiatrie entsprechender Unterstützungsangebote steht im direkten Zusammenhang mit einer zu beobachtenden Systembeharrlichkeit und einem Festhalten an einem bio-medizinisch geprägten, auf Zwang basierten Versorgungssystem.²¹

Vor dem Hintergrund ihrer weltweiten Verbreitung und ihrer massiven Auswirkungen auf die Rechte und die Lebensqualität betroffener Menschen nimmt die menschenrechtliche Kritik an der Anwendung von Zwang und Freiheitsentziehung auf Grundlage einer Beeinträchtigung zu. Der UN-Menschenrechtsrat fordert in seiner Resolution zu mentaler Gesundheit und Menschenrechten ausdrücklich einen Paradigmenwechsel weg von einem „Modell, das auf der Dominanz biomedizinischer Interventionen, Zwang, Medikalisierung und Institutionalisierung basiert“ hin zu einer menschenrechtsorientierten Unterstützung.²² Der damalige UN-Sonderberichterstatter über das Recht auf Gesundheit (2014-2020) plädiert ebenfalls für eine umfassende Transformation hin zu einem rechtsbasierten Unterstützungssystem und hebt die Achtung der Würde und Selbstbestimmung als ihr zentrales Prinzip hervor.²³ Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) spricht sich für eine ausschließlich auf Freiwilligkeit beruhende psychiatrische Versorgung und psychosoziale Unterstützung aus und formuliert Empfehlungen für den Aufbau personenzentrierter, gemeindenaher und menschenrechtsbasierter Unterstützungssysteme²⁴. Die gemeinsamen Leitlinien der WHO und des UN-Hochkommissariats für Menschenrechte zu psychischer Gesundheit, Menschenrechten und Gesetzgebung kritisieren ambulante Zwangsbehandlungen ausdrücklich und verweisen auf die fehlende Evidenz bezüglich ihrer Wirksamkeit im Hinblick auf die Reduzierung von Krankenhauseinweisungen sowie auf die mit ihnen einhergehenden, menschenrechtlichen Herausforderungen.²⁵ Die damalige UN-Sonderberichterstatterin über die Rechte von Menschen mit Behinderungen (2014-2020) beobachtet in ihrer Analyse nationaler Gesetzgebungen und gesetzlicher Reformen im

¹⁹ Vgl. Aktion Psychisch Kranke e.V. (2022): Dialog zur Weiterentwicklung der Hilfen für psychisch erkrankte Menschen - auf dem Weg zur personenzentrierten Versorgung von psychisch erkrankten Menschen, Projektbericht. Verfügbar unter: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Gesundheit/Berichte/Projektbericht_Dialog_gesamt_bf.pdf (letzter Zugriff: 10.04.2024).

²⁰ Vgl. Gooding P, McSherry B, Roper C, Grey F. (2018): Alternatives to coercion in mental health settings: A literature review. Melbourne Social Equity Institute, University of Melbourne. Verfügbar unter: https://social-equity.unimelb.edu.au/_data/assets/pdf_file/0012/2898525/Alternatives-to-Coercion-Literature-Review-Melbourne-Social-Equity-Institute.pdf (letzter Zugriff: 10.04.2024).

²¹ World Health Organization (2023). Mental health, human rights and legislation: guidance and practice. Geneva: World Health Organization and the United Nations (represented by the Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights), S. 4. Verfügbar unter: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/373126/9789240080737-eng.pdf?sequence=1> (letzter Zugriff: 10.04.2024); vgl. für den deutschen Kontext auch DGSP (2024): Statement der DGSP zur ambulanten Behandlungsweisung. Verfügbar unter <https://www.dgsp-ev.de/veroeffentlichungen/standpunkte-stellungnahmen/statement-der-dgsp-zur-ambulanten-behandlungsweisung-10-januar-2024> (letzter Zugriff: 10.04.2024).

²² Human Rights Council (2020): Resolution adopted by the Human Rights Council on 19 June 2020 43/13. Mental Health and human rights, A/HRC/RES/43/13, para. 7. Verfügbar unter <https://documents.un.org/doc/un-doc/gen/g20/159/02/pdf/g2015902.pdf?token=AOOB5hZLw3GXmZwvn0&fe=true> (geprüft am 14.4.2024).

²³ Vgl. UN Special Rapporteur on the right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health (2017): Report of the Special Rapporteur on the right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health, A/HRC/35/21. Verfügbar unter <https://documents.un.org/doc/un-doc/gen/g17/076/04/pdf/g1707604.pdf?token=CrovTDJmKhqRTcsPD5&fe=true> (geprüft am 14.4.2024).

²⁴ Vgl. World Health Organization (2021): Guidance on community mental health services: Promoting person-centered and rights-based approaches. Verfügbar unter <https://www.who.int/publications/item/9789240025707> (geprüft am 14.4.2024).

²⁵ WHO (2023). Mental health, human rights and legislation: guidance and practice, S. 67.

Bereich der rechtlichen Handlungsfähigkeit eine „besorgniserregende Zunahme ambulanter Anordnungen von Zwangsbehandlungen in der Gesetzgebung zur psychischen Gesundheit, wodurch die Zwangsversorgung über die Grenzen psychosozialer Einrichtungen hinaus ausgeweitet wird.“²⁶

2 Vorgaben der UN-Behindertenrechtskonvention zum Thema Zwang und Freiheitsentziehung

Die Selbstbestimmung von Menschen mit Behinderungen, „einschließlich der Freiheit, eigene Entscheidungen zu treffen“, gehört zu den zentralen Grundsätzen der UN-BRK (Artikel 3 a)). Die Pflicht der Vertragsstaaten, das Selbstbestimmungsrecht von Menschen mit Behinderungen gleichberechtigt zu Menschen ohne Behinderungen zu respektieren und zu schützen, wird in der Konvention wiederholt und ohne Einschränkungen hervorgehoben, auch in Bezug auf medizinische Behandlungen.

Die informierte und freiwillige Einwilligung in medizinische Behandlungen ist integraler Bestandteil des Menschenrechts auf das erreichbare Höchstmaß an Gesundheit.²⁷ Artikel 25 d) UN-BRK verpflichtet die Vertragsstaaten, „den Angehörigen der Gesundheitsberufe die Verpflichtung auf[zuerlegen], Menschen mit Behinderungen eine Versorgung von gleicher Qualität wie anderen Menschen angedeihen zu lassen, namentlich auf der Grundlage der freien Einwilligung nach vorheriger Aufklärung“. Die Einwilligung in eine medizinische Behandlung stellt eine Ausübung der rechtlichen Handlungsfähigkeit dar, die in Artikel 12 UN-BRK zur gleichen Anerkennung vor dem Recht normiert ist. Artikel 12 UN-BRK betont in Abs. 2, „dass Menschen mit Behinderungen in allen Lebensbereichen gleichberechtigt mit anderen Rechts- und Handlungsfähigkeit genießen“. Besteht Unterstützungsbedarf bei der Ausübung ihrer Rechts- und Handlungsfähigkeit, haben die Vertragsstaaten „geeignete Maßnahmen zu treffen, um Menschen mit Behinderungen Zugang zu der [benötigten] Unterstützung zu verschaffen.“ (Artikel 12 Abs. 3). Bezüglich dieser Maßnahmen ist sicherzustellen, dass „im Einklang mit den internationalen Menschenrechtsnormen geeignete und wirksame Sicherungen vorgesehen werden, um Missbräuche zu verhindern.“ (Artikel 12 Abs. 4).

Artikel 14 UN-BRK betont, „dass Menschen mit Behinderungen gleichberechtigt mit anderen das Recht auf persönliche Freiheit und Sicherheit genießen“ (Abs. 1 a)) und „dass das Vorliegen einer Behinderung in keinem Fall eine Freiheitsentziehung rechtfertigt.“ (Abs. 1 b)). Vertragsstaaten sind verpflichtet, „alle wirksamen gesetzgeberischen, verwaltungsmäßigen, gerichtlichen oder sonstigen Maßnahmen [zu treffen], um auf der Grundlage der Gleichberechtigung zu verhindern, dass Menschen mit Behinderungen der Folter oder grausamer, unmenschlicher oder erniedrigender Behandlung oder Strafe unterworfen werden“ (Artikel 15 Abs. 2 UN-BRK) und Menschen mit Behinderungen gleichberechtigt in ihrer körperlichen und seelischen Unversehrtheit zu schützen (Artikel 17 UN-BRK).

²⁶ UN Special Rapporteur on the rights of persons with disabilities (2018): Report of the Special Rapporteur on the rights of persons with disabilities, A/HRC/37/56, para. 52.

²⁷ Vgl. Special Rapporteur on the right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health (2020): Report on mental health and human rights: setting a rights-based global agenda, A/HRC/44/48.

In seinem Beschluss leitet der Bundesgerichtshof aus den Vorgaben der UN-BRK eine Legitimation ambulanter Zwangsbehandlungen her. Diese Herleitung ist aus menschenrechtlicher Sicht nicht haltbar. In direktem Bezug auf Artikel 12 Abs. 4 UN-BRK argumentiert der Bundesgerichtshof, dass eine ambulante Zwangsbehandlung den Vorgaben bezüglich der Verhältnismäßigkeit von Unterstützungsmaßnahmen sowie ihrer Orientierung am Willen und den Präferenzen der betroffenen Person entspreche, da „sich die Maßnahme für den Betroffenen als – gegenüber einer Krankenhausbehandlung – weniger belastend darstell[en würde]“.²⁸ Eine Differenzierung zwischen schwereren und milderen Formen von ersetzender Entscheidungsfindung (hier: in Form einer Zwangsbehandlung) lässt sich aus Artikel 12 UN-BRK oder anderen relevanten Vorgaben der Konvention aber nicht ableiten. Die Sicherungen, die in Artikel 12 Abs. 4 UN-BRK gefordert werden, beziehen sich ausschließlich auf Systeme unterstützender Entscheidungsfindung und legitimieren damit nicht Situationen, in denen die rechtliche Handlungsfähigkeit einer Person auf Grundlage einer Beeinträchtigung eingeschränkt und stellvertretend für sie entschieden wird. Artikel 12 UN-BRK verweist auf die Pflicht der Vertragsstaaten, Sicherungen zur Verhinderung von Interessenkonflikten und missbräuchlicher Einflussnahme zu gewährleisten. Dazu zählen explizit die Sicherstellung einer möglichst kurzen Dauer und eine regelmäßige Überprüfung unterstützender Maßnahmen (Artikel 12 Abs. 4 Satz 2 UN-BRK).

2.1 Die Auslegung des UN-Fachausschusses für die Rechte von Menschen mit Behinderungen

Der UN-Fachausschuss für die Rechte von Menschen mit Behinderungen ist das UN-Gremium, das auf internationaler Ebene mit dem Monitoring der Umsetzung der UN-BRK betraut ist. Neben der Prüfung der Staatenberichte entlang Artikel 36 UN-BRK stellt der UN-Fachausschuss maßgebliche Hinweise zu den Bestimmungen der Konvention in Form von Allgemeinen Bemerkungen und Leitlinien zur Verfügung. In seiner Arbeit bezieht der UN-Fachausschuss deutlich Stellung gegen jegliche Formen ersetzender Entscheidungsfindung aufgrund von Beeinträchtigung und fordert einen Paradigmenwechsel hin zum Modell der unterstützten Entscheidungsfindung.²⁹ In der ersten Allgemeinen Bemerkung verweist der UN-Fachausschuss auf die historischen und anhaltenden Erfahrungen von Menschen mit Behinderungen mit Fremdbestimmung und Zwang weltweit und hebt die zentrale Bedeutung der gleichberechtigten Anerkennung von Rechts- und Handlungsfähigkeit hervor.³⁰ Der Ansatz, dass die rechtliche Handlungsfähigkeit einer behinderten Person aufgrund festgestellter oder angenommener Defizite hinsichtlich ihrer geistigen Fähigkeiten eingeschränkt werden kann, wird vom UN-Fachausschuss abgelehnt, „a) weil er [dieser Ansatz] in diskriminierender Weise auf Menschen mit Behinderungen angewandt wird, und b) weil er vorgibt, die inneren Abläufe des menschlichen Geistes genau beurteilen zu können und ein zentrales Menschenrecht - das Recht auf gleiche Anerkennung vor dem Recht - versagt, wenn jemand den Begutachtungstest nicht besteht.“³¹

Die Forderung nach der gleichberechtigten Anerkennung des Selbstbestimmungsrechts und der rechtlichen Handlungsfähigkeit von Menschen mit Behinderungen wiederholt der UN-Fachausschuss in seinen Leitlinien zu Artikel 14 UN-BRK zum Schutz der Freiheit und Sicherheit der Person. Entlang der Leitlinien stellen gesetzliche Regelungen zur

²⁸ Bundesgerichtshof (2023): Beschluss vom 8.11.2023, BGH XII ZB 459/22, Rn. 65.

²⁹ UN-Committee on the Rights of Persons with Disabilities (2014): General Comment No. 1, Article 12: Equal recognition before the law, CRPD/C/GC/1, para. 3.

³⁰ UN-Committee on the Rights of Persons with Disabilities (2014): General Comment No. 1, Article 12: Equal recognition before the law, CRPD/C/GC/1, para. 8.

³¹ UN-Committee on the Rights of Persons with Disabilities (2014): General Comment No. 1, Article 12: Equal recognition before the law, CRPD/C/GC/1, para. 15.

Freiheitsentziehung von Menschen auf Basis einer Beeinträchtigung auch dann eine Diskriminierung dar, wenn zusätzliche Kriterien wie eine Selbst- oder Fremdgefährdung vorliegen, da sie für die Einschränkung grundlegender Freiheitsrechte von Menschen mit Behinderungen andere gesetzliche Bestimmungen und Sicherungen setzen als für Menschen ohne Behinderungen.³²

2.2 Empfehlungen des UN-Fachausschusses für Deutschland

Am 29. und 30. August 2023 fand der Konstruktive Dialog zwischen Deutschland und dem UN-Fachausschuss zur zweiten und dritten Staatenprüfung statt. In seinen dazu verabschiedeten Abschließenden Bemerkungen hebt der UN-Fachausschuss die am 1.1.2023 in Kraft getretene Reform des Vormundschafts- und Betreuungsrechts als positive Entwicklung hervor.³³ Die weiterhin bestehenden gesetzlichen Regelungen bezüglich der Anwendung von Zwang auf Grundlage einer Beeinträchtigung stehen jedoch erneut deutlich in der Kritik. Deutschland wird aufgefordert, alle Formen ersetzender Entscheidungsfindung abzuschaffen und unter aktiver Einbeziehung der Selbstvertretung von Menschen mit Behinderungen eine umfassende Strategie zur Etablierung von Mechanismen unterstützter Entscheidungsfindung aufzusetzen.³⁴ Der UN-Fachausschuss zeigt sich tief besorgt über die anhaltende Zwangsunterbringung und Zwangsbehandlung von Menschen mit Behinderungen, sowohl in Einrichtungen der Pflege und Eingliederungshilfe als auch in psychiatrischen Einrichtungen und der forensischen Psychiatrie.³⁵ Auch den Einsatz von körperlichen und chemischen Zwangsmaßnahmen, Isolierung und anderen schädlichen Praktiken kritisiert der UN-Fachausschuss und fordert deren Verbot in allen institutionellen Settings.³⁶ In Bezug auf Artikel 15 UN-BRK kritisiert er außerdem den Einsatz von Zwangsmaßnahmen, die mangelnde Aufsicht und Überwachung von Zwangsbehandlungen und Zwangsmaßnahmen u.a. in Einrichtungen der Pflege und Eingliederungshilfe und das Fehlen unabhängiger Beschwerde- und Rechtsbehelfsmechanismen.³⁷

Das Bundesverfassungsgericht leitete bisher aus den Vorgaben von Artikel 12 UN-BRK kein grundsätzliches Verbot „gegen den natürlichen Willen gerichtete[r] Maßnahmen, die an eine krankheitsbedingt eingeschränkte Selbstbestimmungsfähigkeit anknüpfen“, ab.³⁸ Im Beschluss des Ersten Senats vom 26. Juli 2016 wird eine ärztliche Behandlung als letztes Mittel auch gegen den natürlichen Willen einer Person als Ausdruck der staatlichen Schutzpflicht gemäß Artikel 2 Abs. 2 Satz 1 GG als legitim betrachtet.³⁹ Zwei UN-Gremien teilen diese Sichtweise und sehen die Anwendung von Zwang als Ultima Ratio als menschenrechtskonform an.⁴⁰ Sie fordern jedoch, Zwangsmaßnahmen (Zwangsunterbringungen, Zwangsbehandlungen und freiheitsentziehende Maßnahmen) nur unter der Einhaltung strenger Voraussetzungen und in Ausnahmefällen als letztes Mittel

³² UN-Committee on the Rights of Persons with Disabilities (2015): Guidelines on article 14 of the Convention on the Rights of Persons with Disabilities, adopted during the Committee's 14th session, held in September 2015, para. 6ff.

³³ UN-Committee on the Rights of Persons with Disabilities (2023): Concluding observations on the combined second and third periodic reports of Germany, CRPD/C/DEU/CO/2-3, para. 4(c).

³⁴ Ebd., para. 26.

³⁵ Ebd., para. 29 (a).

³⁶ Ebd., para. 33 (a) und 34 (a).

³⁷ Ebd., para. 33 (b) und (c).

³⁸ BVerfG, Beschluss des Zweiten Senats vom 23. März 2011, 2 BvR 882/09, Rn. 53.

³⁹ BVerfG, Beschluss des Ersten Senats vom 26. Juli 2016, 1 BvL 8/15, Rn. 87-91.

⁴⁰ Human Rights Committee (2014): International Covenant on Civil and Political Rights, General comment No. 35 on Article 9 (Liberty and security of person), CCPR/C/GC/35, para 19; United Nations Subcommittee on Prevention of Torture and Other Cruel, Inhuman or Degrading Treatment or Punishment (2016): Approach of the Subcommittee on Prevention of Torture and Other Cruel, Inhuman or Degrading Treatment or Punishment regarding the rights of persons institutionalized and treated medically without informed consent, CAT/OP/27/2, para. 12-19.

anzuwenden (Ultima Ratio-Gebot).⁴¹ Die Frage, inwiefern durch eine Ausweitung ärztlicher Zwangsbehandlungen auf den ambulanten Bereich eine erweiterte Anwendung entgegen des Ultima Ratio-Gebots droht, ist aus menschenrechtlicher Perspektive erheblich und wird in den Kapiteln 3 und 4 anhand bestehender empirischer Daten ergründet.

3 Internationaler Forschungsstand zur ambulanten Zwangsbehandlung

Ambulante Zwangsbehandlungen in Form von sogenannten ambulanten Behandlungsweisungen („community treatment orders“) sind in verschiedenen Ländern gesetzlich verankert, u.a. in den USA, Australien, Kanada, Neuseeland, Malta, Großbritannien und Frankreich. Häufig wurden ambulante Behandlungsweisungen im Rahmen der De-Institutionalisierung des psychiatrischen Versorgungssystems eingeführt, mit dem Ziel, immer wiederkehrende Einweisungen bestimmter Patient*innengruppen zu vermeiden.⁴² Je nach Land oder Bundestaat lassen sich unterschiedliche Anwendungsformen, Regularien und Genehmigungsprozesse beobachten. Verschiedene Modelle ambulanter Zwangsbehandlung lassen sich grob entlang dreier Typen differenzieren: diversionale Ansätze, wenn die Kriterien für eine Zwangsbehandlung im Krankenhaus bestehen, diese aber im ambulanten Setting durchgeführt wird; bedingte Beurlaubungen, wenn Patient*innen unter Vorgaben den stationären Aufenthalt in einem Krankenhaus unterbrechen können⁴³ sowie präventive Ansätze, entlang derer die Patient*innen die Bedingungen für eine Unterbringung (noch) nicht erfüllen müssen.⁴⁴

Ein Vergleich der Daten in unterschiedlichen Ländern ist aufgrund der unterschiedlichen gesetzlichen Vorgaben und Versorgungssysteme sowie verschiedenen Modellen von ambulanter Zwangsbehandlung voraussetzungsvoll und muss diese Unterschiede berücksichtigen. Es lassen sich im Vergleich einige deutliche Trends erkennen. In den Ländern, in denen ambulante Zwangsbehandlungen erlaubt sind, sind in der Regel hohe Anwendungszahlen zu verzeichnen. So ist im australischen Bundesstaat Victoria ca. jede*r 1000 Einwohner*in von einer „community treatment order“ (CTO) betroffen.⁴⁵ Auch eine Studie von Mental Health Europe verweist darauf, dass die Anwendung von CTO kontinuierlich steigt und in vielen Ländern einen wachsenden Anteil der Fälle von Zwangsbehandlungen insgesamt ausmacht (Schottland: 40%, Frankreich: 40%, Malta 33%).⁴⁶ In Frankreich erhielten 2015 37.000 Menschen eine ambulante Zwangsbehandlung.⁴⁷ Insgesamt (CTO und Zwangsbehandlungen im Krankenhaus) ist die Anzahl von Zwangsbehandlungen in Frankreich seit 2011 um 15% gestiegen.⁴⁸ Insgesamt (CTO und Zwangsbehandlungen im Krankenhaus) ist die Anzahl von Zwangsbehandlungen in Frankreich seit 2011 um 15%

⁴¹ Vgl. BVerfG, Beschluss des Ersten Senats vom 26. Juli 2016, 1 BvL 8/15, Rn. 82, 86; Human Rights Committee (2014): CCPR/C/GC/35, para. 19; United Nations Subcommittee on Prevention of Torture and Other Cruel, Inhuman CAT/OP/27/2, para. 11.

⁴² Canadian Psychiatric Association (o.J.): Community Treatment Orders and Other Forms of Mandatory Outpatient Treatment, S. 357. Verfügbar unter <https://www.cpa-apc.org/wp-content/uploads/Mandatory-Outpatient-Treatment-CTO-2018-web-EN.pdf> (geprüft am 15.4.2024).

⁴³ Auch entlang einiger psychiatrischer Ländergesetze in Deutschland besteht bereits diese Möglichkeit einer solchen Beurlaubung unter Auflagen (z.B. gemäß §25 PsychKG NRW und §26 PsychKHG Hessen i.V.m. § 312 FamFG), ebenso im Maßregelvollzug gemäß §424 FamFG.

⁴⁴ Canadian Psychiatric Association (o.J.): Community Treatment Orders and Other Forms of Mandatory Outpatient Treatment, S. 385.

⁴⁵ Brophy, L. / Kokanovic, R. / Flore, J. / McSherry, B. / Herrman, H. (2019): Community Treatment Orders and Supported Decision-Making. In: *Frontiers in psychiatry*, 2019 Jun 11:10:414, S. 417. Verfügbar unter <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6580382/pdf/fpsy-10-00414.pdf> (geprüft am 15.4.2024).

⁴⁶ Mental Health Europe (2017): Mapping and understanding exclusion in Europe, S. 46.

⁴⁷ Mental Health Europe (2017): Mapping and understanding exclusion in Europe, S. 91.

⁴⁸ Ebd.

gestiegen.⁴⁹ In England verzehnfachte sich die Anzahl angeordneter CTO im Zeitraum von 2008 (2.134 Fälle)⁵⁰ bis 2021 (20,494) fast.⁵¹ 2021 waren Schwarze Menschen, Indigene Menschen und Menschen of Colour (BiPoC) hier mehr als zehnmals häufiger von CTO betroffen, als weiße Personen.⁵² Das größere Risiko von BiPOC, ambulante Zwangsbehandlungen zu erhalten, zeigt sich auch in anderen Ländern, beispielsweise Australien und Neuseeland.⁵³ Ebenso wie in Frankreich lässt sich auch in England gleichzeitig ein Anstieg der Zwangsunterbringungen verzeichnen: von 49.365 Fällen in 2011⁵⁴ auf 53.239 Fällen in 2021⁵⁵.

Mit Blick auf das gesetzte Ziel ambulanter Zwangsbehandlungen, wiederholte Krankenhausaufenthalte zu verringern, fallen die Studienergebnisse insgesamt negativ aus. Dies zeigt sich insbesondere im Rahmen randomisierter kontrollierter klinischer Studien (RCT), die eine besonders hohe methodische Qualität und strenge Kontrolle aufweisen.⁵⁶ Die jüngste Cochrane-Metaanalyse, die verschiedene randomisierte Kontrollstudien untersucht, findet keine signifikante Evidenz für die Wirksamkeit von CTO bezüglich der Reduzierung der Anzahl von Krankenhauswiederaufnahmen.⁵⁷ Die Wahrscheinlichkeit einer erneuten Einweisung in ein Krankenhaus war bei Studienteilnehmer*innen, die eine Form ambulanter Zwangsbehandlung angeordnet bekommen hatten, nicht geringer als bei den Teilnehmer*innen der Kontrollgruppen mit auf Freiwilligkeit basierender Behandlung oder Patient*innen mit bedingter Beurlaubung von einem Krankenhausaufenthalt.⁵⁸ Abgesehen von Hinweisen auf ein geringeres Risiko von Personen in ambulanter Zwangsbehandlung, Opfer einer Straftat zu werden, ergeben sich keine Hinweise auf eine verbesserte Lebensqualität oder in der Wahrnehmung von Zwang im Vergleich zu den genannten Kontrollgruppen.⁵⁹ Eine weitere Studie kommt in der vergleichenden Analyse von RCT zu dem Ergebnis, dass Patient*innen, bei denen die Entlassung aus dem Krankenhaus mit der Anordnung einer ambulanten Zwangsbehandlung einhergeht, über einen wesentlich längeren Zeitraum Zwang erleben, als die Patient*innen der Kontrollgruppe.⁶⁰

⁴⁹ Mental Health Europe (2017): Mapping and understanding exclusion in Europe, S. 69.

⁵⁰ NHS Information Centre (2011): In-patients formally detained in hospitals under the Mental Health Act, 1983 – and patients subject to supervised community treatment, Annual figures, England 2010/11, October 2011, S. 17. Verfügbar unter <https://files.digital.nhs.uk/publicationimport/pub00xxx/pub00898/inp-det-m-h-a-1983-sup-com-eng-10-11-rep.pdf> (geprüft am 15.4.2014).

⁵¹ NHS Information Centre (2021): Mental Health Act Statistics, Annual Figures England, 2020-2021, October 2021, S. 21. Verfügbar unter <https://digital.nhs.uk/data-and-information/publications/statistical/mental-health-act-statistics-annual-figures/2020-21-annual-figures> (geprüft am 15.4.2014).

⁵² Ebd., S. 2.

⁵³ Für Australien: Light, E. (2019): Rates of use of community treatment orders in Australia. In: *International Journal of Law and Psychiatry*, 2019 May-Jun;64, S. 84; Für Neuseeland: Lees, M. / Newton-Howes, G. / Frampton, C. / Beaglehole, B. (2023): Variation in the use of compulsory community treatment orders between district health boards in New Zealand. In: *Australas Psychiatry*, 2023 Jun;31(3), S. 349.

⁵⁴ NHS Information Centre (2011): In-patients formally detained in hospitals under the Mental Health Act, 1983 – and patients subject to supervised community treatment, Annual figures, England 2010/11, October 2011, S. 10.

⁵⁵ NHS Information Centre (2021): Mental Health Act Statistics, Annual Figures England, 2020-2021, October 2021, S.10.

⁵⁶ Canadian Psychiatric Association (o.J.): Community Treatment Orders and Other Forms of Mandatory Outpatient Treatment, S. 385.

⁵⁷ Vgl. Kisely, S.R. / Campbell, L.A. / O'Reilly, R. (2017): Compulsory community and involuntary outpatient treatment for people with severe mental disorders. *Cochrane Database Syst Rev* (2017) 3: S. 1-49.

⁵⁸ Ebd.

⁵⁹ Ebd.

⁶⁰ Rugkåsa, J. (2016): Effectiveness of Community Treatment Orders: The International Evidence. In: *The Canadian Journal of Psychiatry*. 2016;61(1):15-24, S. 21. Verfügbar unter <https://journals.sagepub.com/doi/pub/10.1177/0706743715620415> (geprüft am 16.4.2024).

4 Forschungsstand zur Anwendung von Zwang im deutschen Betreuungsrecht

Der Bundesgerichtshof verweist in seinem Beschluss darauf, dass auch bei ambulanter Anwendung die restlichen engen Vorgaben für ärztliche Zwangsbehandlung entlang § 1906a Abs. 1 S. 1 Nr. 1-6 BGB a.F. bzw. § 1832 Abs. 1 S. 1 Nr. 1-6 BGB n.F. bestehen blieben⁶¹. Für die Abschätzung der Auswirkungen einer möglichen Ausweitung des jetzigen regelungsgleichen § 1832 Abs. 1 S. 1 Nr. 7 BGB hin zu einer ambulanten Anwendung von Zwangsbehandlung hat die Frage nach der aktuellen Umsetzung der bestehenden gesetzlichen Vorgaben großes Gewicht. Daher sind Hinweise auf diesbezügliche Umsetzungsprobleme kritisch zu beleuchten und auch dahingehend zu reflektieren, inwiefern sie sich innerhalb eines ambulanten Settings ent- oder verschärfen könnten.

4.1 Monitoring und Datenlage

Die Datenlage zur Anwendung von Zwang im Kontext rechtlicher Betreuung ist lückenhaft, sowohl bezogen auf ärztliche Zwangsbehandlungen gemäß § 1832 BGB, als auch auf freiheitsentziehende Maßnahmen gemäß § 1831 Abs. 3 BGB. Die unzureichende Datenlage und das fehlende Monitoring der Situation in psychiatrischen Einrichtungen, Einrichtungen der Eingliederungshilfe und in Pflegeheimen stehen seit Jahren in der Kritik.⁶² Die Justizstatistik sollte durch Einführung der sogenannten B-Statistik 2016 differenziert und verbessert werden, es liegen aber weiterhin keine Daten aus allen Bundesländern zu den Verfahren nach § 1906a BGB a.F./1832 BGB n.F. vor (Stand 2020/2021).⁶³ Außerdem bietet die B-Statistik, die in erster Linie eine Berechnung des Personalbedarfs in der Justiz ermöglichen soll, keine umfassenden Informationen über das tatsächliche Aufkommen von Zwangsmaßnahmen und ihre Anwendungspraxis. Sie erlaubt keine Erfassung individueller Fälle und ihres Verlaufs. Insbesondere gibt sie keine Auskunft darüber, inwiefern im Vorfeld einer Genehmigung versucht wurde, eine Zwangsbehandlung abzuwenden.

Die Erfassung von Daten zu ärztlichen Zwangsbehandlungen innerhalb der einzelnen Krankenhäuser variiert stark und fällt qualitativ sehr unterschiedlich aus. Darauf verweist die aktuelle Evaluationsstudie des BMJ. Weniger als die Hälfte der in der Studie befragten Kliniken geben an, eine systematische Erfassung von Fällen, die eine retrospektive Fallidentifikation ermöglichen würde, vorzunehmen: „Jede/r vierte Befragte gab an, dass ärztliche Zwangsmaßnahmen in den vergangenen fünf Jahren zwar stattfanden, aber nicht systematisch erfasst wurden.“⁶⁴

⁶¹ Bundesgerichtshof (2023): Beschluss vom 8.11.2023, BGH XII ZB 459/22, Rn. 53.

⁶² Rosemann, M. / Galliant, J. / Heinz, A. / Krüger, U. (2020): Vermeidung von Zwangsmaßnahmen im psychiatrischen Hilfesystem (ZVP), Projektbericht, S. 3. Verfügbar unter https://www.bag-gpv.de/fileadmin/downloads/Projektbericht_ZVP.pdf (geprüft am 15.4.2024); (ZIV-Projekt); Deutsches Institut für Menschenrechte (2023): Parallelbericht an den UN-Ausschuss für die Rechte von Menschen mit Behinderungen zum 2./3. Staatenprüfverfahren Deutschlands, S. 24-25. Verfügbar unter file:///C:/Users/offergeld/Downloads/DIMR_Parallelbericht_an_UN-Ausschuss_fuer_die_Rechte_von_Menschen_mit_Behinderungen_2023.pdf (geprüft am 15.4.2024); Deutsches Institut für Menschenrechte (2018): Entwicklung der Menschenrechtssituation in Deutschland, Juli 2017 - Juni 2018, Bericht an den Deutschen Bundestag gemäß § 2 Absatz 5 DIMRG, S. 54-97. Verfügbar unter https://www.institut-fuer-menschenrechte.de/fileadmin/Redaktion/Publikationen/Menschenrechtsbericht_2018.pdf (geprüft am 16.4.2024).

⁶³ Henking et al. (2024): Evaluierung des Gesetzes zur Änderung der materiellen Zulässigkeitsvoraussetzungen von ärztlichen Zwangsmaßnahmen und zur Stärkung des Selbstbestimmungsrechts von Betreuten vom 17. Juli 2017, Schlussbericht vom 31.1.2024, S. 17.

⁶⁴ Henking et al. (2024): Evaluierung des Gesetzes zur Änderung der materiellen Zulässigkeitsvoraussetzungen von ärztlichen Zwangsmaßnahmen und zur Stärkung des Selbstbestimmungsrechts von Betreuten vom 17. Juli 2017, Schlussbericht vom 31.1.2024, S. 26.

Auch die Datenlage zur Anwendung freiheitsentziehender Maßnahmen (FEM) gemäß § 1831 Abs. 4 BGB, u.a. zu medikamentösen oder physischen Fixierungen, weist erhebliche Mängel auf. Im Gegensatz zu ärztlicher Zwangsbehandlung können die FEM gemäß § 1831 Abs. 4 BGB in einem Krankenhaus, einem Heim oder einer sonstigen Einrichtung stattfinden. Vor diesem Hintergrund können Befunde über ihre Anwendung und ihre Dokumentation auch Hinweise auf eine mögliche Anwendung ärztlicher Zwangsbehandlungen in Einrichtungen oder im häuslichen Setting liefern. Das Bundesverfassungsgericht hat in seinem Urteil zu Fixierungen betont, dass „die gegen den natürlichen Willen der untergebrachten Person erfolgte Anordnung einer Fixierung, die maßgeblichen Gründe hierfür, ihre Durchsetzung, Dauer und die Art der Überwachung zu dokumentieren“ sind, um der betroffenen Person ausreichenden Rechtsschutz zu garantieren und langfristig prüfen zu können, ob der Einsatz fachgerecht und verhältnismäßig ist.⁶⁵ Eine solche Dokumentation findet allerdings noch nicht flächendeckend in ausreichendem Maße statt, wie ein Gutachten des Bayerischen Staatsministeriums für Gesundheit und Pflege feststellt: „Es ist kaum etwas darüber bekannt, in wie vielen Fällen es zu Zwangsmaßnahmen kommt, wie diese begründet werden und wie häufig und wie lang diese zur Anwendung kommen.“⁶⁶ Auch die „Studie zur Vermeidung von Zwangsmaßnahmen im psychiatrischen Hilfesystem“ verweist auf die fehlenden Regelungen zur Kontrolle und Dokumentation freiheitsentziehender Maßnahmen entlang zivilrechtlicher Unterbringungen in Einrichtungen und Heimen.⁶⁷

Im Ergebnis ist festzustellen, dass die erfassten Datenlücken und das fehlende Monitoring von Zwangsmaßnahmen, welche erhebliche Grundrechtseingriffe für die Betroffenen darstellen, aus menschenrechtlicher Perspektive sehr besorgniserregend sind. Die Gefahr, dass die Dokumentation ärztlicher Zwangsbehandlungen außerhalb stationärer Krankenhäuser noch defizitärer ausfällt, ist – auch aufgrund der festgestellten Probleme bei der Dokumentation von FEM – ernst zu nehmen. Die Autor*innen der Evaluationsstudie des BMJ kommen im Hinblick auf eine mögliche Einführung ambulanter Zwangsbehandlungen zu folgender Einschätzung: „Bereits jetzt fehlt es an einem Monitoring von Zwangsbehandlungen, obwohl eine Klinik die organisatorischen Möglichkeiten hätte, dies zu erfassen. Mit einer Öffnung der Vorschrift in den ambulanten Bereich würde die Datenlücke noch größer, da dann Settings hinzukommen würden, die diese Möglichkeiten vermutlich nicht haben.“⁶⁸ Ohne ein ausreichendes Monitoring kann Fällen übermäßiger, den engen Vorgaben gemäß § 1832 BGB nicht entsprechender Anwendungen ärztlicher Zwangsbehandlungen nicht angemessen nachgegangen werden.

4.2 (Erfolgreiche) Überzeugungsversuche

Eine gesetzliche Voraussetzung für die Genehmigung einer ärztlichen Zwangsbehandlung ist, dass „zuvor ernsthaft, mit dem nötigen Zeitaufwand und ohne Ausübung unzulässigen Drucks versucht wurde, den Betreuten von der Notwendigkeit der ärztlichen Maßnahme zu überzeugen“ (§ 1832 Abs. 1 S. 1 Nr. 4 BGB). Bezüglich entsprechender Überzeugungsversuche finden sich Hinweise auf Anwendungsdefizite. Die Evaluationsstudie des BMJ verweist auf zwei Probleme: Überzeugungsversuche gemäß den

⁶⁵ Bundesverfassungsgericht (2018): Urteil vom 24. Juli 2018, 2 BvR 309/15, Rn. 84.

⁶⁶ Schmitt-Schäfer, T. / Henking, T. / Brieger, P. (2022): Gutachten einer wissenschaftlichen Untersuchung über die Anwendung von freiheitsentziehenden Maßnahmen (FeM) in Einrichtungen für Menschen mit Behinderungen in Bayern, S. 12.

⁶⁷ Rosemann et al. (2020): Vermeidung von Zwangsmaßnahmen im psychiatrischen Hilfesystem (ZVP), Projektbericht, S. 10-11.

⁶⁸ Henking et al. (2024): Evaluierung des Gesetzes zur Änderung der materiellen Zulässigkeitsvoraussetzungen von ärztlichen Zwangsmaßnahmen und zur Stärkung des Selbstbestimmungsrechts von Betreuten vom 17. Juli 2017, Schlussbericht vom 31.1.2024, S. 224.

Vorgaben des § 1832 Abs. 1 S. 1 Nr. 4 BGB werden nicht immer angemessen dokumentiert, und die Gerichte überprüfen die Dokumentation nicht immer. In den dokumentierten Überzeugungsversuchen zeigen sich zwischen den erfassten Kliniken außerdem große Unterschiede hinsichtlich des Zeitaufwands, der involvierten Personen sowie der Art und Weise.⁶⁹ Die interviewten Betroffenen und professionellen Fachkräfte heben die Beziehungsgestaltung und hierfür notwendige zeitliche Ressourcen als wesentlichen Faktor für die Bewertung der Überzeugungsversuches hervor.⁷⁰ Einige der interviewten Betroffenen konnten sich nicht daran erinnern, dass vor der Zwangsbehandlung ein Überzeugungsversuch unternommen wurde, andere kritisieren teilweise den Druck, der mit den Gesprächen einherging.⁷¹

Der Gesetzgeber gibt nicht vor, durch wen der Überzeugungsversuch durchgeführt werden soll. In diesem Zusammenhang stellen sich im Hinblick auf ärztliche Zwangsbehandlungen in Einrichtungen der Eingliederungshilfe und Pflege sowie im häuslichen Umfeld insbesondere folgende Fragen: Wie und von wem sollten entsprechende Gespräche mit der betroffenen Person geführt werden? Wie kann eine ausreichende Dokumentation und gerichtliche Prüfung dieser Gespräche erfolgen? Und, besonders gravierend: Wie kann sichergestellt werden, dass eine Ausübung unzulässigen Drucks verhindert wird? Ein Überzeugungsversuch hängt i.d.R. unmittelbar mit einer drohenden ärztlichen Zwangsbehandlung zusammen bzw. wird explizit durchgeführt, weil die Entscheidung über eine Zwangsbehandlung bereits im Raum steht. Dass entsprechende Gesprächssituationen ohne Druck ausgestaltet werden können, ist grundsätzlich anzuzweifeln.

Ambulante Zwangsbehandlungen werden im aktuellen Diskurs vor allem für Fallkonstellationen in Betracht gezogen, in denen Personen wiederholt für eine Zwangsbehandlung in ein Krankenhaus verbracht werden. Auch in dem hier zugrundeliegenden Beschluss des Bundesgerichtshofs wiegt das Argument der wiederholten Verbringung schwer. Die Evaluationsstudie im Auftrag des BMJ liefert Hinweise, dass insbesondere im Fall von Verlängerungen ärztlicher Zwangsbehandlungen weniger Zeit für Überzeugungsversuche aufgewendet wurde.⁷² Dieser Befund erscheint gerade im Hinblick auf diese Fallkonstellation problematisch. Die Befürchtungen insbesondere der Selbstvertretung psychiatrieerfahrener Menschen, dass ein Wegfall der Voraussetzung einer Verbringung in ein stationäres Krankenhaus die Schwelle für eine wiederholte und damit dauerhafte Zwangsbehandlung senken könnte, ohne dass im Vorfeld ausreichende Abwägung milderer Mittel und Überzeugungsversuche stattfinden, erscheinen vor diesem Hintergrund berechtigt.⁷³

⁶⁹ Henking et al. (2024): Evaluierung des Gesetzes zur Änderung der materiellen Zulässigkeitsvoraussetzungen von ärztlichen Zwangsmaßnahmen und zur Stärkung des Selbstbestimmungsrechts von Betreuten vom 17. Juli 2017, Schlussbericht vom 31.1.2024, S. 209-211.

⁷⁰ Henking et al. (2024): Evaluierung des Gesetzes zur Änderung der materiellen Zulässigkeitsvoraussetzungen von ärztlichen Zwangsmaßnahmen und zur Stärkung des Selbstbestimmungsrechts von Betreuten vom 17. Juli 2017, Schlussbericht vom 31.1.2024, S. 43-44, S. 109.

⁷¹ Henking et al. (2024): Evaluierung des Gesetzes zur Änderung der materiellen Zulässigkeitsvoraussetzungen von ärztlichen Zwangsmaßnahmen und zur Stärkung des Selbstbestimmungsrechts von Betreuten vom 17. Juli 2017, Schlussbericht vom 31.1.2024, S. 44.

⁷² Henking et al. (2024): Evaluierung des Gesetzes zur Änderung der materiellen Zulässigkeitsvoraussetzungen von ärztlichen Zwangsmaßnahmen und zur Stärkung des Selbstbestimmungsrechts von Betreuten vom 17. Juli 2017, Schlussbericht vom 31.1.2024, S. 43.

⁷³ Vgl. Kellerkinder e. V. (2024): Positionspapier zu „Ambulanten Behandlungsweisungen“. Verfügbar unter https://seeletrifftwelt.de/wp-content/uploads/2024/01/Kellerkinder_Positionspapier-Ambulante-Zwangsmassnahmen.pdf (geprüft am 15.4.2024); Landesverband Psychiatrie-Erfahrener Baden-Württemberg e.V. (2024): Positionspapier des LVPEBW e. V zur ambulanten Behandlungsweisung. Verfügbar unter <https://lvpebw.org/2024/02/24/positionspapier-zur-ambulanten-behandlungsweisung/> (geprüft am 15.4.2024).

4.3 Prüfung auf Freiwilligkeit basierender Behandlungsalternativen

Gemäß § 1832 Abs. 1 S. 1 Nr. 5 BGB muss vor der Genehmigung einer ärztlichen Zwangsbehandlung festgestellt werden, dass „der drohende erhebliche gesundheitliche Schaden durch keine andere den Betreuten weniger belastende Maßnahme abgewendet werden kann“. Da eine Zwangsbehandlung nach deutschem Recht immer nur als letztes Mittel angewandt werden darf (Ultima Ratio-Gebot), darf es keine mildere und doch gleich effektive Behandlungsalternative zu der geplanten ärztlichen Zwangsmaßnahme geben.⁷⁴ Die Beurteilung, ob eine mildere Behandlungsmaßnahme besteht, ist wiederum aus der Sicht des*der Betreuten zu beurteilen.

Inwiefern vor ärztlichen Zwangsbehandlungen versucht wird, die informierte und freiwillige Einwilligung der betroffenen Person einzuholen, ist wissenschaftlich kaum erforscht. Die wenigen vorliegenden empirischen Daten verweisen aber auf Defizite. Eine Studie im Rahmen des Forschungsverbundes „Vermeidung von Zwangsmaßnahmen in psychiatrischen Hilfesystem“ befragte bundesweit 155 von Zwangsmaßnahmen betroffene Personen nach dem Einsatz milderer Mittel vor der Anwendung von Zwang. Durchschnittlich wurden lediglich 4,7 der 25 abgefragten mildereren Mittel im Vorfeld angeboten, und zwar vor allem formal-informative (Überzeugungsversuche, Aufklärung über Verhaltensregeln, Zwangsankündigung) und medikationsbezogene Maßnahmen (Beruhigungsmittel). Die Maßnahmen, die von Betroffenen selbst als besonders effektiv hervorgehoben wurden (z.B. Gesprächsangebote mit vertrauter Behandlungsperson, Rückzugsmöglichkeiten oder Bewegung) wurden deutlich seltener angeboten.⁷⁵

Die Ergebnisse der Fokusgruppe „Altenheime“ im Rahmen der Evaluationsstudie liefern Anhaltspunkte für den derzeitigen Umgang mit Behandlungsablehnungen außerhalb von Krankenhäusern. Auch hier werden Strategien wie eine akzeptierende Haltung und Geduld, mehrfache Gespräche und die Ergründung des ablehnenden Verhaltens positiv hervorgehoben. Die Fokusgruppe verweist in diesem Zusammenhang darauf, dass der Versuch, auch bei zunächst ablehnendem Verhalten eine Behandlung auf Basis einer informierten und freiwilligen Einwilligung sicherzustellen, erhebliche zeitliche und personelle Ressourcen in einer Einrichtung bindet.⁷⁶

Dass Versuche, ärztliche Zwangsbehandlungen durch die Anwendung milderer Mittel und alternativer Behandlungsvorschläge zu vermeiden, zeitintensiv sind und personelle Ressourcen binden, stellt bereits im Hinblick auf Zwangsbehandlungen in Krankenhäusern eine große Herausforderung dar. Angesichts des Fachkräftemangels und der knappen Ressourcen muss davon ausgegangen werden, dass sich innerhalb von Pflegeheimen und anderen Einrichtungen ernsthafte Versuche, mildere Alternativen vor dem Einsatz einer ärztlichen Zwangsbehandlung zu prüfen, mindestens ebenso herausfordernd darstellen würden. Diese Sorge wird auch von Fachverbänden aus Psychiatrie, Eingliederungshilfe und Betreuungsrecht geäußert.⁷⁷ Die Möglichkeit, ärztliche Zwangsbehandlungen

⁷⁴ BeckOK BGB/Müller-Engels, 69. Ed. 1.11.2023, BGB § 1832 Rn. 16.

⁷⁵ Heumann et al. (2021): Wählen wir die richtigen Mittel zur Zwangsvermeidung? Eine Befragung von psychiatrischen PatientInnen mit Zwangserfahrung zur potenziellen Nützlichkeit Milderer Mittel, S. 306ff. Die Studie bezieht sich nicht nur auf ärztliche Zwangsbehandlung, sondern auch auf freiheitsentziehende Maßnahmen wie medikamentöse und physikalische Fixierungen.

⁷⁶ Henking et al. (2024): Evaluierung des Gesetzes zur Änderung der materiellen Zulässigkeitsvoraussetzungen von ärztlichen Zwangsmaßnahmen und zur Stärkung des Selbstbestimmungsrechts von Betreuten vom 17. Juli 2017, Schlussbericht vom 31.1.2024, S. 187.

⁷⁷ Vgl. Diakonie Rheinland-Westfalen-Lippe (2024): Die Notwendigkeit eines menschenrechtsbasierten Ansatzes in Fragen der ambulanten Zwangsbehandlung, Positionspapier; Betreuungsgerichtstag e.V. (2019): Keine ambulante Zwangsbehandlung von Verfassungen wegen – Zur Verfassungsmäßigkeit von § 1906a Abs. 1 Nr. 7 BGB, Stellungnahme. Verfügbar unter <https://www.bgt-ev.de/fileadmin/Mediendatenbank/Stellungnahmen/2018->

auch ohne Verbringung in ein Krankenhaus durchführen zu lassen, könnte zu einer weiteren Einschränkung der Bemühungen führen, gemeinsam mit der betroffenen Person alternative Behandlungs- und Unterstützungsmöglichkeiten zu finden.

4.4 Genehmigungsprozess und Kontrolle

Im betreuungsrechtlichen Verfahren genehmigt das Gericht die stellvertretende/ersetzende Einwilligung durch die*den rechtliche*n Betreuer*in oder die*den Bevollmächtigten⁷⁸ in die ärztliche Zwangsbehandlung. Anders als bei Verfahren nach den psychiatrischen Ländergesetzen stellt die betreuende oder bevollmächtigte Person und nicht die behandelnde Klinik den Antrag auf eine Zwangsbehandlung. Die Ergebnisse der Evaluationsstudie im Auftrag des BMJ verweisen darauf, dass „[d]ie Unterscheidung der Verfahren und die damit einhergehenden unterschiedlichen Rollen der hieran Beteiligten [...] in einigen Kliniken offenbar nicht (ausreichend) bekannt [sind].“⁷⁹ Oft scheinen die rechtlichen Betreuer*innen nicht ausreichend in das Verfahren involviert zu sein. In einigen Fällen wurden die Anträge auf eine ärztliche Zwangsbehandlung von den Kliniken selbst gestellt, ohne dass die Gerichte auf die fehlerhafte Vorgehensweise reagierten. In den Interviews mit Richter*innen wurde die Antragstellung durch die rechtlichen Betreuer*innen teilweise als „vorschnell“ wahrgenommen oder die Betreuer*innen wurden als verunsichert oder überfordert beschrieben.⁸⁰ Die Betroffenen selbst schilderten, dass sie kaum Kenntnis über das Verfahren hatten, obwohl § 317 Abs. 3 FamFG eine Information durch die Verfahrenspfleger*innen vorsieht.⁸¹

Die Evaluationsstudie verweist außerdem auf eine starke Varianz der gerichtlichen Beschlüsse zur Genehmigung ärztlicher Zwangsbehandlung. Die Begründungen wurden als teilweise sehr kurz und standardisiert bewertet.⁸² Auch zeigten sich Defizite hinsichtlich der Prüfung der Überzeugungsversuche und der Ermittlung des nach § 1827 BGB zu beachtenden Willens der betreuten Person.⁸³

Eine gerichtliche Kontrolle stellt eine wichtige Sicherung für die Wahrung der Rechte Betroffener dar, gerade um sicherzustellen, dass ärztliche Zwangsbehandlungen nicht für die „Ruhigstellung“ als herausfordernd erlebter Bewohner*innen missbraucht wird und es nicht zu einer dauerhaften Behandlung mit Neuroleptika kommt, die schwere Nebenwirkungen mit sich bringen.⁸⁴ Die Ergebnisse der Evaluationsstudie im Auftrag des BMJ geben jedoch Hinweise darauf, dass die Gerichte den gesetzlichen Anforderungen in der Genehmigung und Kontrolle nicht immer ausreichend nachkommen. Dies scheint auch im Hinblick auf eine mögliche Öffnung ärztlicher Zwangsbehandlung für ambulante Settings problematisch und erhöht die Gefahr, dass diese Öffnung zu ihrer Ausweitung führt.

Besonders bedenklich scheinen die Ergebnisse bezüglich der fehlenden Einbeziehung sowie der wahrgenommenen Unsicherheiten der rechtlichen Betreuer*innen bzw. Bevollmächtigten. Ihnen kommt entlang der gesetzlichen Vorgaben eine große Verantwortung

2020/190710_Stellungnahme_1906a_BGB_Keine_ambulante_Zwangsbehandlung.pdf (geprüft am 10.04.2024); DGSP (2024): Statement der DGSP zur ambulanten Behandlungsweisung.

⁷⁸ Die Einwilligung in eine ärztliche Zwangsmaßnahme nach § 1832 BGB und die Verbringung nach § 1832 Absatz 4 durch eine*n Bevollmächtigte*n setzt gemäß § 1820 Abs. 2 voraus, dass die Vollmacht schriftlich erteilt ist und diese Maßnahmen ausdrücklich umfasst.

⁷⁹ Henking et al. (2024): Evaluierung des Gesetzes zur Änderung der materiellen Zulässigkeitsvoraussetzungen von ärztlichen Zwangsmaßnahmen und zur Stärkung des Selbstbestimmungsrechts von Betreuten vom 17. Juli 2017, Schlussbericht vom 31.1.2024, S. 228.

⁸⁰ Ebd., S. 230f.

⁸¹ Ebd., S. 229.

⁸² Ebd., S. 51.

⁸³ Ebd., S. 134f.

⁸⁴ Kellerkinder e. V. (2024): Positionspapier zu „Ambulanten Behandlungsweisungen“.

zu, die gemäß § 1832 Abs. 3 BGB auch umfasst, „die Einwilligung in die ärztliche Zwangsmaßnahme zu widerrufen, wenn ihre Voraussetzungen weggefallen sind.“

4.5 Anwendung von FEM außerhalb von Krankenhäusern

Ein 2022 durch das bayerische Staatsministerium für Gesundheit und Pflege veröffentlichtes „Gutachten zur Anwendung von freiheitsentziehenden Maßnahmen (FEM) in Einrichtungen für Menschen mit Behinderungen“ verweist auf gravierende Probleme bei der Anwendung freiheitsentziehender Maßnahmen gemäß § 1831 Abs. 4 BGB, die auch Aufschlüsse über die Folgen der Anwendung ärztlicher Zwangsbehandlungen in Einrichtungen geben können. Die Ergebnisse der Studie sprechen für einen übermäßigen und teilweise routinemäßigen Einsatz von FEM und verweisen auf mögliche, strukturell begründete Ursachen (z.B. Zeitmangel, Überforderung und fehlende Fachlichkeit).⁸⁵ Im Rahmen einer teilnehmenden Beobachtung in Einrichtungen nahmen die Forschenden teilweise sehr paternalistische Gründe für die Anwendung von (informellem) Zwang wahr.⁸⁶ Auch in dieser Studie finden sich – hier in Bezug auf die Anwendung von FEM – Hinweise auf eine mangelhafte Dokumentation der Maßnahmen und eine fehlende Einbeziehung der rechtlichen Betreuer*innen bzw. Bevollmächtigten.⁸⁷ Diese scheinen oft über die Anwendung von FEM zu entscheiden, ohne einen direkten Einblick in die Situation vor Ort zu haben.⁸⁸

Die dargelegten Umsetzungsdefizite hinsichtlich der gesetzlichen Vorgaben zur Genehmigung freiheitsentziehender Maßnahmen entlang § 1831 Abs. 4 BGB ähneln den Erkenntnissen bezüglich der Anwendung ärztlicher Zwangsbehandlungen. Dass das Ultima Ratio-Gebot beim Einsatz von FEM nicht greift und sich Mängel in ihrer Dokumentation und der gerichtlichen Kontrolle zeigen, verweist mindestens auf ein erhebliches Risiko, dass entsprechende Mängel auch bei der Anwendung ärztlicher Zwangshandlungen auftreten würden. Insbesondere die beschriebenen strukturellen Umstände für den Einsatz von FEM (paternalistische Ausrichtung und Grundhaltung, mangelnde Fachlichkeit und Ressourcen) erscheinen vor diesem Hintergrund problematisch.

5 Zur Einordnung ambulanter Zwangsbehandlung als milderer Mittel

Der Bundesgerichtshof verweist in seinem Beschluss wiederholt darauf, dass ambulante Zwangsbehandlungen von betroffenen Personen als weniger belastend und traumatisch gegenüber einer Krankenhausbehandlung erlebt würden, weil die ggf. mit weiterem Zwang und Gewalt verbundene Verlegung entfiere.⁸⁹ Es wird diesbezüglich auch auf mit der Verbringung einhergehende, erhebliche Gesundheitsbeeinträchtigungen verwiesen.⁹⁰ Diese These wird im Beschluss des Bundesgerichtshofs als Tatsache vorausgesetzt. Inwiefern eine Retraumatisierung oder weitere gesundheitliche Belastung einer zwangsbehandelten Person konkret auf die Verbringung in ein Krankenhaus, auf die eigentliche Zwangsbehandlung oder auf mit ihr verbundene, weitere Zwangsmaßnahmen (z.B. Fixierungen oder Sedierung) zurückzuführen ist, ist allerdings auf Grundlage der wenigen

⁸⁵ Schmitt-Schäfer et al. (2022): Gutachten einer wissenschaftlichen Untersuchung über die Anwendung von freiheitsentziehenden Maßnahmen (FeM) in Einrichtungen für Menschen mit Behinderungen in Bayern, S. 83.

⁸⁶ Ebd., S. 81.

⁸⁷ Ebd., S. 85-86.

⁸⁸ Ebd., S. 11

⁸⁹ Bundesgerichtshof (2023): Beschluss vom 8.11.2023, BGH XII ZB 459/22, Rn. 48, 58.

⁹⁰ Bundesgerichtshof (2023): Beschluss vom 8.11.2023, BGH XII ZB 459/22, Rn. 6, 13, 24.

empirischen Daten kaum zu differenzieren.⁹¹ Die Perspektive von Menschen, die Zwang erleben und auch von einer möglichen gesetzlichen Änderung betroffen wären, muss aus menschenrechtlicher Perspektive deshalb bei der Bewertung ambulanter Zwangsbehandlungen in den Mittelpunkt gestellt werden. Hierfür müssten insbesondere mehr evidenzbasierte Erkenntnisse über das Erleben von Freiheitsentziehung und Zwang aus Sicht betroffener Personen existieren. Ihre Sichtweise ist in Deutschland bislang aber kaum erforscht. Der internationale Forschungsstand verweist darauf⁹², dass auch die (meist medikamentöse) Behandlungsform selbst und die mit ihr einhergehenden Nebenwirkungen und gesundheitlichen Schäden als belastend erlebt werden.⁹³ Wenn Zwang und Gewalt angewandt werden, um die unfreiwillige Behandlung zu vollziehen, erleben Betroffene dies häufig als (Re-)Traumatisierung.⁹⁴ Dies würde gerade auch im Fall einer möglichen Öffnung ärztlicher Zwangsbehandlungen für ambulante Settings weiterhin gelten.

Zu den Auswirkungen ambulanter Zwangsbehandlungen auf die Betroffenen zählen außerdem mögliche Folgen auf die zwischenmenschlichen Beziehungen und das subjektive Sicherheitsgefühl im eigenen Wohnumfeld. Dieser Aspekt wird im Beschluss des Bundesgerichtshofs nicht adressiert, wird aber von Kritiker*innen besonders hervorgehoben.⁹⁵ Der Schutz der Wohnung als personeller und unverletzlicher Rückzugsraum ist auf nationaler Ebene im Grundgesetz (Artikel 13 GG), die Achtung der Wohnung auf internationaler Ebene in der EMRK (Artikel 8) und im Internationalen Pakt über bürgerliche und politische Rechte (Artikel 17) verankert. Die Belastung und Traumatisierung, die mit dem Erleben von Zwang im eigenen Wohnumfeld einhergehen, sollten auf keinen Fall unberücksichtigt bleiben, ebenso die Auswirkungen auf die gesamte Lebensgestaltung.⁹⁶ Artikel 13 Abs. 1 GG gewährt als Abwehrrecht zum Schutz der räumlichen Privatsphäre das Recht, „in diesen Räumen in Ruhe gelassen zu werden“.⁹⁷ Der Schutz der Wohnung gemäß Artikel 13 GG gilt dabei auch für die Situation von Menschen, die in Pflegeheimen oder vergleichbaren Einrichtungen (z.B. der Eingliederungshilfe) leben. Als institutionalisierte Wohnformen sind diese Einrichtungen mit Blick auf Artikel 19 UN-BRK zur unabhängigen Lebensführung und Einbeziehung in die Gemeinschaft zwar kritisch zu bewerten.⁹⁸ Solange eine systematische Deinstitutionalisierung der Unterstützungsangebote nicht umgesetzt wurde, stellen sie für ihre Bewohner*innen jedoch zum Teil die einzige Form häuslichen Umfelds dar, die ihnen zur Verfügung steht.

Die Selbstvertretung psychiatrie- und zwangserfahrener Menschen spricht sich vehement gegen die Einführung ambulanten Zwangs aus.⁹⁹ Die Zulassung ärztlicher Zwangsbehandlungen im ambulanten Bereich stellt aus ihrer Perspektive eine eindeutige Ausweitung von Zwang und einen Rückschritt in der Transformation der Psychiatrie hin zu einem

⁹¹ Vgl. Marschner, R. (2024): Beschluss vom 08.11.2023 - XII ZB 459/22 Zwangsbehandlung in Wohneinrichtung der Eingliederungshilfe, Anmerkung. In: *Recht & Psychiatrie* 2024, 42, S. 53.

⁹² Vgl. Kapitel 1.2.

⁹³ Mental Health Europe (2017): *Mapping and understanding exclusion in Europe*, S. 31-33.

⁹⁴ Ebd.

⁹⁵ Diakonie Rheinland-Westfalen-Lippe (2024): *Die Notwendigkeit eines menschenrechtsbasierten Ansatzes in Fragen der ambulanten Zwangsbehandlung*, Positionspapier; Kellerkinder e. V. (2024): *Positionspapier zu „Ambulanten Behandlungsweisungen“*.

⁹⁶ Vgl. Betreuungsgerichtstag e.V. (2019): *Keine ambulante Zwangsbehandlung von Verfassungen wegen – Zur Verfassungsmäßigkeit von § 1906a Abs. 1 Nr. 7 BGB*, Stellungnahme; Drucksache 18/11617, S. 6.

⁹⁷ Dürig/Herzog/Scholz/Papier, 102. EL August 2023, GG Art. 13 Rn. 1; Bundesverfassungsgericht (1971): *Beschluss vom 13.10.1971*, 1 BvR 280/66, Rn. 51.

⁹⁸ UN-Committee on the Rights of Persons with Disabilities (2017): *General Comment No. 5, Article 19: Right to independent living*, CRPD/C/GC/5, para. 16c).

⁹⁹ Vgl. Kellerkinder e. V. (2024): *Positionspapier zu „Ambulanten Behandlungsweisungen“*; LVPEBW e. V. (2024): *Positionspapier des LVPEBW e. V. zur ambulanten Behandlungsweisung*; Bundesverband Psychiatrie-Erfahrener e.V. (2023): *Gewalttaten verhindern? Die „ambulante Behandlungsweisung“ im Faktencheck*. Verfügbar unter <https://bpe-online.de/stellungnahme-und-faktencheck-zur-ambulanten-zwangsbehandlung-in-baden-wuerttemberg/> (geprüft am 15.4.2024).

rechtebasierten Unterstützungssystem dar. Neben der räumlichen Ausweitung von Zwang auf die eigene Häuslichkeit befürchten die Selbstvertretungsorganisationen, dass ambulante Zwangsbehandlungen zu längerfristigen Verabreichungen von Psychopharmaka führen, wenn eine zwangsweise Verordnung nicht mehr mit einer Verbringung in ein Krankenhaus verbunden ist.¹⁰⁰ Die Dauer des stationären Aufenthalts in einem Krankenhaus gibt bisher automatisch einen festgelegten zeitlichen Rahmen für die Anwendung ärztlicher Zwangsbehandlungen vor. Wenn der mit der Behandlung verbundene stationäre Aufenthalt wegfällt, könnten bei Entscheidungen, ob weiterhin ein drohender erheblicher gesundheitlicher Schaden gemäß § 1832 Abs. 1 S. 1 Nr. 1 BGB abzuwenden ist, Sicherheitsabwägungen höher gewichtet und somit Genehmigungen eher angeordnet und angewandt werden. Auch Fachverbände aus der Psychiatrie und Eingliederungshilfe schließen sich der kritischen Positionierung gegenüber ambulanten Zwangsbehandlungen an.¹⁰¹ Die kürzlich veröffentlichte Evaluationsstudie des BMJ legt offen, dass auch innerhalb der betreuungsrechtlichen, psychiatrischen und pflegerischen Praxis große Vorbehalte gegenüber der Einführung ambulanter Zwangsbehandlungen bestehen.¹⁰²

6 Zur Nutzung der stationsäquivalenten Behandlung als Rahmen für ambulante Zwangsmaßnahmen

Die stationsäquivalente Behandlung (StäB) wurde durch Artikel 5 Gesetz zur Weiterentwicklung der Versorgung und Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen (PsychVVG) eingeführt. Sie umfasst gemäß § 39 SGB V eine „psychiatrische Behandlung im häuslichen Umfeld durch mobile, ärztlich geleitete multiprofessionelle Teams“ (Abs. 1 S. 4). § 115 d SGB V ergänzt § 39 Abs. 1 S. 4 und 5 SGB V mit einer eigenständigen Vorschrift des Leistungserbringungsrechts für die StäB.¹⁰³ Die Einführung der StäB war nicht nur mit der Zielsetzung verbunden, längere und wiederholte stationären Aufenthalte zu verhindern, sondern auch damit eine intensivere Behandlungsmöglichkeit außerhalb des Krankenhauses zu schaffen.¹⁰⁴ Die Behandlungsform geht einer mit veränderten Kommunikationskultur einher und die multiprofessionellen Teams beschäftigen häufig psychiatriereeifarene Genesungsbegleiter*innen.¹⁰⁵ Entlang des Positionspapiers der leitenden psychiatrischen Fachverbände zur Leistungsbeschreibung der StäB gehören die „Reduzierung von Behandlungsmaßnahmen gegen den Willen der Patienten, insbesondere Zwangsmaßnahmen“ und „die Ermöglichung eines so weit wie möglich selbstbestimmten Lebens der Betroffenen“ explizit zu ihren Zielen.¹⁰⁶ Der flächendeckende Ausbau der Behandlungsform wird gerade hinsichtlich dieser Zielsetzungen gefordert.¹⁰⁷

¹⁰⁰ Landesverband Psychiatrie-Erfahrener Baden-Württemberg e.V (2024): Positionspapier des LVPEBW e. V zur ambulanten Behandlungsweisung, S. 3.

¹⁰¹ Vgl. DGSP (2024): Statement der DGSP zur ambulanten Behandlungsweisung.; Diakonie Rheinland-Westfalen-Lippe (2024): Die Notwendigkeit eines menschenrechtsbasierten Ansatzes in Fragen der ambulanten Zwangsbehandlung, Positionspapier.

¹⁰² Henking et al. (2024): Evaluierung des Gesetzes zur Änderung der materiellen Zulässigkeitsvoraussetzungen von ärztlichen Zwangsmaßnahmen und zur Stärkung des Selbstbestimmungsrechts von Betreuten vom 17. Juli 2017, Schlussbericht vom 31.1.2024, S. 215ff.

¹⁰³ Becker/Kingreen/Becker, 8. Aufl. 2022, SGB V § 115 d Rn. 1.

¹⁰⁴ Vgl. Klocke, L. / Brieger, P. / Menzel, S. / Ketisch, E. / Haman, J. (2022): Stationsäquivalente Behandlung: ein Überblick zum Status Quo. In: Nervenarzt 2022 (93), 520-528.

¹⁰⁵ BT Drcks. 18/9528, S. 47; Becker/Kingreen/Becker, 8. Aufl. 2022, SGB V § 39 Rn. 16.

¹⁰⁶ DGPPN, ackpa, BDK, BFLK, DGGPP, DFPP und LIPP (2017): Leistungsbeschreibung der stationsäquivalenten psychiatrischen Behandlung bei Erwachsenen, Positionspapier vom 17.6.2017, S. 2. Verfügbar unter https://bflk.de/sites/default/files/doku/2017-06-13_stn_dgppn_staeb_fin.pdf (geprüft am 15.4.2024).

¹⁰⁷ DGSP (2024): Statement der DGSP zur ambulanten Behandlungsweisung, S. 3.

Der Bundesgerichtshof schließt sich in seinem Beschluss der Ansicht des rechtlichen Betreuers der Rechtsbeschwerdeführerin an, dass eine ambulante ärztliche Zwangsbehandlung in Form einer stationsäquivalenten Behandlung (StäB) durchgeführt werden könnte.¹⁰⁸ Eine entsprechende Verwendung der Behandlungsform StäB steht jedoch in Kontrast zu deren grundlegenden Zielsetzungen und könnte die Weiterentwicklung des psychiatrischen Versorgungssystems in Richtung der Verhinderung von Zwang untergraben (siehe unten). Angesichts der Ausrichtung der StäB, Behandlungsmaßnahmen gegen den Willen der Patient*innen zu vermeiden und eine Alternative zu einer institutionalisierten und auf Zwang basierten psychiatrischen Versorgung zu stellen, wäre ihre Nutzung zur Einführung ambulanter ärztlicher Zwangsbehandlung höchst problematisch und widersprüchlich. Es besteht die Gefahr, dass dadurch ihre zentralen Ziele konterkariert würden.

7 Zusammenfassung

Die menschenrechtlichen Vorgaben der UN-Behindertenrechtskonvention verbieten die Anwendung von Zwang auf Grundlage von Beeinträchtigungen. Der UN-Fachausschuss spricht sich deutlich gegen die Legitimation ärztlicher Behandlungen ohne freie und informierte Einwilligung auf Grundlage einer Beeinträchtigung aus, unabhängig vom Ort ihrer Anwendung. Auch der UN-Menschenrechtsrat und der damalige UN-Sonderberichterstatter über das Recht auf Gesundheit fordern eine umfassende Transformation der zwangsbasierten psychiatrischen Versorgung hin zu einem personenzentrierten, gemeindenahen und menschenrechtsbasierten Unterstützungssystem in Achtung des Selbstbestimmungsrechts von Menschen mit Behinderungen. Die damalige UN-Sonderberichterstatterin über die Rechte von Menschen mit Behinderungen, die WHO und das UN-Hochkommissariat für Menschenrechte verweisen explizit darauf, dass ambulante Zwangsbehandlungen ebenso abzulehnen sind wie Zwangsbehandlungen im Rahmen eines stationären Krankenhausaufenthalts. Ambulante Zwangsbehandlung kann aus menschenrechtlicher Perspektive somit nicht als Mittel der Reduzierung oder Abmilderung von Zwang betrachtet werden, sondern konterkariert den eingeforderten Wandel im Umgang mit psychosozialen Behinderungen hin zu einer grundsätzlich auf Selbstbestimmung und der Freiheit von Zwang beruhenden Unterstützung und Versorgung.

Vor dem Hintergrund, dass das Bundesverfassungsgericht dem generellen menschenrechtlichen Verbot von Zwang auf Grundlage einer Beeinträchtigung in früheren Entscheidungen nicht gefolgt ist, wurden in dieser Stellungnahme weitere entscheidungsrelevante Implikationen einer möglichen Legitimation ärztlicher Zwangsbehandlung außerhalb eines stationären Krankenhausaufenthaltes analysiert. Empirische Erkenntnisse aus Ländern, in denen ambulante Zwangsbehandlungen in Form sogenannter „community treatment order“ bereits gesetzlich verankert sind, deuten auf eine damit verbundene Ausweitung von Zwangsbehandlungen hin. Der internationale Forschungsstand liefert darüber hinaus keine klare Evidenz für ihre Effektivität bezüglich einer Reduzierung von Krankenhauseinweisungen oder einer Verbesserung der Lebensqualität betroffener Personen.

Hinsichtlich der gesetzlich verankerten Zulässigkeitsvoraussetzungen gemäß § 1832 Abs. 1 S. 1 Nr. 1-6 BGB n.F. verweisen die empirischen Befunde auf Umsetzungsdefizite, die bei der Erwägung einer Ermöglichung ärztlicher Zwangsbehandlungen in Pflegeheimen oder vergleichbaren Einrichtungen bzw. dem häuslichen Umfeld in Betracht gezogen

¹⁰⁸ Bundesgerichtshof (2023): Beschluss vom 8.11.2023, BGH XII ZB 459/22, Rn. 24

werden müssen. Es besteht insbesondere das Risiko, dass auch außerhalb eines stationären Krankenhausaufenthalts Versuche, Zwang durch das Angebot auf Freiwilligkeit beruhender Behandlungs- und Unterstützungsalternativen zu vermeiden, unzureichend ausfallen. Strukturelle Rahmenbedingungen, wie Personal- und Fachkräftemangel und fehlende zeitliche Ressourcen erhöhen dieses Risiko. Die festgestellten Mängel in der Dokumentation und der gerichtlichen Kontrolle von Zwangsbehandlungen erschweren die Aufdeckung möglicher Missbrauchsfälle/unrechtmäßiger Anwendungen. Forschungsergebnisse, die hinsichtlich freiheitsentziehender Maßnahmen in Einrichtungen auf ihre übermäßige, dem Ultima Ratio-Gebot nicht entsprechende Anwendung hinweisen, sind ebenfalls besorgniserregend. Die Befürchtungen, dass eine gesetzliche Legitimation ärztlicher Zwangsbehandlungen auch in Deutschland zu einer deutlichen Ausweitung führen würden, erscheinen vor diesem Hintergrund berechtigt.

Dass eine ärztliche Zwangsbehandlung ohne Verlegung in ein Krankenhaus von der betroffenen Person immer als weniger belastend und (re-)traumatisierend wahrgenommen würde, ist anzuzweifeln. Nicht außer Acht gelassen werden dürfen die Auswirkungen des Erlebens von Zwang innerhalb der eigenen häuslichen Umgebung auf das Sicherheitsgefühl, die zwischenmenschlichen Beziehungen und den Lebensalltag der Person. Die Selbstvertretungsverbände psychiatrie- und zwangserfahrener Menschen sprechen sich klar gegen eine Einführung ambulanter Zwangsbehandlung aus.

Zuletzt erscheint der Vorschlag, die stationsäquivalente Behandlung für die Anwendung von Zwang zu nutzen, problematisch. Auf individueller Ebene steht die Akzeptanz durch die*den Patient*in in Gefahr. Auf systemischer Ebene untergräbt/konterkariert eine mögliche Anwendung von Zwang die mit der Einführung der StäB einhergegangenen, grundsätzlichen Zielsetzungen, die Teilhabe und Selbstbestimmungsrechte von Patient*innen zu stärken.

Die Monitoring-Stelle bedankt sich für die Möglichkeit, Stellung zu nehmen.

Impressum

Deutsches Institut für Menschenrechte
- Monitoring-Stelle UN-Behindertenrechtskonvention -
Zimmerstraße 26/27, 10969 Berlin
Tel.: 030 25 93 59-0
info@institut-fuer-menschenrechte.de
www.institut-fuer-menschenrechte.de

KONTAKT: Dr. Jana Offergeld

LIZENZ: Creative Commons (CC BY-NC-ND 4.0)
<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.de>

April 2024

Das Institut

Das Deutsche Institut für Menschenrechte ist die unabhängige Nationale Menschenrechtsinstitution Deutschlands (§ 1 DIMR-Gesetz). Es ist gemäß den Pariser Prinzipien der Vereinten Nationen akkreditiert (A-Status). Zu den Aufgaben des Instituts gehören Politikberatung, Menschenrechtsbildung, Information und Dokumentation, anwendungsorientierte Forschung zu menschenrechtlichen Themen sowie die Zusammenarbeit mit internationalen Organisationen. Es wird vom Deutschen Bundestag finanziert. Das Institut ist zudem mit dem Monitoring der Umsetzung von UN-Behindertenrechtskonvention und UN-Kinderrechtskonvention sowie der Berichterstattung zu den Konventionen des Europarats zu Menschenhandel und zu Gewalt gegen Frauen und häuslicher Gewalt betraut worden. Hierfür hat es entsprechende Monitoring- und Berichterstattungsstellen eingerichtet.