

10 Menschenrechte in der Psychiatrie

Sabine Müller und Andreas Heinz

Die Menschenrechtsdebatte hat einen enormen Einfluss auf die Entwicklung der Psychiatrie in Deutschland. Dabei spielt die UN-Behindertenrechtskonvention (UN-BRK) die größte Rolle. Der Grund für dieses internationale Übereinkommen speziell für Menschen mit Behinderungen ist die Tatsache, dass weltweit Menschen mit Behinderungen weitaus häufiger als andere Menschen von schweren Menschenrechtsverletzungen und Diskriminierung betroffen sind. Mit der UN-BRK sollen zum einen das Bewusstsein für die Menschenwürde und die Menschenrechte der Menschen mit Behinderungen gestärkt, zum anderen die Unterzeichnerstaaten zu gezielten Maßnahmen verpflichtet werden, um der Diskriminierung entgegenzuwirken. Die Ratifizierung der UN-BRK in Deutschland hat weitreichende Entscheidungen des Bundesverfassungsgerichts und des Bundesgerichtshofs beeinflusst, die wiederum Novellierungen des Betreuungsrechts und verschiedener Landesgesetze

(Psychisch-Krankengesetze, Unterbringungsgesetze, Maßregelvollzugsgesetze) veranlasst haben. Im Zuge der rechtlichen Novellierungen haben sich in der Psychiatrie die Regelungen zur Zwangsbehandlung und die klinische Praxis deutlich verändert.

10.1 Institutionelle Verankerung der UN-Behindertenrechtskonvention

Die UNO-Generalversammlung hat 2006 das Übereinkommen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen, kurz die UN-Behindertenrechtskonvention (UN-BRK), verabschiedet. Sie ist 2008 in Kraft getreten und wurde bis 2015 von über 150 Staaten sowie der EU ratifi-

ziert bzw. formal bestätigt. In Deutschland ist sie am 26. März 2009 in Kraft getreten.

Die Konvention richtet sich an die jeweiligen Gesetzgeber. Alle Staaten, die die UN-BRK ratifizieren, verpflichten sich damit, „die volle Verwirklichung aller Menschenrechte und Grundfreiheiten für alle Menschen mit Behinderungen ohne jede Diskriminierung aufgrund von Behinderung zu gewährleisten und zu fördern“ (United Nations, UN-BRK, Artikel 4). Die Vertragsstaaten sollen alle geeigneten Maßnahmen ergreifen, um die Diskriminierung durch Personen, Organisationen oder private Unternehmen zu beseitigen (Artikel 4) und durch geeignete Kampagnen, in den Medien und Bildungsinstitutionen zur Bewusstseinsbildung beitragen (Artikel 8).

Die UNO hat das *Committee on the Rights of Persons with Disabilities* eingesetzt und mit der Interpretation der UN-BRK und der Überwachung ihrer Umsetzung durch die Vertragsstaaten beauftragt. Im April 2014 hat das *Committee* einen *General Comment on Article 12 of the UN Convention* veröffentlicht, in dem Forderungen aufgestellt wurden, die über die UN-BRK hinausgehen. Inzwischen hat das *Committee* Deutschland in einem sog. Länderbericht begutachtet und scharf kritisiert.

In Deutschland ist das Bundesministerium für Arbeit und Soziales zuständig für die Umsetzung der UN-BRK. Die Bundesregierung hat einen Beauftragten für die Belange behinderter Menschen eingesetzt. Das Deutsche Institut für Menschenrechte fungiert als Monitoring-Stelle zur UN-BRK.

10.2 Behinderungs-Begriff der UN-BRK

Die UN-BRK basiert auf einem menschenrechtlichen Konzept von Behinderung; ihr grundlegendes Prinzip ist die Idee der gleichen Men-

schenswürde und Menschenrechte von Menschen mit und ohne Behinderung. Bekanntlich wird der Begriff der Behinderung in verschiedenen Kontexten unterschiedlich definiert. So verstehen die Medizin, das Versicherungsrecht, das Sozialrecht und die *Disability Studies* jeweils etwas ganz Unterschiedliches unter einer Behinderung. Das Begriffsverständnis hat sich in den letzten Jahren stark verändert, wobei der Fokus immer mehr auf die sozialen Folgen einer Behinderung gelegt wurde.

Die Behinderungstheorien lassen sich grundsätzlich zwei verschiedenen Lagern zuordnen (Müller 2013):

1. **(Bio-)Medizinische Modelle** von Behinderung erklären Behinderung als eine objektive Funktionseinschränkung, die nachteilig für den Betroffenen ist. Behinderung wird wie eine chronische Krankheit betrachtet. Die Medizin hat die Aufgabe, die Funktionseinschränkungen und deren Folgen so weit wie möglich zu reduzieren und wenn möglich zu beseitigen. Das Ziel ist also die Überwindung oder Linderung der Behinderung durch medizinische oder technische Methoden.
2. Nach dem **Social Difference Model of Disability**, das in den *Disability Studies* vertreten wird, entsteht Behinderung dagegen nur durch soziale Diskriminierung aufgrund einer Andersartigkeit nach dem Motto „Behindert ist man nicht, behindert wird man.“ Das **Social Difference Model of Disability** basiert auf einer eigenen Begriffsdefinition: Während eine langfristige objektive und nachteilige Funktionseinschränkung im medizinischen Modell als „Behinderung“ bezeichnet wird, wird diese hier nur als „Schädigung“ bezeichnet. Der Begriff „Behinderung“ wird dagegen zur Beschreibung der strukturellen Benachteiligung oder des Ausschlusses der Menschen mit Schädigungen verwendet (Müller 2013).

Beispielsweise ist eine Querschnittslähmung im medizinischen Modell eine Behinderung, im *Social Difference Model* dagegen nur eine Schädigung; eine Behinderung ist danach erst gegeben, wenn querschnittsgelähmte Menschen strukturell benachteiligt oder ausgeschlossen werden. Der Unterschied zwischen den beiden Modellen besteht aber nicht nur in einer Begriffsverschiebung, sondern auch in unterschiedlichen Zielen. Z. B. ist bei Babys mit angeborener Taubheit das primäre Ziel des biomedizinischen Modells die Herstellung der Hörfähigkeit, was in den meisten Fällen durch die Versorgung mit Cochleaimplantaten gelingen kann. Dagegen ist das primäre Ziel des *Social Difference Model* die vollständige Inklusion des gehörlosen Babys in die Gesellschaft, indem die Gesellschaft sich so verändert, dass gehörlose Menschen die volle Teilhabe erreichen können.

Beide Modelle fokussieren auf unterschiedliche Aspekte; für ein umfassendes Verständnis von Behinderung sollten sie einander ergänzen.

Die Präambel der UN-BRK nimmt auf den Wandel im Verständnis von Behinderung explizit Bezug. Sie folgt weitgehend dem *Social Difference Model*, indem sie postuliert, „dass Behinderung aus der Wechselwirkung zwischen Menschen mit Beeinträchtigungen und einstellungs- und umweltbedingten Barrieren entsteht, die sie an der vollen, wirksamen und gleichberechtigten Teilhabe an der Gesellschaft hindern“ (UN-BRK, Präambel, Abschnitt e).

Die UN-BRK definiert den Begriff der Behinderung zwar nicht explizit, bestimmt aber dessen Anwendungsbereich, indem sie die Menge der „Menschen mit Behinderungen“ festsetzt:

„Zu den Menschen mit Behinderungen zählen Menschen, die langfristige körperliche, seelische, geistige oder Sinnesbeeinträchtigungen haben, welche sie in Wechselwirkung mit verschiedenen Barrieren an der vollen, wirk-

samen und gleichberechtigten Teilhabe an der Gesellschaft hindern können.“ (Artikel 1)

Die Menge der „Menschen mit Behinderungen“ ist aufgrund der unpräzisen Begrifflichkeiten nur unscharf angegeben. So ist in der UN-BRK weder definiert, was als „langfristig“ gilt, noch was unter „seelischen“ oder „geistigen Beeinträchtigungen“ zu verstehen ist. Ob diese im Sinne medizinischer Klassifikationssysteme wie dem DSM oder dem ICD zu verstehen sind, bleibt offen. Auch der Schweregrad einer „Beeinträchtigung“, der für die Einstufung als Behinderung notwendig ist, bleibt völlig unbestimmt.

10.3 Prinzipien der UN-BRK

Die UN-Behindertenrechtskonvention fordert, Menschen mit Behinderungen den vollen Genuss der Menschenrechte und der Grundfreiheiten zu garantieren. Damit werden keine Sonderrechte oder Privilegien geschaffen, sondern die Konvention zielt darauf ab, die reale Diskriminierung vieler Menschen mit Behinderungen zu überwinden. Ein besonderes Augenmerk wird auf Kinder, Frauen, Migranten und Flüchtlinge mit Behinderungen gerichtet. Zentrale Ziele der UN-BRK sind die volle gesellschaftliche Teilhabe aller Menschen mit Behinderungen, die Ermöglichung des Zugangs zur gesamten Umwelt, die Abschaffung von Diskriminierung, die Schaffung von Chancengleichheit, die Achtung der Autonomie und Unabhängigkeit und die gleiche Anerkennung vor dem Recht.

Die allgemeinen Grundsätze der UN-BRK sind:

„a) die Achtung der dem Menschen innewohnenden Würde, seiner individuellen Autonomie, einschließlich

der Freiheit, eigene Entscheidungen zu treffen, sowie seiner Unabhängigkeit; b) die Nichtdiskriminierung; c) die volle und wirksame Teilhabe an der Gesellschaft und Einbeziehung in die Gesellschaft; d) die Achtung vor der Unterschiedlichkeit von Menschen mit Behinderungen und die Akzeptanz dieser Menschen als Teil der menschlichen Vielfalt und der Menschheit; e) die Chancengleichheit; f) die Zugänglichkeit; g) die Gleichberechtigung von Mann und Frau; h) die Achtung vor den sich entwickelnden Fähigkeiten von Kindern mit Behinderungen und die Achtung ihres Rechts auf Wahrung ihrer Identität.“ (Artikel 3)

Die UN-BRK verbietet die Diskriminierung aufgrund von Behinderung und garantiert Menschen mit Behinderungen wirksamen rechtlichen Schutz vor Diskriminierung (Artikel 5). Nach der Konvention „bedeutet ‚Diskriminierung aufgrund von Behinderung‘ jede Unterscheidung, Ausschließung oder Beschränkung aufgrund von Behinderung, die zum Ziel oder zur Folge hat, dass das auf die Gleichberechtigung mit anderen gegründete Anerkennen, Genießen oder Ausüben aller Menschenrechte und Grundfreiheiten im politischen, wirtschaftlichen, sozialen, kulturellen, bürgerlichen oder jedem anderen Bereich beeinträchtigt oder vereitelt wird. Sie umfasst alle Formen der Diskriminierung, einschließlich der Versagung angemessener Vorkehrungen.“ (Artikel 2).

Dies ist nicht so zu verstehen, dass die UN-Konvention jede Ungleichbehandlung von Menschen aufgrund von Behinderung verbietet. Sie verbietet ungleiche Behandlung aufgrund von Behinderung nur dann, wenn diese zum Ziel oder zur Folge hat, dass Grundfreiheiten oder Menschenrechte beeinträchtigt werden. Tatsächlich stellt die UN-BRK ausdrücklich klar, dass „besondere Maßnahmen, die zur Beschleunigung oder Herbeiführung der tatsächlichen Gleichberechtigung von Menschen mit Behinderungen erforderlich sind, [...] nicht als Dis-

kriminierung im Sinne dieses Übereinkommens“ gelten (Artikel 5, Absatz 4).

10.4 Bedeutung der UN-BRK für Menschen mit psychischen Störungen

Im Folgenden werden die Artikel der UN-BRK kurz dargestellt, die für Menschen mit langfristigen psychischen Störungen besonders relevant sind, und die kontroversen Auffassungen hierzu erörtert.

10.4.1 Barrierefreiheit

Die Vertragsstaaten sollen Menschen mit Behinderungen gleichberechtigten Zugang zur physischen Umwelt, zu Transportmitteln, zu Information und Kommunikation gewährleisten sowie Zugangshindernisse und Barrieren abbauen, welche die volle, wirksame und gleichberechtigte Teilhabe an der Gesellschaft verhindern könnten (Artikel 9).

Während Barrieren für Menschen mit Gehbehinderung oder mit Sehbehinderung relativ leicht erkennbar sind und meist durch geeignete technische Maßnahmen reduziert werden können, gilt dies nicht für Barrieren für Menschen mit seelischen oder geistigen Beeinträchtigungen. Beispielsweise schließen hohe kognitive Anforderungen, wie sie in vielen gesellschaftlichen Bereichen gestellt werden und durch die Digitalisierung noch erhöht werden, Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen von der gesellschaftlichen Teilhabe in vielen Bereichen aus. Mit geeigneter Unterstützung könnten viele Barrieren zumindest teilweise überwindbar werden, z. B. durch das Angebot von (Behörden-)Texte in „Leichter Sprache“. Viele Menschen mit psychischen Störungen haben allerdings sehr individuelle Probleme, die

sie an der Teilhabe an der Gesellschaft hindern, beispielsweise soziale Phobien, Probleme der Affektregulation, Probleme der Impulskontrolle, schwere Konzentrationsstörungen oder Verlust der sozial geteilten Realität. Mitunter führt bizarres, schwer nachvollziehbares Verhalten zu Ablehnung und Ausgrenzung. Zur Überwindung solcher Barrieren wäre eine Vielzahl von Maßnahmen erforderlich, angefangen bei einer personenzentrierten Behandlung der zugrunde liegenden psychischen oder neurologischen Störung über individuelle Begleitung und Unterstützung im Alltag inklusive Beruf bis zu Aufklärung der Bevölkerung über psychische Störungen, um Vorurteile abzubauen.

10.4.2 Unabhängige Lebensführung und Inklusion

Die UN-BRK fordert für Menschen mit Behinderungen das gleiche Recht, in der Gemeinschaft zu leben und den Aufenthaltsort und die Wohnform zu wählen. Sie haben Anspruch auf gemeindenahere Unterstützungsdienste, einschließlich persönlicher Assistenz (Artikel 19). Ihre Privatsphäre inklusive ihrer Wohnung, ihrer Kommunikation, ihrer Partnerschaft und ihrer Familie soll geachtet werden, unabhängig davon, in welcher Wohnform sie leben (Artikel 23). Des Weiteren haben sie Anspruch auf Unterstützung, um die größtmögliche persönliche Mobilität sicherzustellen (Artikel 20). Menschen mit Behinderungen haben ein Recht auf Bildung. Die Vertragsstaaten sollen dazu ein integratives Bildungssystem auf allen Ebenen gewährleisten (Artikel 24). Ebenso haben Menschen mit Behinderungen ein Recht auf Arbeit und Beschäftigung (Artikel 27). Die Vertragsstaaten sollen dafür sorgen, dass Menschen mit Behinderungen einen angemessenen Lebensstandard und sozialen Schutz haben (Artikel 28)

und ihnen ermöglichen, gleichberechtigt am kulturellen Leben sowie an Erholung, Freizeit und Sport teilzuhaben (Artikel 30).

Ein wichtiger Schritt zur Inklusion von Menschen mit schweren psychischen Störungen ist die Deinstitutionalisierung. Moderne psychiatrische Behandlungsnetzwerke zielen darauf ab, die Inklusion der Patienten in der Gemeinschaft zu fördern. Wichtige Elemente sind ein normaler Zugang zum Wohnungs- und Arbeitsmarkt sowie die Teilnahme am gesellschaftlichen Leben in der Nachbarschaft.

Große Probleme gibt es für Menschen mit langfristigen psychischen Krankheiten auf dem Arbeitsmarkt. Arbeitslosigkeit verschärft wiederum die psychischen Probleme. Daher ist es wichtig, Menschen mit psychischen Krankheiten dabei zu unterstützen, Arbeit zu finden und zu behalten.

10.4.3 Gleiche Anerkennung vor dem Recht

Artikel 12 der UN-BRK schreibt die gleiche Anerkennung vor dem Recht vor. Das heißt, dass Menschen mit Behinderungen genauso wie Menschen ohne Behinderung als Rechtssubjekte anzuerkennen sind und Rechts- und Handlungsfähigkeit haben. Nach der UN-BRK haben Menschen mit Behinderungen Anspruch auf eine staatliche Unterstützung, damit sie ihre Rechte tatsächlich ausüben können. Die UN-BRK fordert Sicherungen, um Missbrauch bei der Unterstützung der Ausübung der Rechts- und Handlungsfähigkeit zu verhindern. Bei allen Maßnahmen, die die Ausübung der Rechts- und Handlungsfähigkeit unterstützen sollen, sind die Rechte, den Willen und die Präferenzen der Betroffenen zu achten. Die unterstützenden Maßnahmen sollen regelmäßig durch unparteiische Behörden oder Gerichte überprüft werden.

Die UN-BRK macht keine expliziten Vorgaben dazu, ob Maßnahmen wie die Einrichtung einer Vormundschaft oder einer rechtlichen Betreuung zulässig sind, oder ob in allen Fällen nur unterstützende Maßnahmen zulässig sind.

Das *Committee* hat in seinem *General Comment on Article 12* eine radikale Auslegung dieses Artikels vertreten. Es kritisiert, dass in vielen Staaten tatsächliche oder mutmaßliche Defizite der mentalen Fähigkeiten (*mental capacity*) als Rechtfertigung für den Entzug der Rechtsfähigkeit (*legal capacity*) dienen. Nach Auffassung des *Committees* erlaube die UN-BRK solche diskriminierenden Entziehungen der Rechtsfähigkeit grundsätzlich nicht, und zwar unabhängig davon, in welcher Weise ein Zusammenhang von Rechtsfähigkeit und mentalen Fähigkeiten hergestellt werde. Es spiele keine Rolle, ob der Entzug der Rechtsfähigkeit allein aufgrund der Diagnose einer Behinderung gestellt werde, oder weil die Entscheidungen der Person als negativ für diese angesehen oder weil deren Entscheidungsfähigkeit als unzureichend betrachtet werde. Nach dem *General Comment* soll jeder Person die volle Rechtsfähigkeit zuerkannt werden, unabhängig von ihrer Behinderung und ihren tatsächlichen Fähigkeiten zur Entscheidungsfindung. Das *Committee* fordert, „alle Formen der ersetzenden Entscheidung“ (*substitute decision-making*) abzuschaffen und durch „ein System der unterstützten Entscheidung“ (*supported decision-making*) zu ersetzen. Bei unterstützten Entscheidungen sollen primär der Wille und die Präferenzen des Betroffenen umgesetzt werden, nicht dessen (mutmaßliches) Wohl. Die Autoren fordern ein „System der unterstützten Entscheidung“ für alle Menschen mit Behinderungen, auch für solche mit einer „nicht-konventionellen Kommunikation“, die „nur von sehr wenigen Menschen verstanden“ wird (*Committee on the Rights of Persons with Disabilities* 2014, 25 c).

Das *Committee* fordert von Deutschland die Abschaffung der rechtlichen Betreuung, von Unterbringungen und „physikalischen oder chemischen Zwangsmaßnahmen“ in Einrichtungen für alte bzw. behinderte Menschen (*Committee on the Rights of Persons with Disabilities* 2015).

Der Vorteil von unterstützten statt ersetzenden Entscheidungen kann darin bestehen, dass die Betroffenen weniger bevormundet werden und größere Entscheidungsspielräume haben. Dies setzt aber voraus, dass die Betroffenen überhaupt entscheidungsfähig sind und für ihre Interessen in geeigneter Weise eintreten können. Die unterstützte Entscheidungsfindung hat ihre Grenze da, wo keine Entscheidungsfähigkeit vorhanden ist. So sind manche Menschen so jung, so schwer krank oder so behindert, dass sie aktuell keine eigenen Entscheidungen treffen können, selbst bei optimaler Unterstützung, beispielsweise Babys, Menschen im apallischen Syndrom oder mit schwerer Demenz. Wendet man „unterstützte Entscheidungen“ auf diese Menschen an, besteht die Gefahr des Missbrauchs. Da unklare Lautäußerungen, Gesten und Blicke sehr schwierig zu interpretieren sind, können die „Unterstützer“ diese in ihrem Sinne deuten, sei es mit den besten Absichten oder in missbräuchlicher Absicht. Die Gefahr des Missbrauchs besteht vor allem, da Personen das Recht auf Entscheidungsunterstützung auf ganz informelle Weise erlangen können sollen: Bei schwer behinderten Menschen soll ein „Unterstützungsnetzwerk“ einfach dadurch ermächtigt werden, dass der Betroffene „Vertrauen“ zu den „designierten Unterstützern“ zeigt (*United Nations Secretariat for the Convention on the Rights of Persons with Disabilities* 2015, Kap. 6). Bei einem derart informellen, nicht richterlich abgesicherten Verfahren kann die vorgebliche Entscheidungsunterstützung zur Manipulation des

Unterstützten missbraucht werden, beispielsweise um sich dessen Vermögen anzueignen. Um einerseits Menschen mit eingeschränkter Entscheidungsfähigkeit durch geeignete Unterstützung eigene Entscheidungen zu ermöglichen und um andererseits Missbrauch vorzubeugen, sind weitere Diskussionen nötig.

Besonders schwierig ist die Frage zu beantworten, ob ersetzende oder unterstützte Entscheidungen besser für Menschen geeignet sind, die aufgrund psychischer oder neurologischer Störungen regelmäßig Entscheidungen treffen, die ihnen schaden und die sie in Phasen ohne akute psychische Störung ablehnen und bereuen. Ein Beispiel ist schwere Selbstverletzung (z. B. Kastration), die während einer akuten Psychose als notwendig angesehen wird, nach der Genesung aber zutiefst bereut wird. Das *Committee* setzt hier einseitig auf den Respekt des natürlichen, also krankheitsbedingt veränderten Willens. Die UN-BRK bietet für dieses Dilemma zwischen Respekt vor dem natürlichen Willen und der Pflicht zur Fürsorge keinen Lösungsansatz.

In *The Lancet* haben Melvyn Freeman und seine Koautoren dargelegt, dass der *General Comment on Article 12* erheblich von früheren internationalen Vereinbarungen über Menschenrechte und von früheren WHO-Empfehlungen zu Gesetzen zum Schutz psychisch kranker Menschen abweicht. Obwohl die vom *Committee* geforderten Veränderungen sehr weitreichend sind, seien deren Implikationen bisher unter dem Radar der meisten Regierungen und des psychiatrischen Versorgungssystems hinweg geflogen. Freeman und seine Koautoren befürchten eine „paradoxe“ Wirkung des *General Comment*: Dadurch könnten fundamentale Menschenrechte verletzt statt besser geschützt werden. Der *General Comment* unterminiere die Rechte von Menschen mit psychischen Behinderungen, insbesondere das Recht auf das höchst-

mögliche Maß an Gesundheit, auf Freiheit und auf Leben (Freeman et al. 2015). Wenn man etwa Menschen im Zustand einer schweren Psychose bei ihren Entscheidungen über medizinische Behandlungen lediglich unterstütze, bestünde die Gefahr, dass deren Recht auf Gesundheitsversorgung und Wiederherstellung ihrer Entscheidungsfähigkeit verletzt werde. Gerade bei psychotischen Patienten bestehe ein hohes Risiko, dass sie sich oder andere verletzen; im letzteren Fall würde dann Gefängnis statt medizinischer Behandlung drohen, sodass das Recht auf Freiheit langfristig verletzt werde. Außerdem würden Stigmatisierung und Diskriminierung zunehmen, wenn die Bevölkerung zunehmend mit Menschen konfrontiert würde, die eine schwere, unbehandelte psychische Krankheit mit Selbst- oder Fremdgefährdung aufweisen.

Das deutsche Ministerium der Justiz und für Verbraucherschutz hat die Interpretation der UN-BRK des *Committees* zurückgewiesen und klargestellt, dass der *General Comment on Article 12* für die Vertragsstaaten nicht rechtsverbindlich sei (Kienemund 2015). Auch die Bundesregierung weist die *Committee*-Interpretation der UN-BRK zurück. Sie vertritt u. E. zu Recht die Auffassung, dass das deutsche Betreuungsrecht mit der UN-BRK kompatibel ist. Im ersten Staatenbericht der Bundesrepublik Deutschland wird klargestellt, dass alle Menschen in Deutschland rechtsfähig sind, d. h. dass sie Inhaber von Rechten und Pflichten sein können (Bundesministerium für Arbeit und Soziales 2011). Handlungsfähig, d. h. delikt- und geschäftsfähig, sind grundsätzlich alle volljährigen Menschen, sofern nicht Ausnahmen vorliegen, die in § 104 Nr. 2 BGB (Geschäftsfähigkeit) bzw. § 827 Satz 1 (Deliktfähigkeit) bestimmt werden. Diese Paragraphen gelten für Menschen mit und ohne Behinderung gleichermaßen und sind daher nicht diskriminierend.

Das neue deutsche Betreuungsrecht hat das explizite Ziel, die Selbstbestimmung der Betroffenen zu stärken. Jeder volljährige Bürger kann für den Fall, dass er irgendwann seine rechtliche Handlungsfähigkeit nicht mehr ausüben kann, Vorsorgebevollmächtigte bestimmen, die ggf. stellvertretende Entscheidungen für ihn treffen dürfen. Zudem kann jeder in einer Patientenverfügung genaue Festlegungen über seine Behandlungswünsche treffen. Die Gerichte müssen nur dann einen rechtlichen Betreuer bestimmen, wenn Menschen versäumt haben, rechtzeitig Bevollmächtigte zu bestimmen. Das Betreuungsgesetz schreibt vor, dass die Betreuer bei allen Entscheidungen das Wohl und die Wünsche des Betreuten zu beachten haben. Außerdem ist ein Verfahrenspfleger einzusetzen, der die Betroffenen berät und über den Ablauf der rechtlichen Verfahren wacht. Alle betreuungsrechtlichen Maßnahmen müssen dem strikten Grundsatz der Erforderlichkeit und der Verhältnismäßigkeit unterliegen (§ 1901 Absatz 2 und 3 BGB). Das deutsche Betreuungsrecht sieht verschiedene Maßnahmen vor, die vor Missbrauch schützen sollen. Es realisiert damit das in der UN-BRK garantierte Recht auf Unterstützung bei der Ausübung der Rechts- und Handlungsfähigkeit (Artikel 12, Absatz 3).

In der Praxis gibt es allerdings nach wie vor Missstände, die dazu führen, dass die Rechte vieler betreuter Menschen in gesetzeswidriger Weise missachtet werden. Das Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz führt daher zwei Forschungsprojekte durch, um die Qualität der rechtlichen Betreuung rechtstatssächlich zu untersuchen und um strukturelle Qualitätsdefizite zu ermitteln (Kienemund 2015).

Zudem ist die Art der Behandlung und Unterbringung entscheidend für den Verlauf der Therapie und für die Respektierung der Wünsche des Betroffenen. So bringen unserer Erfah-

rung nach Unterbringungen auf weitgehend offenen Stationen weniger Gewalttaten, Zwangsmaßnahmen und Entweichungen mit sich als auf permanent geschlossenen Stationen (Lang et al. 2010; Cibis et al. 2016).

10.4.4 Recht auf Leben, Unversehrtheit und Gesundheit

Menschen mit Behinderung haben das gleiche Recht auf Leben (Artikel 10), den Schutz der Unversehrtheit der Person (Artikel 17) sowie „das erreichbare Höchstmaß an Gesundheit“ (Artikel 25) wie Menschen ohne Behinderung. Die UN-BRK fordert darüber hinaus den Anspruch auf spezielle medizinische Maßnahmen, die notwendig sind, um weitere Behinderungen möglichst gering zu halten oder zu verhindern. Menschen mit Behinderungen haben einen Anspruch auf Rehabilitationsmaßnahmen, um ein Höchstmaß an Unabhängigkeit, der Entwicklung ihrer körperlichen, geistigen, sozialen und beruflichen Fähigkeiten und der vollen Teilhabe zu erreichen (Artikel 26).

Aus diesen Artikeln lässt sich für Menschen mit psychischen Störungen, die nicht selbst ausreichend für ihre Gesundheit und ihr Leben sorgen können, das Recht auf Unterstützung der Gesellschaft ableiten.

Allerdings kann das Recht auf Leben und auf Gesundheit im Widerspruch zur Freiheit, eigene Entscheidungen zu treffen, stehen. Ein Beispiel ist ein Mensch mit Vergiftungswahn, der zu verhungern droht. Aus der UN-BRK lässt sich einerseits die Forderung ableiten, die Entscheidung des Betroffenen zur Nahrungsverweigerung bis zum Hungertod zu respektieren. Andererseits lässt sich aus der UN-BRK das Recht des Betroffenen auf wirksame Behandlung des Vergiftungswahns und ggf. auf Zwangsernährung ableiten. Das Recht auf Leben (Artikel 10)

und das Recht auf Gesundheit (Artikel 25) stehen hier im Konflikt mit dem Grundsatz der Achtung der individuellen Autonomie einschließlich der Freiheit, eigene Entscheidungen zu treffen (Artikel 3). Zwar verlangt die UN-BRK, dass die medizinische Behandlung von Menschen mit Behinderungen genauso wie die anderer Menschen „auf der Grundlage der freien Einwilligung nach vorheriger Aufklärung“ zu erfolgen hat (Artikel 25 d). Sie bleibt aber eine Antwort auf die Frage schuldig, was zu tun ist, wenn keine freie Einwilligung gegeben werden kann, weil entweder krankheitsbedingt keine freie Willensbestimmung mehr möglich ist und/oder die Aufklärung nicht verstanden werden kann.

10.4.5 Freiheit und Sicherheit der Person

Die Vertragsstaaten gewähren Menschen mit Behinderungen das Recht auf persönliche Freiheit und Sicherheit der Person. Ihnen darf die Freiheit nicht rechtswidrig oder willkürlich entzogen werden, sondern nur im Einklang mit dem Gesetz. Das Vorliegen einer Behinderung kann in keinem Fall eine Freiheitsentziehung rechtfertigen (Artikel 14).

Das *Committee* hält alle Gesetze, die die Unterbringung von Menschen mit psychischen Krankheiten regeln, für Sondergesetze, die gegen die UN-BRK verstoßen. Es fordert, „Zwangsunterbringungen“ zu verbieten (Committee on the Rights of Persons with Disabilities 2015). Die Forderungen des *Committees* gehen weit über die UN-BRK hinaus. Es schließt an einen Bericht des UN-Sonderberichterstatters für Folter und andere grausame, unmenschliche oder herabwürdigende Behandlung oder Bestrafung Juan E. Méndez an. Darin hatte Méndez Unterbringungen von Personen mit „geistigen“, „psychologischen oder kognitiven Behinderun-

gen“ pauschal als Folter oder andere grausame, unmenschliche oder erniedrigende Behandlung charakterisiert und gefordert, alle Gesetze, die Unterbringungen aufgrund psychischer Erkrankungen oder in psychiatrischen Einrichtungen erlauben, zu revidieren (Méndez 2013). Nach massiver Kritik hat Méndez in einem Antwortschreiben an die *World Psychiatric Association* (WPA) und die *American Psychiatric Association* (APA) (Méndez 2014) viele Positionen zurückgenommen. Er hat eingeräumt, dass er nicht alle zwangsweisen Interventionen verbieten wollte, sondern nur solche, die der Diskriminierung aufgrund von Behinderung dienen. Unterbringungen und Zwangsbehandlungen könnten für einen bestimmten Zeitraum legitim sein, um Eigen- oder Fremdgefährdung abzuwenden (vgl. Müller et al. 2014).

Die Auffassung des *Committees* ist für das deutsche Betreuungsrecht, die PsychKG und die entsprechenden Landesgesetze u. E. nicht zutreffend, da diese nicht das Vorliegen einer Behinderung, sondern einer krankheitsbedingten Selbst- oder Fremdgefährdung zur Voraussetzung einer Freiheitsentziehung machen. Die Unterscheidung zwischen krankheitsbedingter und nicht-krankheitsbedingter Selbst- oder Fremdgefährdung ist keine Diskriminierung im Sinne der UN-BRK.

10.4.6 Freiheit von Folter

Artikel 15 garantiert Freiheit von Folter oder grausamer, unmenschlicher oder erniedrigender Behandlung oder Strafe. Der Artikel verbietet insbesondere, Menschen ohne ihre freiwillige Zustimmung medizinischen oder wissenschaftlichen Versuchen zu unterwerfen.

Das *Committee* fordert generell, „die Anwendung physikalischer oder chemischer Zwangsmaßnahmen“ in Einrichtungen für alte bzw.

behinderte Menschen zu verbieten, da diese „Folter“ seien. Psychiatrische Behandlungen sollten immer nur nach freier und informierter Einwilligung erfolgen (Committee on the Rights of Persons with Disabilities 2015). Auch damit schließt das *Committee* an den Bericht des UN-Sonderberichterstatters Méndez an, der ursprünglich ein absolutes, weltweites Verbot aller Formen von zwangsweise durchgeführten medizinischen Interventionen sowie von Fixierungen und Isolierungen von Menschen mit Behinderungen gefordert hatte. Ausnahmen wollte er nur für lebensbedrohliche Notfälle zulassen, in denen kein Zweifel an der fehlenden Geschäftsfähigkeit bestehe (Méndez 2013). Wie gesagt, hat er diese Position inzwischen revidiert und hält nun Zwangsbehandlungen zur Abwehr von Eigen- oder Fremdgefährdung ggf. für legitim (Méndez 2014).

Das Bundesverfassungsgericht hat dagegen in seinem wegweisenden Urteil zur Zwangsbehandlung argumentiert, dass medizinische Zwangsbehandlungen ggf. durch grundrechtlich geschützte Interessen des Betroffenen selbst gerechtfertigt sein könnten, sofern dieser infolge krankheitsbedingter Einsichtsunfähigkeit nicht in der Lage ist, seine Interessen wahrzunehmen (Bundesverfassungsgericht, 2 BvR 882/09, 52). Denn die „Freiheit zur Krankheit“ könne nicht losgelöst von den tatsächlichen Möglichkeiten einer freien Willensentscheidung betrachtet werden, die krankheitsbedingt eingeschränkt sein können. Das Bundesverfassungsgericht hat einen prinzipiellen Vorrang der krankheitsbedingten Willensäußerung ausdrücklich negiert. Das Bundesverfassungsgericht hat explizit festgestellt, dass die UN-BRK auch kein anderes Ergebnis nahelege. Es hält bei fehlender Selbstbestimmungsfähigkeit Zwangsmaßnahmen gegen den „natürlichen Willen“ unter streng definierten Voraussetzungen für zulässig, und zwar einerseits zum Schutz

der Gesundheit und des Lebens des Betroffenen, andererseits mit dem Ziel, dessen Selbstbestimmungsfähigkeit wiederherzustellen.

Im Anschluss an die Bundesverfassungsurteile erlauben das novellierte deutsche Betreuungsrecht und die novellierten PsychKG unter bestimmten Umständen medizinische Zwangsbehandlungen bei nicht-einwilligungsfähigen Patienten, um anders nicht abwendbare erhebliche Gefahren für die Gesundheit oder das Leben des Betroffenen abzuwehren oder um deren Selbstbestimmungsfähigkeit wiederherzustellen. Voraussetzung ist allerdings, dass diese Maßnahmen dem vorausverfügbaren oder mutmaßlichen Willen des Betroffenen entsprechen oder zumindest nicht widersprechen.

10.5 Fazit

Derzeit fokussiert die Diskussion über die UN-BRK auf die Stärkung der Autonomie von Menschen mit Behinderungen und insbesondere auf deren Recht, unerwünschte Behandlungen abzulehnen. Dabei kommt allerdings oft zu kurz, dass die UN-BRK auch das Recht auf Leben, Unversehrtheit der Person und Gesundheit vertritt. Die UN-BRK gibt keine Richtlinie vor, welches Recht im Konfliktfall höher zu gewichten ist oder nach welchen Kriterien eine Abwägung zwischen verschiedenen Rechten zu führen ist. Klar ist jedoch, dass die UN-BRK nicht das Recht, jederzeit seinen natürlichen Willen auszuüben, über alle anderen Rechte stellte. Daher können sich sowohl Gegner als auch Befürworter von Unterbringung, Zwangsernährung und medikamentöser Zwangsbehandlung von einwilligungsunfähigen Menschen, deren Gesundheit oder Leben gefährdet ist, derzeit auf die UN-BRK berufen. Weitere differenzierte Diskussionen sind also notwendig.

Hier bietet die Medizinethik Lösungsansätze für derartige Dilemmata. So haben Beauchamp und Childress klargestellt, dass bei fehlender Autonomiefähigkeit kein Konflikt zwischen den Prinzipien Respekt vor der Autonomie und Benefizienz vorliegt. Denn die Autonomie sei nur zu respektieren, wenn eine hinreichende Autonomiefähigkeit vorhanden sei oder ggf. frühere autonome Entscheidungen (z. B. als Patientenverfügungen) vorlägen. Ist dies nicht der Fall, dann seien die Prinzipien Benefizienz und Non-malefizienz (Nichtschaden) anzuwenden, wobei der mutmaßliche Wille des Patienten zu beachten sei (Beauchamp und Childress 2013, S. 108).

Ein absoluter Respekt vor dem natürlichen Willen verwechselt Willensfreiheit mit Handlungsfreiheit.

Für Fälle, in denen die Prinzipien Respekt vor der Autonomie und Benefizienz miteinander in Konflikt geraten, benötigt man ein elaboriertes Konzept von Autonomie und Autonomiefähigkeit. Respekt vor der Autonomie bedeutet, die Autonomie eines autonomiefähigen Menschen zu respektieren und die Autonomie eines noch nicht oder vorübergehend nicht autonomiefähigen Menschen zu fördern. Kein Respekt vor der Autonomie wäre es, krankheitsbedingte Entscheidungen, die auf einer verzerrten Realitätswahrnehmung und psychischen Störungen basieren, unhinterfragt zu respektieren, auch wenn diese die betroffene Person erheblich schädigen. Denn Respekt vor Autonomie erfordert zunächst, alle Maßnahmen zu ergreifen, um die Autonomiefähigkeit von Patienten wiederherzustellen, damit sie schnellstmöglich selbst über ihre weitere Behandlung und ihr Leben entscheiden können. Dabei ist immer der vorausverfügte Wille des Patienten zu respektieren.

Es ist Aufgabe zukünftiger Diskussionen und Interpretationen der UN-BRK, diese Ziele politisch so umzusetzen (z. B. durch die Gewährung von Rechtshilfe, die Förderung von offenen Unterbringungen und von Behandlungsvereinbarungen), dass sie im Alltag zuverlässig erreicht werden.

Literatur

- Beauchamp und Childress (2013) Principles of biomedical ethics. 7. Ausgabe. Oxford University Press Oxford
- Bundesministerium für Arbeit und Soziales (2011) Übereinkommen der Vereinten Nationen über Rechte von Menschen mit Behinderungen. Erster Staatenbericht der Bundesrepublik Deutschland. Vom Bundeskabinett beschlossen am 3. August 2011. URL: www.bmas.de/SharedDocs/Downloads/DE/staatenbericht-2011.pdf?__blob=publicationFile (abgerufen am 31.05.16)
- Bundesregierung (2008) Entwurf eines Gesetzes zu dem Übereinkommen der Vereinten Nationen vom 13. Dezember 2006 über die Rechte von Menschen mit Behinderungen sowie zu dem Fakultativprotokoll vom 13. Dezember 2006 zum Übereinkommen der Vereinten Nationen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen. Deutscher Bundestag, Drucksache 16/10808, 08. 11. 2008. URL: <http://dip21.bundestag.de/dip21/btd/16/108/1610808.pdf> (abgerufen am 31.05.16)
- Bundesverfassungsgericht (BVerfG) (2011) 2 BvR 882/09 vom 23.03.2011, Absatz-Nr. (1–34). URL: www.bverfg.de/entscheidungen/rk20090622_2bvr088209.html (abgerufen am 31.05.16)
- Cibis ML, Wackerhagen C, Müller S, Lang UE, Schmidt Y, Heinz A (2016) Vergleichende Betrachtung von Aggressivität, Zwangsmedikation und Entweichungsraten zwischen offener und geschlossener Türpolitik auf einer Akutstation. Psychiatrische Praxis Psychiatrische Praxis 43, DOI 10.1055/s-0042-105181
- Committee on the Rights of Persons with Disabilities (2014) General comment No. 1 (2014) Article 12: Equal recognition before the law. 11th session, March 31–April 11, 2014. URL: <https://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/G14/031/20/PDF/G1403120.pdf?OpenElement> (abgerufen am 31.05.16)
- Committee on the Rights of Persons with Disabilities (2015) Concluding observations on the initial report of Germany. URL: http://www.institut-fuer-menschenrechte.de/fileadmin/user_upload/PDF-Dateien/Pakte_Konventionen/CRPD_behindertenrechtskonvention/crpd_state_report_germany_1_2011_ConObs_2015_en.pdf (abgerufen am 31.05.16)

- Freeman MC, Kolappa K, Caldas de Almeida JM, Kleinman A, Makhshvili N, so Phakathi S, Saraceno B, Thornicroft G (2015) Reversing hard won victories in the name of human rights: a critique of the General Comment on Article 12 of the UN Convention on the Rights of Persons with Disabilities. The Lancet 2, 844–850
- Kienemund B (2015) Ist das deutsche Betreuungsrecht mit der UN-Behindertenrechtskonvention vereinbar? DGPPN-Kongress 2015
- Lang UE, Hartmann S, Schulz-Hartmann S, Gudlowski Y, Ricken R, Munk I, von Haebler D, Gallinat J, Heinz A (2010) Do locked doors in psychiatric hospitals prevent patients from absconding? European Journal of Psychiatry 24, 199–204
- Méndez JE (2013) Report of the Special Rapporteur on torture and other cruel, inhuman or degrading treatment or punishment, Juan E. Méndez, A/HRC/22/53, 1.02.2013. URL: http://www.ohchr.org/Documents/HRBodies/HRCouncil/RegularSession/Session22/A.HRC.22.53_English.pdf (abgerufen am 31.05.16)
- Méndez JE (2014) Answer to Dr. Lieberman (President of the American Psychiatric Association) and Dr. Ruiz (President of the World Medical Association), 17.01.2014. In: Center for Human Rights & Humanitarian Law (2014) Torture in healthcare settings. Washington College of Law, Washington. URL: http://antitorture.org/wp-content/uploads/2014/03/PDF_Torture_in_Healthcare_Publication.pdf, 151–153 (abgerufen am 31.05.16)
- Müller S (2013) Behinderung in der medizinethischen Diskussion. In: P. Hucklenbroich, A. Buyx (Hrsg.): Wissenschaftstheoretische Aspekte des Krankheitsbegriffs. mentis Paderborn, 105–137
- Müller S, Gather J, Jakovljević AK, Heberlein A (2014) Folter in der Psychiatrie? Zum Bericht des UN-Sonderberichterstatters Juan Méndez. Ethik in der Medizin 26 (4) 339–347
- United Nations (2006) Convention on the Rights of Persons with Disabilities. URL: www.un.org/disabilities/convention/conventionfull.shtml (abgerufen am 31.05.16)
- United Nations, Secretariat for the Convention on the Rights of Persons with Disabilities (2015) Handbook for Parliamentarians. URL: <http://www.ohchr.org/Documents/Publications/training4en.pdf> (abgerufen am 31.05.16)



Prof. Dr. med. Dr. phil. Andreas Heinz

Studium der Medizin, Philosophie und Anthropologie an der Ruhr-Universität Bochum, der FU Berlin und der Howard Universität, Washington.

Andreas Heinz ist Professor für Psychiatrie und Direktor der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Charité – Universitätsmedizin Berlin, CCM. Er wurde mit dem „Leibniz Chair“ des Leibniz Instituts für Neurobiologie Magdeburg ausgezeichnet, erhielt die Karl-Jaspers Gastprofessur der Universität von Oldenburg und ist Mitglied der Leopoldina.

Wissenschaftlich konzentriert er sich u. a. auf Lernmechanismen bei psychischen Erkrankungen, die bildgebend und durch computationale Verfahren charakterisiert werden können sowie auf transkulturelle Psychiatrie und Anthropologie.



PD Dr. phil. Dipl.-Phys. Sabine Müller

Studium der Physik und Promotion in Philosophie an der Rheinisch-Westfälischen Technischen Hochschule Aachen. Habilitation in Neurophilosophie und Medizinethik an der Charité – Universitätsklinik Berlin.

Sabine Müller leitet die Arbeitsgruppe „Neurophilosophie, Medizinethik und Neuroethik“ der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, CCM, der Charité.

Sie leitet das internationale Forschungsprojekt „Psychiatric Neurosurgery – Ethical, legal and societal issues“.