

R & P

Recht und Psychiatrie

Martin Zinkler, Sebastian von Peter

Ohne Zwang – ein Konzept für eine ausschließlich unterstützende Psychiatrie

Das UN-Hochkommissariat für Menschenrechte und weitere Organe der Vereinten Nationen fordern aufgrund des Übereinkommens über die Rechte von Menschen mit Behinderungen (Convention on the Rights of Persons with Disabilities – CRPD) ein absolutes Verbot von Zwangsmaßnahmen und Zwangsbehandlungen in der Psychiatrie. Daraus konzipieren die Autoren ein psychosoziales Hilfesystem, das nicht mehr wie bisher Unterstützung *und* soziale Kontrolle leistet, sondern ausschließlich individuelle Hilfsangebote macht. Soziale Kontrolle wird an die dafür zuständigen Behörden abgegeben, sei es an Polizei oder Justiz, die Unterstützung hingegen bleibt bei den psychosozialen Diensten und folgt dem Willen und den Präferenzen der betreffenden Person. Szenarien zum Umgang mit Gefährlichkeit, während einer stationären Behandlung, in Polizeigewahrsam und in Haft zeigen, wie eine solche Veränderung umgesetzt werden kann. Das damit gewonnene Vertrauen zwischen den psychosozialen Diensten und ihren Nutzern schafft günstige Voraussetzungen für bessere Behandlungsergebnisse.

Schlüsselwörter: Menschenrechte, Vereinte Nationen, Zwangsmaßnahmen, Wille und Präferenzen, unterstützte Entscheidungsfindung

Without coercion – a concept for mental health care based on support only

Based on the UN Convention on the Rights of Persons with Disabilities (CRPD), several UN bodies among them the High Commissioner for Human Rights have argued for a complete ban of all coercive interventions in mental health care. The authors conceptualize a system for mental health care based on support only. Psychiatry loses its function as an agent of social control and follows the will and preferences of those who require support. The authors draw up scenarios for dealing with risk, for inpatient care, police custody and prison. With such a shift, mental health services could earn the trust of service users and thereby improve treatment outcomes.

Keywords: Human Rights, United Nations, coercion, will and preferences, supported decision making

Herausgeber: Redaktion Recht & Psychiatrie

Redaktion: Michael Lindemann, Bielefeld (verantwortlich); Martin Zinkler, Heidenheim (verantwortlich); Alexander Baur, Hamburg; Uwe Dönisch-Seidel, Kleve; Manuela Dudeck, Ulm; Heinfried Duncker†, Moringen; Tanja Henking, Stuhr/Würzburg; Heinz Kammeier, Münster; Norbert Konrad, Berlin; Wolfgang Lesting, Oldenburg; Rolf Marschner, München; Friedemann Pfäfflin, Ulm; Martin Rettenberger, Wiesbaden; Dorothea Rzepka, Bielefeld/Darmstadt; Norbert Schalast, Essen; Anja Schiemann, Euskirchen; Herbert Steinböck, Haarr

Redaktionsanschrift: Marina Broll, Staufenstr. 34, 44139 Dortmund; Tel.: 0231/1505460

E-Mail: marina.broll@gmx.de

Verlag: Psychiatrie Verlag, Ursulaplatz 1, 50668 Köln
verlag@psychiatrie.de; www.psychiatrie-verlag.de

Sonderdruck

2019, 37. Jahrgang, 4. Vierteljahr, Seite 203 – 209

Recht und Psychiatrie is regularly indexed in:

Journal Citation Reports/Social Sciences Edition, Juris, Journal Citation Reports/Science Edition, KJB, Science Citation Index Expanded (SciSearch)®, Social Sciences Citation Index (SSCI)®, Social Scisearch®, Scopus, EM-Care

Martin Zinkler, Sebastian von Peter

Ohne Zwang – ein Konzept für eine ausschließlich unterstützende Psychiatrie¹

Das UN-Hochkommissariat für Menschenrechte und weitere Organe der Vereinten Nationen fordern aufgrund des Übereinkommens über die Rechte von Menschen mit Behinderungen (Convention on the Rights of Persons with Disabilities – CRPD) ein absolutes Verbot von Zwangsmaßnahmen und Zwangsbehandlungen in der Psychiatrie. Daraus konzipieren die Autoren ein psychosoziales Hilffsystem, das nicht mehr wie bisher Unterstützung und soziale Kontrolle leistet, sondern ausschließlich individuelle Hilfsangebote macht. Soziale Kontrolle wird an die dafür zuständigen Behörden abgegeben, sei es an Polizei oder Justiz, die Unterstützung hingegen bleibt bei den psychosozialen Diensten und folgt dem Willen und den Präferenzen der betreffenden Person. Szenarien zum Umgang mit Gefährlichkeit, während einer stationären Behandlung, in Polizeigewahrsam und in Haft zeigen, wie eine solche Veränderung umgesetzt werden kann. Das damit gewonnene Vertrauen zwischen den psychosozialen Diensten und ihren Nutzern schafft günstige Voraussetzungen für bessere Behandlungsergebnisse.

Schlüsselwörter: Menschenrechte, Vereinte Nationen, Zwangsmaßnahmen, Wille und Präferenzen, unterstützte Entscheidungsfindung

Without coercion – a concept for mental health care based on support only

Based on the UN Convention on the Rights of Persons with Disabilities (CRPD), several UN bodies among them the High Commissioner for Human Rights have argued for a complete ban of all coercive interventions in mental health care. The authors conceptualize a system for mental health care based on support only. Psychiatry loses its function as an agent of social control and follows the will and preferences of those who require support. The authors draw up scenarios for dealing with risk, for inpatient care, police custody and prison. With such a shift, mental health services could earn the trust of service users and thereby improve treatment outcomes.

Keywords: Human Rights, United Nations, coercion, will and preferences, supported decision making

Einleitung

Verschiedene UN-Gremien, darunter das UN-Hochkommissariat für Menschenrechte, haben sich in den letzten Jahren vor dem Hintergrund der UN-Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderungen klar und eindeutig für ein Verbot aller Zwangsmaßnahmen in der Psychiatrie ausgesprochen (United Nations 2017 a; United Nations 2017 b²; United Nations 2018; United Nations 2014 a; United Nations 2013). Dabei gibt es innerhalb der UN auch weniger kategorische Positionen (United Nations 2014 b; United Nations 2016): hier werden Unterbringungen und Zwangsmaßnahmen nicht völlig ausgeschlossen, sondern sollen strikten Kriterien unterworfen werden, um Missbrauch zu vermeiden.

Innerhalb dieser unterschiedlichen Positionen nimmt das Hochkommissariat für Menschenrechte eine entschiedene Stellung ein, die an vielen Stellen im Widerspruch mit der Wirklichkeit der psychiatrischen Versorgung in Deutschland steht. Zwar gibt es je nach Umfang der Ressourcen im Hilffsystem und abhängig von den rechtlichen Bestimmungen eine Reihe von Hilfsangeboten, jedoch kommen Zwangsmaßnahmen bei Einweisungen durch die Polizei, bei rechtlichen Unterbringungen, in Form von Isolierungen und Fixierungen regelmäßig zur Anwendung (FLAMMER & STEINERT 2018).

Die geltenden Bestimmungen legitimieren Zwangsmaßnahmen unter verschiedenen Konstrukten, sei es mit der Diagnose einer psychischen Erkrankung, sei es bei ärztlich attestierter Einwilligungsunfähigkeit, oder auf der Basis einer prognostizierten Gefährlichkeit. Diese Konstrukte sind wiederholt einer wissenschaftlichen und juristischen Kritik unterzogen worden (United Nations 2017 b; United Nations 2014; SZMUKLER 2003; European Network of [Ex-]Users and Survivors of Psychiatry et al. 2019), die in dieser Arbeit nicht vertieft werden soll. Stattdessen sollen die Umrisse und Inhalte eines psychosozialen Hilffsystems formuliert werden, das solche Konstrukte nicht zur Rechtfertigung von Zwang benutzt und damit im Unterschied zum derzeitigen System den Vorgaben des UN-Hochkommissariats entsprechen würde.

Ausgangspunkt dafür sind solche Situationen, in denen bisher häufig Zwang angewendet wird:

1. eine Person, die sich in einer Weise verhält, die eine Gefährdung aufgrund einer psychischen Erkrankung vermuten lässt;

¹ Eine englische Version dieses Beitrags wurde in der Zeitschrift *Laws* eingereicht.

² Der Sonderberichterstatter Puras spricht von »drastischer Reduzierung« und »Abschaffung von medizinischem Zwang«.

2. eine Person, die sich in einem psychiatrischen Krankenhaus befindet und entlassen werden will;
3. eine Person, die sich in Polizeigewahrsam befindet und Zeichen einer psychischen Störung erkennen lässt, und
4. eine Person, die sich im Rahmen eines Strafverfahrens in Untersuchungshaft oder Strafhaft befindet und psychisch krank erscheint.

Der Allgemeine Kommentar des UN-Fachausschuss zu Artikel 12 der Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderungen leitet aus der Konvention ein Verbot jeglicher Art stellvertretender Entscheidungsfindung ab (United Nations 2014), z. B. durch rechtliche Betreuer, Angehörige oder Angestellte im Gesundheitswesen. Menschen mit Behinderungen sollen bei der Entscheidungsfindung unterstützt werden, wenn sie das möchten. Einschränkungen dieser Wahlfreiheit aufgrund einer funktionalen Bestimmung der Einwilligungsfähigkeit sind danach nicht mehr zulässig. Aufgabe der psychosozialen Dienste ist es, ausgehend vom Ausmaß der Behinderung entsprechend dem Willen und den Präferenzen der betreffenden Person zu unterstützen.

Der UN-Fachausschuss liefert keine Definitionen des Willens und der Präferenzen. Szmukler schlug jüngst in einer Kritik des Allgemeinen Kommentars (SZMUKLER 2019) eine nähere Bestimmung dieser Begriffe vor: Präferenzen zeigten sich bei aktuell anstehenden Entscheidungen, wenn eine Person aus mehreren Alternativen eine bevorzugt. Der Wille hingegen sei eine Art höhere Ordnung der Selbstorganisation mit relativ stabilen und kohärenten persönlichen Einstellungen und Meinungen, Verpflichtungen und einem Konzept des »Guten«.

Für diesen Aufsatz bevorzugen die Autoren andere und weniger von Moral (»conception of the good«) und Vernunft (»reasonably stable and coherent personal beliefs, values, commitments«, SZMUKLER 2019, S. 38) bedingte Definitionen: Präferenzen sind Einstellungen, die im Lauf des Lebens entstanden sind, z. B. die Präferenz bei persönlichen Rückschlägen trotz Verzweiflung und Hoffnungslosigkeit am Leben zu bleiben. Diese Einstellungen betreffen verschiedene Lebensbereiche wie Gesundheit, Arbeit oder Gemeinschaft mit anderen. Der Wille hingegen zeigt sich im aktuellen Wollen in einer bestimmten Situation, z. B. dem Willen, aus dem Krankenhaus entlassen zu werden.

Die Grundlagen eines Hilfsystems, das der Auslegung der Konvention durch den UN-Fachausschuss entspricht, sind Solidarität und Selbstbestimmung (ZINKLER et al. 2019). Solidarität zeigt sich als Hilfestellung der Gesellschaft bei psychosozialen Behinderungen mit dem Ziel einer umfassenden gesellschaftlichen Teilhabe: geringe Hilfestellung und Beratung bei gering ausgeprägter Behinderung, umfassende Hilfestellung in verschiedenen Lebensbereichen bei schwerer Behinderung. Selbstbestimmung bedeutet uneingeschränkte Wahlfreiheit bei der Inanspruchnahme der Hilfen unabhängig von Art und Ausmaß der Behinderung, so wie es Artikel 12 der Konvention (Gleichheit vor dem Recht) bestimmt (United Nations 2006).

Dabei kann sich das Hilfsystem nicht auf das Zur-Verfügung-Stellen bestimmter institutioneller Angebote (Betreutes Wohnen, Werkstätten für Menschen mit Behinderungen) beschränken, denn viele Menschen mit psychosozialen Behinderungen finden solche Einrichtungen oder Hilfen für sich unpassend,

stigmatisierend oder wenig hilfreich; es geht darum, Angebote zu finden, die von möglichst vielen Betroffenen gewünscht und genutzt werden können (KONRAD & HÖFLACHER 2019).

Besondere Bedeutung kommt den Wünschen und Präferenzen von Personen zu, die sich bisher vom Hilfsystem abgewendet haben und Opfer von Zwangsmaßnahmen wurden (ZINKLER & DE SABBATA 2017). Erst wenn sich die professionellen Helfer darauf einstellen, was diese Personen vom Hilfsystem erwarten, wird eine effektive Hilfe geleistet werden können. Eine Person mit einer psychosozialen Behinderung mag beispielsweise eine bestimmte Diagnose ablehnen, eine bestimmte Behandlung, oder überhaupt eine Zurechnung zur Personen-Gruppe »Menschen mit Behinderungen«. Dennoch würde sich aus einer Situation der Obdachlosigkeit bei dieser Person eine solidarische Hilfsverpflichtung der Gesellschaft ergeben. Das Hilfsystem hat dann die Aufgabe, mit der Person zu erörtern, welche Art der Unterstützung für die Obdachlosigkeit gemeinsam erarbeitet werden kann.

Wenn die betreffende Person die Zuschreibung einer bestimmten Diagnose selbstbestimmt ablehnt, so erlischt damit nicht der solidarische Anspruch auf Unterstützung. Eine Hilfeleistung kommt allerdings erst dann zustande, wenn die Person ein Hilfsangebot akzeptiert. Aber auch aus der selbstbestimmten Ablehnung eines bestimmten Hilfsangebots erlischt nicht der Anspruch auf solidarische Hilfe. Das Hilfsystem und die betreffende Person haben noch keinen gemeinsamen Weg zur Assistenz gefunden. Die Helfer sollen sich dann nicht abwenden, sondern weiter gemeinsam mit der betreffenden Person nach individuellen Hilfeleistungen suchen und möglichst in Kommunikation mit ihr bleiben. Eine wirklich gemeinsame und lösungsoffene Suche kann jedoch nur gelingen, wenn eine Intervention gegen den Willen der betreffenden Person unmöglich ist, d. h., wenn die Psychiatrie prinzipiell nicht dazu in der Lage ist, Zwang und Gewalt einzusetzen.

Aber auch dann wird wahrscheinlich nicht in jeder Situation ein gemeinsamer Weg gefunden. Es wird immer Menschen geben, die keine Unterstützung durch die Psychiatrie in Anspruch nehmen möchten. Gleichzeitig erscheint es plausibel, dass häufiger als bisher eine Vereinbarung über geeignete Hilfe gefunden wird, denn:

1. die Hilfestellung wird radikal individualisiert;
2. stigmatisierende Diagnose- oder Gruppenzuschreibungen können vermieden werden, ohne dass der Hilfsanspruch verloren geht;
3. das Hilfsystem verliert die abschreckende Wirkung der typischen psychiatrischen Zwangsmaßnahmen und gewinnt damit das Vertrauen von Personen, die sich aus diesem Grund bisher vom Hilfsystem abgewendet haben;
4. das Hilfsystem wird viel mehr als bisher nach neuen Wegen suchen müssen, wenn die »Ultima Ratio« Zwanganwendung nicht mehr zur Verfügung steht. Denn dann wird aus der bisherigen Antwort des Hilfsystems auf besonders schwierige Situationen (»Wir wissen nicht mehr weiter, deshalb bringen wir die Person in der Psychiatrie unter«) eine kreative Suche nach neuen Wegen: »Was können wir für die Person tun, jetzt wo wir mit unseren bisherigen Versuchen und Angeboten nicht weiter gekommen sind?«

Der Verzicht auf Zwangsmaßnahmen ermöglicht erst ein Lernen im System (ZINKLER & KOUSSEMOU 2013). Mehr Men-

schen als bisher würden damit Antworten auf ihre psychosozialen Probleme im Hilffsystem finden. Damit erscheint es aber auch wahrscheinlich, dass die aus solchen Problemen entstehenden Folgen (Arbeitslosigkeit, Obdachlosigkeit, körperliche Gesundheitsprobleme, soziale Isolierung, familiäre Zerrüttung, Inhaftierung) seltener eintreten würden als bisher.

Die konkrete Vorgehensweise in den oben beschriebenen Situationen wird in den nächsten Absätzen genauer beschrieben. Eine juristische Bewertung dieses Konzepts hat Kammeier vorgelegt (KAMMEIER 2019, in diesem Heft ab Seite 210).

Gefährdung aufgrund einer psychischen Erkrankung

Bisher können Personen, die sich oder andere Personen in einer bestimmten Weise gefährden und in den Augen ihrer Umgebung an einer psychischen Erkrankung leiden, gegen oder ohne ihren Willen in eine psychiatrische Klinik gebracht werden. In Deutschland geschieht das nach den Bestimmungen der Landespsychiatriegesetze. Sie wurden historisch aus dem Polizeirecht entwickelt und legitimieren ein Eingreifen der Polizei bei psychisch Kranken. Wenn wir davon ausgehen, dass ein Eingreifen für Sicherheit und Ordnung auch künftig zur Rolle der Polizei gehört, so wird die Polizei weiterhin zu solchen Situationen gerufen.

Allerdings hätte die Polizei im neuen System nicht mehr die Befugnis, eine Person ohne oder gegen ihren Willen in eine psychiatrische Klinik zu bringen. Allenfalls könnte sie – nicht anders als bei Personen, die nicht psychisch krank erscheinen – eine Form des Gewahrsams vornehmen.

Schon in einer solchen Situation würde die Polizei die Person fragen, ob sie eine psychiatrische Untersuchung, eine psychosoziale Beratung oder Hilfe in Anspruch nehmen möchte. Erst wenn diese Frage bejaht würde, kämen die psychosozialen Dienste zur Person (oder die Person würde von der Polizei zu den Diensten gebracht). Zu jeder Zeit aber unterläge der Kontakt zur Psychiatrie der Entscheidung der Person. Eine zwangsweise Verbringung in eine psychiatrische Klinik kommt in einem ausschließlich helfenden System nicht mehr infrage.

Aus dem Diskriminierungsverbot der Konvention folgt, dass die Person, bei der eine psychische Erkrankung vermutet wird, rechtlich nicht anders von der Polizei behandelt wird als ohne die Vermutung: Wenn die Voraussetzungen für einen weiteren Freiheitsentzug vorliegen, z. B. Untersuchungshaft, bleibt die Person in Unfreiheit, ansonsten wird sie freigelassen – beim vermuteten Vorliegen einer psychischen Erkrankung nicht ohne eine Beratung über die unmittelbar, auch nachts und am Wochenende, bereitstehenden psychosozialen Dienste, oder die Möglichkeit, sich freiwillig in eine psychiatrische Klinik zu begeben.

Freilich findet die Freiheit zur Krankheit eine zu bestimmende Grenze bei der Verletzung von Rechten Dritter. Daraus eine Behandlungspflicht abzuleiten, entspräche allerdings nicht der Konvention. Gleichheit vor dem Recht bedeutet, dass eine Gefährdung oder eine Verletzung von Rechten Dritter beim Vorliegen einer psychiatrischen Diagnose nicht ohne Weiteres vor rechtsstaatlichen Sanktionen schützt.

Nach unserer Beobachtung werden im bisherigen System Eigentumsdelikte, Rechtsfriedensdelikte, Bedrohungen und leichtere Körperverletzungsdelikte strafrechtlich eher nicht verfolgt, wenn eine Klinikeinweisung erfolgt. Bei den betreffenden Personen entsteht aus solchen Erfahrungen eine Art stigmatisierende Immunität: »Die bringen mich halt in die Psychiatrie, sonst passiert mir nichts. Dann schaue ich, wie ich möglichst bald wieder aus der Psychiatrie herauskomme.« Die sogenannte »Drehtür«-Erfahrung für manche Patienten kann aus dieser Interaktion zwischen Polizei und Patienten verstanden werden.

In einem ausschließlich helfenden System sind besonders niedrigschwellig erreichbare Wohnmöglichkeiten (Krisenpensionen), Gesundheitsdienste (auch für die körperliche Gesundheit) und finanzielle Assistenz (wenn alle anderen finanziellen Leistungen eingestellt wurden) bei der Polizei bekannt und flächendeckend durchgehend erreichbar, ähnlich wie Hilfen für Frauen bei häuslicher Gewalt. Als Alternative zur Klinikeinweisung stehen Hometreatment (z. B. durch mobile Teams) und Krisenbegleitung (z. B. durch psychiatriee erfahrene Helfer) zur Verfügung, aber auch eine Wohnmöglichkeit ohne psychiatrische Behandlung kann sofort in Anspruch genommen werden. Ob die Person dann, neben der Möglichkeit des Wohnens, auch andere Leistungen in Anspruch nehmen möchte, entscheidet sie selbst.

Die schwierigste Aufgabe für die Helfer liegt wahrscheinlich darin, das Vertrauen der Personen zu gewinnen, die den Helfern und dem System misstrauen. Hier müssen die Helfer erst einmal klarstellen, wie sie arbeiten: ohne Zwang, ohne Diskriminierung (vgl. WHO Trainingsmanual für legal capacity in mental health services, WHO 2017) und vorbehaltlos unterstützend. Konkret bedeutet das, dass eine wirksame Unterstützung (ein Dach über dem Kopf und etwas Warmes zu essen) nicht mit der Frage zusammenhängt, ob eine psychiatrische Diagnose gestellt und von der betreffenden Person akzeptiert wird.

Wie eine Richterin über einen Freiheitsentzug auch entscheidet – psychosoziale Hilfe steht bereit, sei es im Polizeigewahrsam, in Untersuchungshaft oder in Freiheit. Die Richterin mag eine Untersuchungshaft bei einer Person aussetzen, die in eine psychiatrische Klinik gehen oder sich zu Hause psychosozial unterstützen lassen möchte, vielleicht weil sie meint, dass der Person damit besser geholfen ist. Erzwingen kann sie eine Klinikbehandlung nicht. Allenfalls könnte sie, wie bei anderen Personen auch, die Untersuchungshaft unter bestimmten nicht-diskriminierenden Bedingungen aussetzen, etwa, sich in regelmäßigen Abständen bei der Polizei zu melden, oder nicht zu verreisen. Das Verhältnis zwischen den psychosozialen Diensten und der Person wird jedenfalls nicht von einem Richter, einem rechtlichen Betreuer oder einer Behörde bestimmt, sondern – wie bei allen anderen gesundheitlichen und sozialen Leistungen auch – zwischen der Person und den Diensten vereinbart.

Der Wunsch nach Entlassung aus der Klinik

Im derzeitigen Hilffsystem folgt dem Wunsch eines Patienten, aus der psychiatrischen Klinik entlassen zu werden, die Überprüfung durch den Arzt, ob sogenannte »Zurückhaltgründe« vorliegen: medizinische Einschätzungen hinsichtlich Diagno-

se, Einwilligungsfähigkeit oder Gefährdung, die ein Festsetzen des Patienten in der Klinik rechtfertigen und damit die gewünschte Entlassung verhindern. Üblicherweise werden solche Zurückhaltegründe dem Patienten erklärt: Daraufhin ist er entweder bereit, »freiwillig« zu bleiben oder er besteht auf der Entlassung. Im letzteren Fall wird vom Krankenhaus ein Richter informiert, der den Patienten anhört und einer ärztlichen Einschätzung folgend in der Regel eine Unterbringung anordnet oder (im Betreuungsrecht) genehmigt.

Im neuen System beginnt in dieser Situation ein Dialog mit dem Patienten, in dem die Gründe für den Wunsch nach Entlassung, durch die Entlassung entstehende Probleme und mögliche Hilfsangebote nach der Entlassung zur Sprache kommen. Entscheidend sind Wille und Präferenzen der betreffenden Person. Das vermeintliche »Wohl«, also das, was die Ärzte, Krankenschwestern oder rechtliche Betreuer für das Wohl der betreffenden Person halten, ist nicht ausschlaggebend (United Nations 2014). Auch ein »Wohl«, das aus der staatlichen Fürsorgepflicht abgeleitet wird, kann nur das vom Betroffenen selbst bestimmte Wohl sein.

Allenfalls dann, wenn Wille und Präferenzen sich widersprechen, kann eine richterliche Entscheidung erforderlich werden, etwa in einer Situation, in der eine Person sofort sterben möchte (aktueller Wille), bis zu diesem Zeitpunkt aber keinen Wunsch hat erkennen lassen, zu sterben (bisherige Präferenzen). Dann könnte ein kurzes richterlich angeordnetes Verbleiben in der Klinik erfolgen, etwa für wenige Stunden, um Zeit zu gewinnen, den Willen und die Präferenzen genauer zu ermitteln, z. B. mithilfe der Angehörigen (ZINKLER & RICHTER 2019).

Dagegen kann eingewendet werden, dass eine kurze Unterbringung einer Person, die sofort sterben möchte, eine inkonsequente Anwendung dieses Konzepts sei, weil die Unterbringung eine Form von Zwang darstelle. Allerdings sind in der Konvention verschiedene Rechte geschützt, darunter auch das Recht auf Leben in Artikel 10. Der Umstand, dass die Person in der betreffenden Extremsituation mit professionellen Helfern zu tun hat, bedingt eine besonders sorgfältige Bestimmung ihres Willens *und* ihrer Präferenzen und entspricht damit einem staatlichen Mindestschutz.

Nur dann, wenn Wille und Präferenzen nicht zu ermitteln sind, kann eine bestmögliche Interpretation des Willens und der Präferenzen durch die Helfer erfolgen (United Nations 2014). Dafür können die Angehörigen wertvolle Informationen geben. Für unmittelbar erforderliche medizinische Maßnahmen kann der rechtfertigende Notstand nach § 34 StGB als Rechtsgrundlage dienen.

Es geht also zunächst darum, der Autonomie (die sich in Willen und Präferenzen äußert) Geltung zu verschaffen. Gleichzeitig soll Solidarität zum Tragen kommen, wenn der Person alle möglichen individuellen Hilfsangebote erläutert werden, um ihre Entscheidung zu unterstützen. Dabei sollen vertrauensbildende Kommunikation (»keine Sorge, wir werden keinen Zwang anwenden«), emotionales Verständnis (»kein Wunder, dass Sie so verzweifelt sind, wenn man sich vorstellt, was mit Ihnen gerade passiert ...«) und beratende Informationsvermittlung (»wussten Sie schon, dass wir auch Krisenbegleitung bei Ihnen zu Hause anbieten, durch Mitarbeiter, die selbst psychische Krisen erlebt haben«) eingesetzt werden.

Wenn dann Wille und Präferenzen auf Entlassung aus der Klinik gerichtet sind, so erfolgt diese unabhängig von etwaigen Erwägungen hinsichtlich Diagnose, Einwilligungsfähigkeit oder Gefährlichkeitseinschätzung.

Bisher hieß es in den Kliniken oft: wir können Ihnen nicht helfen, wenn Sie sich nicht behandeln lassen. Darauf folgte dann entweder die Entlassung aus der Klinik oder eine Zwangsmaßnahme. Im neuen System beginnt Hilfe mit den Fragen: »Was brauchen Sie? Was können wir für Sie tun?« Menschliche und soziale Unterstützung bekommen Vorrang vor diagnostischen oder technischen Erwägungen.

Für Eskalationen in einer psychiatrischen Klinik kommen dem Klinikpersonal im neuen System keine besonderen Aufgaben mehr zu, beispielsweise die Stationstür zu versperren oder den Patienten am Bett festzubinden. Es gelten die gleichen Regeln wie in einer allgemeinen Notaufnahme. Wenn es zu Gewalt kommt, wird die Polizei gerufen.

Polizeigewahrsam und psychische Störung

In jedem deutschen Bundesland gibt es ein Psychiatriegesetz, das ein Verbringen von Menschen mit psychischen Erkrankungen in eine psychiatrische Klinik regelt. Gemeinsam ist diesen Regelungen, dass die Polizei eine Person, bei der sie eine psychische Krankheit vermutet, rechtlich anders behandelt als eine Person, bei der sie diese Vermutung nicht trifft. Die betreffende Person kann einem Arzt oder einem Dienst für psychische Gesundheit vorgestellt werden. Von diesem Dienst, sei es an einem Krankenhaus oder in der Gemeinde, können weitere Maßnahmen getroffen werden, z. B. die Beantragung einer gerichtlichen Unterbringung in einer psychiatrischen Klinik.

Solche Maßnahmen dürfen jedoch nach der strengen und hier vertretenen Auslegung des Artikels 12 der Konvention durch den UN-Fachausschuss für die Rechte von Menschen mit Behinderungen (United Nations 2014) nur dann getroffen werden, wenn sie mit informierter Zustimmung der betreffenden Person erfolgen. Was also geschieht, wenn die Polizei in ihrer Aufgabe zur Wahrung der öffentlichen Sicherheit und Ordnung zu einer Situation gerufen wird, bei der betreffende Person eine psychische Erkrankung vermutet und die psychosozialen Dienste beiziehen möchte? Insoweit das Beiziehen mit Einverständnis der betreffenden Person erfolgt, spricht nichts dagegen. Was aber geschieht, wenn das Einverständnis nicht vorliegt?

Gleichheit vor dem Recht nach Artikel 12 bedeutet, dass die betreffende Person nicht weniger Rechte hat als eine, bei der keine psychosoziale Behinderung vorliegt oder vermutet wird. Wenn die allgemeinen (also nicht mit dem Vorliegen einer Behinderung oder psychischen Störung verbundenen) Voraussetzungen für eine Ingewahrsamnahme vorliegen, so wird diese erfolgen. Wenn die Voraussetzungen für eine Verbleiben im Polizeigewahrsam vorliegen (etwa mit dem Ziel, die Person dem Haftrichter vorzuführen), so wird der Gewahrsam fortgesetzt.

Die psychosozialen Dienste haben im neuen System die Aufgabe, personelle Ressourcen jederzeit bereitzustellen, um die betreffende Person im Polizeigewahrsam zu besuchen, zu beraten und Hilfsangebote zu unterbreiten. Dabei sollen alle

Hilfsmöglichkeiten erörtert werden: Unterstützung schon im Polizeigewahrsam, Durchführung des Polizeigewahrsams unter entsprechenden Sicherheitsvorkehrungen in einer Krisenpension oder Klinik (die Polizei bewacht, die Helfer unterstützen), Aufhebung des Polizeigewahrsams zugunsten einer Unterstützung zu Hause oder bei Angehörigen mit einem ambulanten Krisenteam. Rechtliche Belange (Voraussetzungen zum Freiheitsentzug) werden streng von psychosozialer Unterstützung getrennt: Rechtliche Maßnahmen unterliegen den Voraussetzungen (z. B. für den Freiheitsentzug), die für alle Bürger gelten; die psychosoziale Unterstützung folgt dem Willen und den Präferenzen der betreffenden Person. Behandlungen, etwa auch medikamentöse, können besprochen und einvernehmlich begonnen werden.

Inwieweit die Bereitschaft, eine psychosoziale Unterstützung in Anspruch zu nehmen, die rechtliche Entscheidung hinsichtlich der Fortdauer des Freiheitsentzugs beeinflusst, unterliegt dem Gebot der Nichtdiskriminierung. Keinesfalls darf der Person ein Nachteil dadurch entstehen, dass eine psychische Erkrankung vermutet oder diagnostiziert wird. Ob aus einer Bereitschaft zu einer Behandlung ein Vorteil hinsichtlich rechtlicher Sanktionen entsteht, unterliegt der Einschätzung eines Richters, nicht aber der eines Psychiaters. Psychiater sollen in solchen Situationen nicht (wie bisher) den Richter in seiner Entscheidung unterstützen, sondern die betreffende Person bei der Entscheidungsfindung. Sollte sich ein Richter einer fachlichen Einschätzung bedienen wollen, so soll diese streng von der Unterstützung durch die psychosozialen Dienste getrennt werden, um den Aufbau einer vertrauensvollen therapeutischen Situation nicht zu gefährden.

Gegen dieses Vorgehen mag eingewendet werden, dass dadurch mehr Personen als bisher mit einer psychiatrischen (Verdachts-) Diagnose in Polizeigewahrsam gebracht würden, weil sie nicht in einer Klinik aufgenommen werden möchten. Dort würden sie bleiben, bis ein Richter die Voraussetzungen für einen allgemeinen Freiheitsentzug prüft. Allerdings könnte auch gerade das Gegenteil eintreten, weil die Entscheidung *für* eine Behandlung in einer Klinik der betreffenden Person leichter fällt, wenn sie weiß, dass sie diese jederzeit beenden kann.

Beim Polizeigewahrsam handelt es sich um ein rechtsstaatliches Vorgehen, das jeden treffen kann, der sich in einer bestimmten Weise verhält. Der entscheidende Punkt liegt darin, dass nicht mehr mit zweierlei Maß gemessen wird. Wer bisher mit einem eher unklaren Gefährdungsbegriff unter Verweis auf eine (vermutete) psychische Erkrankung in die Klinik eingewiesen wurde, würde im neuen System nur in dann in Polizeigewahrsam kommen, wenn die Gefährdung unmittelbar ein allgemein gültiges hohes Ausmaß erreicht, das diese Maßnahme rechtfertigt. Das Vorhandensein einer Diagnose kann nicht mehr als Rechtfertigung für einen Freiheitsentzug herangezogen werden. Zudem verbessert sich der Rechtsschutz: Die betreffende Person kann sich mit Verweis auf das Diskriminierungsverbot und mit einem Rechtsanwalt gegen einen weiteren Freiheitsentzug wehren.

Untersuchungshaft und Strafhaft

Aus dem Obengesagten wird deutlich, dass auch in Untersuchungshaft oder Strafhaft jede psychosoziale Unterstützung und Behandlung dem Willen und den Präferenzen der be-

treffenden Person folgt. Bei der Entscheidung über Untersuchungshaft oder bei der Länge des Strafmaßes gilt wieder das Diskriminierungsverbot: Keinesfalls darf der Person durch die Diagnose einer psychischen Störung ein Nachteil entstehen. Die Zeit in Untersuchungshaft bzw. in Strafhaft darf nicht länger sein, bzw. auch die Einschränkungen in Haft nicht härter, als für Personen ohne psychiatrische Diagnose, denen ein vergleichsweise schweres Delikt vorgeworfen wird oder die wegen eines ähnlich schweren Delikts verurteilt wurden.

Die bisherigen Vorschriften für eine strafrechtliche Unterbringung in einer psychiatrischen Klinik müssen dafür so verändert werden, dass eine Klinikunterbringung

1. nur noch infrage kommt, wenn sie dem Willen und den Präferenzen der Person entspricht, und
2. nicht länger dauert als der Freiheitsentzug in Haft, wenn keine psychische Störung vorläge.

Die psychosozialen Dienste sind im neuen ausschließlich helfenden System in die Lage zu versetzen, eine Person in Untersuchungshaft oder Strafhaft jederzeit zu besuchen, zu beraten und Hilfsangebote zur Verfügung zu stellen, einschließlich psychotherapeutischer Begleitung und medikamentöser Behandlung. Krisenteams arbeiten nicht nur in der Gemeinde (Outreach), sondern selbstverständlich auch in Justizvollzugsanstalten (Inreach).

Bei Entscheidungen über Hafterleichterungen oder vorzeitige Haftentlassung können Behandlungsbereitschaft und Behandlungsergebnis einbezogen werden. Personen, die sich behandeln lassen, kann daraus ein Vorteil entstehen gegenüber denen, die eine Behandlung rundum ablehnen. Gerade bei solchen Entscheidungen soll eine unterstützende und unabhängige Beratung, am besten durch psychiatrieerfahrene Peers erfolgen, in denen Vor- und Nachteile einer vorgeschlagenen Behandlung erörtert werden. Zur Abwägung der gesundheitlichen Risiken einer längeren Neuroleptikabehandlung gegenüber den Vorteilen einer früheren Entlassung aus der Haft sind unabhängige und aktuelle Informationen (z. B. LEHMANN et al. 2017) erforderlich, damit Wille und Präferenzen der Person zum Tragen kommen können.

Die Justiz soll für fachliche Einschätzungen über Rückfallgefahr und Gefährlichkeit nicht die Behandlungsteams befragen, sondern Fachleute, die getrennt vom Behandlungsteam eine Prognose erstellen. Die betreffende Person entscheidet, ob sie ihr Behandlungsteam von der Schweigepflicht entbinden und ihre Behandlungs- oder Beratungsunterlagen für die Prognoseerstellung der Justiz überlassen möchte.

Richter oder Ärzte, die bisher psychiatrische Zwangsmaßnahmen genehmigen oder anordnen, gehen davon aus, dass damit gesundheitliche Schäden, Verelendung, Suizide, Straftaten oder Obdachlosigkeit verhindert werden können. Tatsächlich fehlt es an Beweisen dafür, dass diese Maßnahmen wirksam sind.

Die sorgfältigste Studie dazu wurde in Großbritannien nach der Einführung der ambulanten Zwangsbehandlung (Community Treatment Order, CTO) durchgeführt (BURNS et al. 2013). Gerichtlich stationär untergebrachte Patienten wurden zum Zeitpunkt der geplanten Entlassung aus der Unterbrin-

gung randomisiert entweder einer ambulanten Zwangsbehandlung oder einer Beurlaubung mit nachfolgender regulärer Entlassung zugewiesen. Die Patienten mit ambulanter Zwangsbehandlung hatten ebenso viele stationäre Wiederaufnahmen, waren ebenso lange in der Gemeinde, bis sie wieder im Krankenhaus aufgenommen wurden und zeigten keine Veränderungen in klinischen oder sozialen Variablen (Symptome und soziales Funktionsniveau). Die Autoren der Studie schließen: *We believe that there should be a moratorium on the further imposition of CTOs (and consideration of those already in place) other than in research settings unless and until convincing evidence of their effectiveness is obtained. It may be time to cease pursuing risk-based coercive interventions (which lack evidence) and refocus our efforts into restoring enduring and trusting relationships with patients* (BURNS & MOLODYSKI 2014).

Zusammenfassung

Eine Entwicklung der Psychiatrie hin zu einem ausschließlich unterstützenden System entsprechend der Auslegung von Artikel 12 der Konvention durch den UN-Fachausschuss und das UN-Hochkommissariat für Menschenrechte ist realistisch konzipierbar. Die grundsätzlichen Aufgaben der psychosozialen Dienste ändern sich insoweit, als sie ihre bisherige Doppelfunktion, Unterstützung *und* soziale Kontrolle, verlieren. Soziale Kontrolle wird an die dafür zuständigen Behörden abgegeben, sei es an Polizei oder Justiz, die Unterstützung hingegen bleibt bei den psychosozialen Diensten und folgt dem Willen und den Präferenzen der betreffenden Person.

Keinesfalls darf aus der Feststellung einer psychiatrischen Diagnose eine Benachteiligung hinsichtlich eines Freiheitsentzugs oder ein besonderer Freiheitsentzug (unfreiwillige Unterbringung in einer Klinik) hergeleitet werden. Die Feststellung bzw. Behauptung von Einwilligungsunfähigkeit hinsichtlich Behandlung oder Unterstützung kann nicht mehr zur Rechtfertigung von Eingriffen in die Freiheitsrechte herangezogen werden. Rechtliche Sanktionen hingegen erfolgen diskriminierungsfrei auf der Basis der für alle geltenden Rechte.

Die psychosozialen Dienste unterstützen dort, wo es die betreffende Person wünscht: zu Hause, in einer Krisenpension, in der Klinik, bei Freunden, auf der Straße, im Polizeigewahrsam oder in Haft. Der Zugang zur Unterstützung ist überall rund um die Uhr möglich, der Aufenthalt in einer Klinik kann nicht mehr damit begründet werden, dass andere Unterstützungsmöglichkeiten fehlen. Ressourcen, die bisher für freiheitsentziehende Maßnahmen in den Kliniken eingesetzt wurden, werden nun für aufsuchende (Inreach und Outreach) Arbeit verwendet, damit psychosoziale Unterstützung rund um die Uhr angeboten werden kann und möglichst wenig Personen ohne angemessene Unterstützung bleiben.

In einem ausschließlich unterstützenden System besteht die Gefahr, dass sich die allgemeinspsychiatrischen Kliniken und Dienste von schwer kranken Patienten abwenden und ihre Angebote auf leichter zu behandelnde und in stabileren sozialen Verhältnissen lebende Personen ausrichten. Eine solche Entwicklung muss und kann verhindert werden, wenn die Aufgabenstellung der Kliniken vom Gesetzgeber klar formuliert wird und entsprechende finanzielle Anreize gesetzt werden.

Die Veränderungen im Entgeltsystem für stationäre Behandlungen mit höheren Tagespauschalen z. B. bei Selbst- oder Fremdgefährdung stellen einen ersten Schritt dar, um einer solchen Entwicklung entgegenzuwirken. Zudem würden durch den viel geringeren Aufwand für gerichtliche Unterbringungen und Zwangsmaßnahmen in den Kliniken personelle Ressourcen frei, die für 24 Stunden am Tag verfügbare aufsuchende Arbeit in der Gemeinde, in Polizeistationen oder in Haftanstalten verwendet werden können. Klinikbetten können in Krisenräume für obdachlose Menschen mit psychischen Erkrankungen umgewidmet werden. Die Kliniken können zu solchen Diensten verpflichtet werden. Die Ergebnisqualität der Dienste kann mit Erhebungen über körperliche Gesundheit, soziale Situation und Übergänge vom Polizeigewahrsam oder aus der Haft in psychosoziale Unterstützung oder Behandlung gemessen werden.

Im Verhältnis zwischen den Helfern bei den Diensten und den Personen, die diese in Anspruch nehmen, wächst Vertrauen: »Sie können sich darauf verlassen, dass wir nichts unternehmen, was Ihrem Willen und Ihren Präferenzen widerspricht.« Im Binnenverhältnis zwischen Ordnungsbehörden, Justiz und betreffenden Personen sind die Gesundheits- und Sozialdienste eindeutig und unmissverständlich den Wünschen und Präferenzen ihrer Patienten verpflichtet: Dies betrifft sowohl die Art der Unterstützung als auch die Vertraulichkeit über psychosoziale Belange. Die Weitergabe von Informationen über Beratung, Unterstützung und Behandlung unterliegt allein dem Willen der betreffenden Personen.

Unterstützende Dienste und Nutzer lernen im neuen System mit dem Verzicht auf bisher übliche Zwangsmaßnahmen vertrauensvolle Kommunikation. Damit können besonders im Bereich von Psychoseerkrankungen substanzielle Fortschritte in der Behandlung gelingen.

Literatur

- BURNS T, MOLODYSKI A (2014) Community treatment orders: background and implications of the OCTET trial. In: *The Psychiatric Bulletin* 38: 3–5
- BURNS T, RUGKASA J, MOLODYSKI A, DAWSON J, YEELES K, VAZQUEZ-MONTES M, VOYSEY M, SINCLAIR J, PRIEBE S (2013) Community treatment orders for patients with psychosis (OCTET): a randomised controlled trial. In: *Lancet* 381: 1627–1633
- European Network of (Ex-)Users and Survivors of Psychiatry (ENUSP), Absolute Prohibition Campaign, Red Esfera Latinoamericana de la Diversidad Psicosocial, TCI Asia Pacific, World Network of Users and Survivors of Psychiatry (WNUSP) (2019) Open Letter to WPA. <http://enusp.org/wp-content/uploads/2019/03/Open-Letter-to-WPA.pdf> (aufgerufen am 02.05.2019)
- FLAMMER E, STEINERT T (2018) Das Fallregister für Zwangsmaßnahmen nach dem baden-württembergischen Psychisch-Kranken-Hilfe-Gesetz: Konzeption und erste Auswertungen. In: *Psychiatrische Praxis* (efirst) DOI: 10.1055/a-0665-6728
- KAMMEIER H (2019) Menschenrechtsorientierte psychiatrische Versorgung – Eine Skizze notwendiger Strukturveränderungen. In: *Recht & Psychiatrie* 37: 210–xx
- KONRAD M, HÖFLACHER R (2019) Unterstützung zur Teilhabe am gesellschaftlichen Leben. In: ZINKLER M, MAHLKE C,

- MARSCHNER R (Hg.) (2019) Selbstbestimmung und Solidarität – Unterstützte Entscheidungsfindung in der psychiatrischen Praxis. Köln: Psychiatrie Verlag
- LEHMANN P, ADERHOLD V, RUFER M, ZEHENTBAUER J (2017) Neue Antidepressiva, atypische Neuroleptika: Risiken, Placebo-Effekte, Niedrigdosierung und Alternativen. Mit einem Exkurs zur Wiederkehr des Elektroschocks. Berlin, Shrewsbury: Peter Lehmann Publishing
- SZMUKLER G (2019) »Capacity«, »best interests«, »will and preferences« and the UN Convention on the Rights of Persons with Disabilities. In: World Psychiatry 18: 34–41
- United Nations (2006) Convention on the Rights of Persons with Disabilities. In: Bundesgesetzblatt Jahrgang 2008 Teil II Nr. 35, ausgegeben zu Bonn am 31. Dezember 2008
- United Nations (2013) Human Rights Council. Twenty-second session. Report of the Special Rapporteur on torture and other cruel, inhuman or degrading treatment or punishment, Juan E. Méndez. A/HRC/22/53
- United Nations (2014 a) Committee on the Rights of Persons with Disabilities. Eleventh session. General comment No. 1 (2014). Article 12: Equal recognition before the law. CRPD/C/GC/1
- United Nations (2014 b) International Covenant on Civil and Political Rights. Human Rights Committee. General comment No. 35. Article 9 (Liberty and security of person). CCPR/C/GC/35
- United Nations (2016) Optional Protocol to the Convention against Torture and Other Cruel, Inhuman or Degrading Treatment or Punishment. Subcommittee on Prevention of Torture and Other Cruel, Inhuman or Degrading Treatment or Punishment. 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
- United Nations (2017 a) Human Rights Council, Thirty-fourth session. Mental health and human rights. Report of the United Nations High Commissioner for Human Rights. A/HRC/34/32
- United Nations (2017 b) Human Rights Council, Thirty-fifth session. 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
- United Nations (2018) Human Rights Council, Thirty-seventh session. Report of the Special Rapporteur on the rights of persons with disabilities. A/HRC/37/56
- WHO (2017) Protecting the right to legal capacity in mental health and related services – WHO QualityRights training to act, unite and empower for mental health (pilot version). Geneva: World Health Organization; 2017 (WHO/MSD/MHP/17.5). Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO
- ZINKLER M, DE SABBATA K (2017) Unterstützte Entscheidungsfindung und Zwangsbehandlung bei schweren psychischen Störungen – ein Fallbeispiel. In: Recht & Psychiatrie 35: 207–212
- ZINKLER M, KOUSSEMOU JM (2013) Nach den Entscheidungen des Bundesverfassungsgerichts und des Bundesgerichtshofs zur Zwangsbehandlung – drei Fallberichte. In: Recht & Psychiatrie 31: 76–79
- ZINKLER M, MAHLKE C, MARSCHNER R (Hg.) (2019) Selbstbestimmung und Solidarität – Unterstützte Entscheidungsfindung in der psychiatrischen Praxis. Köln: Psychiatrie Verlag
- ZINKLER M, RICHTER B (2019) Unterstützte Entscheidungsfindung bei Depressionen. In: ZINKLER M, MAHLKE C, MARSCH-

NER R (Hg.) (2019) Selbstbestimmung und Solidarität – Unterstützte Entscheidungsfindung in der psychiatrischen Praxis. Köln: Psychiatrie Verlag

Anschriften der Verfasser

Martin Zinkler
Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik
Kliniken Landkreis Heidenheim gGmbH
Schlosshastr. 100
89522 Heidenheim
martin.zinkler@kliniken-heidenheim.de

Sebastian von Peter
Hochschulklinik für Psychiatrie und Psychotherapie der
Medizinischen Hochschule Brandenburg Theodor Fontane
Immanuel Klinik Rüdersdorf
Seebad 82/83
15562 Rüdersdorf bei Berlin