

## **Konsequenzen aus der UN-Konvention - auch in der Psychiatrie**

*Valentin Aichele*

Meine Damen und Herren,  
ich möchte Sie herzlich begrüßen und mich für die Möglichkeit bedanken, hier zu Ihnen zu sprechen und zu dieser Tagung beizutragen.

Gratulation an die AKTION PSYCHISCH KRANKE, die Anliegen der UN-Behindertenrechtskonvention in dieser Tagung wieder so in den Mittelpunkt zu rücken. Das ist vorbildlich und ich denke es ist auch angezeigt, in Zukunft immer wieder Gelegenheiten zu suchen, sich über die UN-Behindertenrechtskonvention gemeinsam zu verständigen und Konsens darüber herzustellen, was die notwendigen Handlungsanforderungen sind, die sich aus ihr erschließen.

Die UN-Behindertenrechtskonvention bleibt uns erhalten. Sie ist in Deutschland geltendes Recht. Sie ist der verbindliche Maßstab. An ihr wird heute wie morgen gemessen, ob die Umsetzung, aber nicht nur die Umsetzung im allgemeinen politischen Sinne, sondern, ob die Gewährleistung von Rechten von Menschen mit Behinderungen einschließlich Menschen in psychosozialen Krisen im Einzelfall geachtet wird.

Ich vertrete heute hier die Monitoring-Stelle zur UN-Behindertenrechtskonvention, eingerichtet im unabhängigen Deutschen Institut für Menschenrechte in Berlin. Die Stelle hat gemäß der UN Behindertenrechtskonvention den Auftrag, die Rechte von Menschen mit Behinderungen im Sinne der Konvention zu fördern und zu schützen, sowie die Umsetzung der Konvention in Deutschland zu überwachen.

Wir sind ein Akteur mit dem besonderen Auftrag, die UN-Behindertenrechtskonvention in die politischen Prozesse einzuführen, hoch zu halten und auch zu erinnern, welche Anforderung an die volle Gewährleistung von Rechten mit Behinderungen gestellt werden.

Wir beobachten im Bereich der psychiatrischen Versorgung, dass in Deutschland die stärkere Verschränkung der Menschenrechte – des menschenrechtlichen Denkens – mit dem Fachdiskurs und der Praxis absolut notwendig ist. Hier sehe ich in Deutschland große Herausforderungen. Man denkt an die Versorgung, man denkt dabei nicht hinreichend an die Gewährleistung von Menschenrechten. Menschenrechte müssen weitaus stärker zum Ausgangspunkt und zur Leitlinie für die Entwicklung der psychiatrischen Versorgung gemacht werden.

Was ist der Menschenrechtsansatz? Der Menschenrechtsansatz hat zwei Elemente: Er hat Skandalisierungsfunktion dort, wo Rechte verletzt werden. Niemand will sich eine Menschenrechtsverletzung vorwerfen lassen. Dies ist eine ganz wichtige Funktion, weil es auf Zustände hinweist, die wir unter keinen Umständen achten oder hinnehmen dürfen. Ein Staat ist verpflichtet, hier sofort Abhilfe zu verschaffen. Das zweite Element ist, Menschenrechte außerdem als positive Grundsätze der Orientierung zu verstehen. Diese leiten an, wie ein System entwickelt werden soll, beispielsweise verweist der Grundsatz der Partizipation auf die Mitwirkungsrechte

von Menschen mit Behinderungen in politischen Prozessen. Das ist ein Verfahrensgrundsatz, der nicht nur beachtlich ist und dessen Erfüllung wünschenswert ist, sondern mit der UN-Behindertenrechtskonvention ist der Staat in der Pflicht, Menschen mit Behinderung einzubeziehen und ihnen eine Stimme zu geben, ihre Mitwirkung zu fördern. Eine andere derzeit viel diskutierte menschenrechtliche Leitnorm ist Inklusion. Inklusion ist zum Beispiel relevant auf der Ebene, wo besser Rechnung getragen werden muss, dass Menschen mit Behinderungen von Anfang an gleichberechtigt dabei sind und als normaler Teil menschlicher Vielfalt verstanden werden. Die Inklusionsdebatte problematisiert, dass viele Menschen mit psychosozialer Behinderung nach wie vor von Stigmatisierung betroffen sind und deshalb gesellschaftlich Missachtung und Ausgrenzung erfahren. Ein weiterer Punkt, den ich aus dem weiten Spektrum aufgreife, ist das Recht auf Zugang zum Recht. Der effektive Rechtsschutz von Menschen mit Behinderungen auch von Menschen in psychosozialen Krisen ist ein Recht, das ein System unter allen Umständen gewährleisten muss. Das sind nur drei schlaglichtartige Hinweise auf die zweite Funktion der Menschenrechte im Sinne verbindlicher Vorgaben mit der Folge, dass die existierenden Strukturen und Praktiken eines Systems ständig zu prüfen und fortzuentwickeln sind.

Vor dem Hintergrund dieser Einführung möchte ich die folgenden Thesen der Monitoring-Stelle zur UN-Behindertenrechtskonvention für den Bereich Menschenrechte und Psychiatrie vorstellen:<sup>1</sup>

1. Deutschland hat die internationalen Menschenrechte in ihrer hervorgehobenen Stellung im Grundgesetz anerkannt (Artikel 1 Absatz 2 GG). Deutschland ist damit verpflichtet, die in menschenrechtlichen Übereinkommen der Vereinten Nationen verbrieften Rechte in ihrer normativen Ausdifferenziertheit zu achten, zu schützen und zu gewährleisten. Die durch die UN-Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderungen (UN-Behindertenrechtskonvention; UN-BRK) aufgeworfenen Fragen und die aktuellen Wissensbestände über die Praxis des Systems der psychiatrischen Versorgung (im Folgenden »Psychiatrie« oder »psychiatrische Versorgung«) machen eine neue gesellschaftliche Verständigung darüber erforderlich, dass die Menschenrechte zu den Grundlagen der Psychiatrie in Deutschland gehören. Die psychiatrische Versorgung muss auf der Basis der Menschenrechtsträgerschaft der Patientinnen und Patienten weiterentwickelt werden, wobei die Grundsätze der Freiwilligkeit und der assistierten Autonomie handlungsleitend sein müssen. Anlass zu dieser Forderung gibt auch die Entscheidung des Bundesverfassungsgerichts (BVerfGE 2 BvR 882/09 vom 23. März 2011).

---

<sup>1</sup> Der hier im Folgenden abgedruckte Text ist zuerst am 10. Dezember 2012 als »Stellungnahme der Monitoring-Stelle zur UN-Behindertenrechtskonvention anlässlich der Öffentlichen Anhörung am Montag, den 10. Dezember 2012, im Rahmen der 105. Sitzung des Rechtsausschusses« veröffentlicht worden. Die Stellungnahme ist zum Download erhältlich unter: [http://www.institut-fuer-menschenrechte.de/uploads/tx\\_commerce/MSt\\_2012\\_Stellungnahme\\_Psychiatrie\\_und\\_Menschenrechte.pdf](http://www.institut-fuer-menschenrechte.de/uploads/tx_commerce/MSt_2012_Stellungnahme_Psychiatrie_und_Menschenrechte.pdf)

2. Zu den Menschen mit Behinderungen im Sinne der UN-Behindertenrechtskonvention gehören Menschen mit einer psychiatrischen Diagnose, mit psychischen Störungen oder auch einer psychosozialen Behinderung. Sie haben bis heute mit einer enormen gesellschaftlichen Stigmatisierung zu kämpfen. Im Vergleich zu den anderen sehr gut organisierten, hoch angesehenen, finanzstarken, professionell vernetzten gesellschaftlichen Kräften (wie den berufsbezogenen Fachgesellschaften, Wirtschaftsunternehmen, Dienstleistungsträgern, Versicherungen etc.), die teilweise einen privilegierten Zugang zu politischen Entscheidungsträgern in Anspruch nehmen, stehen die schwach aufgestellten Selbsthilfe- und Betroffenenorganisationen (einschließlich der Angehörigen) einer relativen Übermacht gegenüber. Ein Teil der betroffenen Personengruppe verliert nach dem Bundeswahlgesetz sein Wahlrecht (siehe § 13 Nr. 2 und Nr. 3 BWahlG; entsprechende Ausschlüsse existieren in den Ländergesetzen) und ist damit sogar als Wählergruppe von einem zentralen Vorgang der politischen Mitbestimmung ausgeschlossen. In psychischen Krisensituationen befinden sich betroffene Einzelpersonen in menschenrechtlich äußerst vulnerablen Situationen. Schon allein diese Gesichtspunkte machen eine eingehende (und immer wieder neu zu führende) politische Auseinandersetzung über die Gewährleistung von den Menschenrechten in der Psychiatrie notwendig.
3. Im Zusammenhang der psychiatrischen Versorgung ist eine Reihe von Menschenrechten im Sinne der UN-Behindertenrechtskonvention angesprochen, etwa das »Recht auf gleiche Anerkennung vor dem Recht« (Artikel 12 UN-BRK); »Zugang zu Recht« (Artikel 13 UN-BRK); »Freiheit und Sicherheit« (Artikel 14 UN-BRK); »Freiheit vor Folter oder grausamer, unmenschlicher oder erniedrigender Behandlung oder Strafe« (Artikel 15 UN-BRK); »Unversehrtheit der Person« (Artikel 17 UN-BRK); »Unabhängige Lebensführung und Einbeziehung in die Gemeinschaft« (Artikel 19 UN-BRK); »Zugang zu Informationen« (Artikel 21 UN-BRK) und das »Recht auf Gesundheit« (Artikel 25 UN-BRK). Hinzu treten das Diskriminierungsverbot auf Grund von Behinderung (Artikel 5 UN-BRK), einschließlich »angemessener Vorkehrungen« (Artikel 2 UN-BRK) sowie die menschenrechtlichen Prinzipien der assistierten Selbstbestimmung, der Partizipation und Inklusion (Artikel 3 UN-BRK). Die in der UN-BRK propagierte Selbstbestimmung und Unterstützung (Assistenz) zu einer rechtlichen Handlungsfähigkeit von Menschen mit Behinderungen ist ein individuelles Recht; es muss in der Praxis aufgegriffen und verwirklicht werden. Die völkerrechtlich verbindliche Eingrenzung von Macht durch diese menschenrechtlichen Verpflichtungen gilt primär für den Staat und die Politik; die staatliche Verpflichtung zur Kontrolle gesellschaftlicher, nichtstaatlicher Akteure leitet sich aus der menschenrechtlichen Schutzpflicht ab. Die Menschenrechte begründen für die anderen gesellschaftlichen, nichtstaatlichen Akteure eine menschenrechtliche Verantwortung.
4. Der international zur Auslegung der UN-BRK berufene Ausschuss, der UN-Fachausschuss für die Rechte von Menschen mit Behinderungen (UN-BRK-

Ausschuss), lässt in seiner Auslegungspraxis der zum Thema psychiatrische Versorgung einschlägigen menschenrechtlichen Bestimmungen die klare Tendenz erkennen, dass das Kriterium der Freiwilligkeit ohne Einschränkung zu beachten ist (siehe dazu die einschlägigen Passagen der Schlussbemerkungen in Bezug auf die Berichte Tunesiens, Spaniens, Perus, Argentinien, Ungarn und Chinas). Mit den abschließenden Bemerkungen (»Concluding Observations«) schließt der Fachausschuss Prüfungsverfahren der Staatenberichte ab. In der Zusammenschau dieser Darlegungen wird bislang nicht erkennbar, dass der UN-BRK-Ausschuss eine Ausnahme von der Freiwilligkeit der Behandlung erlaubt oder eine einschränkende Differenzierung, etwa in der Gestalt der »krankheitsbedingten Nichteinsichtsfähigkeit«, zulässt. Das menschenrechtliche Kriterium Freiwilligkeit ist sowohl im Einzelfall als auch als Systementwicklungsziel zu beachten. Darüber hinaus stellt seine Auslegung die betreuungsrechtlichen Regelungen in Bezug auf die Zwangsbehandlung zusätzlich in Frage, weil eine Entscheidung Dritter, beziehungsweise die Mitwirkung an einer Entscheidung – die ersetzende Entscheidungsfindung (»substituted decision-making«) – jedenfalls in hoch sensiblen menschenrechtlichen Bereichen, menschenrechtlich bedenklich ist. Angemerkt sei, dass in Bezug auf das deutsche Betreuungsrecht (im Blick auf die Abkehr vom Vormundschaftsrecht eine große Errungenschaft) die Diskussion geführt werden muss, ob das Betreuungsverhältnis nicht schon auf Grund seiner Zielrichtung allein frei von Zwangsbefugnissen gehalten werden sollte, um zu erreichen, dass die Betreuenden auch in den Situationen der psychosozialen Krisen ihrer Betreuten die Schlüsselrolle als Rechtsgewährsperson erfüllen können und nicht gezwungen werden, auf die Seite derer zu wechseln, die in die Rechte eingreifen.

5. Für Deutschland gibt es derzeit keine belastbaren Zahlen darüber, wie viele Menschen in Deutschland ohne freie und informierte Zustimmung behandelt wurden (vgl. Antwort der Bundesregierung; Drucksache 17/10712 vom 17.09.2012). Die Anzahl insbesondere der ärztlichen Zwangsbehandlungen (pharmakologische Behandlung, Fixierung und Isolierung) pro Jahr ist unbekannt; es gibt lediglich Schätzungen. Ein Überblick über die bundesweite Anzahl der gerichtlichen Entscheidungen, mit denen sich Betroffene zur Wehr setzen, fehlt. In Bezug auf zwangsweise Unterbringung auf der Grundlage von Bundes- und Landesrecht überraschen nicht nur die hohen Zahlen von zirka 135.000 Unterbringungen in 2011, sondern auch die extrem starken Abweichungen zwischen den einzelnen Bundesländern (vgl. Antwort der Bundesregierung; Drucksache 17/10712 vom 17.09.2012). Diese Informationen und der Umstand, dass weder eine Dokumentation über die Anzahl der Grundrechtseingriffe durch ärztliche Zwangsbehandlung existiert, noch dass seit Inkrafttreten der UN-BRK für Deutschland im Jahr 2009 hinreichende wissenschaftliche Untersuchungen dazu in Auftrag gegeben worden sind oder wirksame Schritte zur Vermeidung und Reduktion unternommen worden sind, indiziert, dass strukturelle menschenrechtliche Defizite – allein im Blick auf die Datenlage und der allgemeinen Kontrolle jenseits

des gerichtlichen Rechtsschutzes – im Bereich der psychiatrischen Versorgung existieren. Die UN-BRK verpflichtet die Staaten in Artikel 31 ausdrücklich dazu, die relevanten Daten und Informationen zu sammeln.

6. Die UN-Behindertenrechtskonvention geht 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) bedeutet 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« ist genau in diesen Kontext zu verorten; die menschenrechtlichen Regelungen gehen wohl darüber hinaus. Weder der Wortlaut des Artikels 12 UN-BRK über die gleiche rechtliche Handlungsfähigkeit noch die Auslegungspraxis des UN-BRK-Ausschusses lassen derzeit den Schluss zu, dass die rechtliche Handlungsfähigkeit auf Grund einer Behinderung eingeschränkt werden darf. Im Rahmen der internationalen Verhandlungen zur Schaffung der UN-BRK hat man sich bewusst dagegen entschieden, ein entsprechendes Kriterium zur Einschränkung beziehungsweise zur Bestimmung der Einschränkbarkeit aufzunehmen. Das Konzept der »krankheitsbedingten Nichteinsichtsfähigkeit« findet also im Wortlaut der UN-Behindertenrechtskonventionen selbst keinen Halt. Darüber hinaus ist sie fachlich hochgradig instabil, weil handhabbare Kriterien bislang nicht zu finden sind, zwischen Einsichtsfähigkeit und Nichteinsichtsfähigkeit zu unterscheiden und gleichzeitig die Unsicherheiten und Grauzonen auszuschließen und eine einheitliche Praxis zu gewährleisten. Vielmehr besteht nach Artikel 12 UN-BRK 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 darf weder über die gesetzliche Vertretung, geschweige denn über die zwangsweise durchgesetzte Entscheidung, die Dritte für eine betroffene Person getroffen haben, ersetzt werden.
7. In Anbetracht des oben beschriebenen Interpretationsansatzes durch den UN-BRK-Ausschuss wird die Anwendung von Zwang im Zusammenhang mit der Behandlung von Menschen mit Behinderungen immer ein Legitimationsproblem haben. Denn die zwangsweise Unterbringung und zwangsweise Behandlung von Menschen mit Behinderungen stellt eine Reihe von menschenrechtlich verbrieften Rechtsgewährleistungen in Frage (siehe oben). Insbesondere wenn diesen Menschen auf Grund ihrer Behinderung oder in der Kombination mit einem behinderungsrelevanten Merkmal eine stärkere Einschränkung ihrer Rechte zugemutet wird als Nichtbehinderten, lässt dies eine Ungleichbehandlung erkennen, die nach Maßgabe des Diskriminierungsverbots (Artikel 5 UN-BRK) schwerlich gerechtfertigt werden kann. Leitend in diesem Zusammenhang sind

das Diskriminierungsverbot in Verbindung mit den Bestimmungen zum »Recht auf Unversehrtheit der Person« (Artikel 17 UN-BRK) und zum Recht auf »Freiheit und Sicherheit der Person« (Artikel 14 UN-BRK), wonach »das Vorliegen einer Behinderung in keinem Fall eine Freiheitsentziehung rechtfertigt«.

8. Selbst wenn der Deutsche Bundestag sich dazu entscheiden sollte, die gesetzlichen Grundlagen für die Ausübung von Zwang im Zusammenhang der psychiatrischen Versorgung im verengten Zuschnitt durch das Bundesverfassungsgericht neu zu fassen (und in ihrem Zuständigkeitsbereich auch die Länder), muss damit gerechnet werden, dass die Auslegung der UN-Behindertenrechtskonvention durch den UN-BRK-Ausschuss in der in seiner Tendenz eindeutigen Richtung bestehen bleibt, Zwang im Bereich der gesundheitlichen und psychiatrischen Versorgung grundlegend abzulehnen. Auf diese zum Regelungsvorschlag der Bundesregierung gegenläufigen Entwicklungen und erstarkende internationale Rechtsauffassung wird ausdrücklich hingewiesen. Für die effektive Rechtsgewährleistung wäre es fatal, auf eine menschenrechtlich angreifbare Regelung zu setzen statt eine erforderliche Fortentwicklung der psychiatrischen Versorgung zu organisieren.
9. Denkt man die Vorgaben des BVerfG zur zentralen Bedeutung des Verhältnismäßigkeitsgrundsatzes zu Ende, kann eine Lösung nicht in der Verabschiedung einer neuen gesetzlichen Regelung zum jetzigen Zeitpunkt liegen. Denn Fragen der Verhältnismäßigkeit stellen sich nicht erst bei der Anwendung von Zwang in einem konkreten Einzelfall zum Zeitpunkt einer Eskalationssituation im derzeitigen System der psychiatrischen Versorgung, sondern bereits bei der Ausgestaltung der Rahmenbedingungen in diesem System. Es sind daher zunächst Weichenstellungen für die Fortentwicklung des Systems Psychiatrie erforderlich. Versäumt es der Staat, heute alles in seiner Macht Stehende zu tun, um in den nächsten Jahren die Mittel und Praktiken der Psychiatrie dergestalt zu entwickeln, dass akute Krisen anders als mit Zwangsmitteln beziehungsweise mit den mildesten Mitteln beantwortet werden, kann er sich nicht mehr auf Zwang als »ultima ratio« berufen. Ein Beispiel für ein milderes Mittel im Vergleich zu den zum Teil eingriffsintensiven Praktiken in Deutschland stellt die Praxis des Festhaltens durch Klinikpersonal (anstelle von Fixierungen) dar, mit dem in England positive Erfahrungen gemacht wurden. Ganz allgemein stellt sich die Frage, wie sich die zum Teil eklatanten zahlenmäßigen Unterschiede zwischen den Bundesländern im Bereich der Zwangsunterbringung und -behandlung erklären lassen. Die Potentiale für die Umsetzung der Verhältnismäßigkeit sind zum Teil noch nicht erkannt und müssen beforscht werden, zum Teil sind sie aber auch nur nicht systematisch entwickelt, wie die Stärkung der ambulanten Strukturen, gemeindepsychiatrischen Dienste, der Integrierten Versorgung etc. Es gilt, den Grundsatz der Verhältnismäßigkeit auf allen Ebenen (Konzepten, Ausbildung, Praxis, Struktur, Kostenrecht, in der von Wirtschaftsinteressen unabhängigen Forschung etc.) zu stärken und eine entsprechende Praxis zu etablieren.

10. Seitdem in Folge der oben genannten Entscheidung des Bundesverfassungsgerichts auf die Anwendung von Zwangsbehandlungen in der Praxis verzichtet wird, können in Deutschland Erfahrungen mit einer Praxis frei von Zwang gesammelt werden. Es haben sich vereinzelte Stimmen aus dem Bereich der klinischen Praxis zu Wort gemeldet, die davon berichten, dass der Verzicht auf Zwangsmaßnahmen zu positiven Veränderungen in der Behandlungspraxis und der gesamten Atmosphäre von Einrichtungen der psychiatrischen Versorgung führt. Solche Erfahrungen sind gebündelt zu untersuchen und wissenschaftlich auszuwerten. Diese historische Chance, Psychiatrie auf der Basis der Freiwilligkeit weiterzuentwickeln, sollte unbedingt ergriffen werden. Insbesondere die einschlägigen Fachwissenschaften sind in diesem Zusammenhang aufgerufen, endlich andere Konzepte zu entwickeln und flächendeckend in die Praxis zu bringen, wie mit Menschen in psychosozialen Krisen, insbesondere in Zuständen starker Erregung anders als mit einer zwangsweisen pharmakologischen Behandlung umgegangen werden kann. Hier liegen Versäumnisse und Potentiale eng zusammen.
11. Vor diesem Hintergrund wird erkennbar, dass eine Psychiatriereform unabdingbar ist. Die politische und gesellschaftliche Aufgabe besteht nunmehr darin, die Psychiatrie in ihren Bestandteilen am Maßstab der Rechte von Menschen mit Behinderungen zu prüfen und die Ausrichtung auf Freiwilligkeit und dem Grundsatz der Verhältnismäßigkeit in Bezug auf alle Ebenen zu etablieren. Dabei sind die Rechte von Menschen mit Behinderungen konsequent zum Ausgangspunkt systemischer Überlegungen zu machen. Die Politik sollte in der angemessenen Form ihren Beitrag dazu leisten, die dafür notwendige politische Aufmerksamkeit und Unterstützung zu erreichen; denkbar etwa ist eine vom Deutschen Bundestag eingesetzte Enquete-Kommission mit einer entsprechenden Ausrichtung auf die Reform der psychiatrischen Versorgung oder andere entsprechend förderliche Initiativen.
12. Diese erforderlichen Systemveränderungen können ohne die Mitwirkung der Menschen mit Behinderungen, insbesondere der (ehemaligen) Nutzerinnen und Nutzer der Psychiatrie, nicht überzeugend geleistet werden. Es ist eine menschenrechtliche Verpflichtung, den Betroffenen und den sie vertretenden Verbänden Partizipationsrechte zu verschaffen, ihre Kapazitäten zu verstärken und ihre Mitwirkungsmöglichkeiten zu fördern. Ihre Bedeutung für alle Handlungsebenen (Gesetzgebung, Praxis, Forschung etc.) ist stärker zu würdigen und ihrer Stimme ist weitaus mehr Gewicht als bisher beizumessen.