

## **1. Halten Sie den Begriff und die Arbeitsdefinition 'wohltätiger Zwang' für geeignet zur Bezeichnung des Problemfeldes? Wenn nicht, welche Alternative schlagen Sie vor?**

Nein. Der Begriff wäre nur dann geeignet, wenn mit wohltätigem Zwang tatsächlich Wohl getan würde; dies trifft jedoch bei Zwangsmaßnahmen in der Psychiatrie nicht unbedingt zu. Denn auch wenn damit Wohl bezweckt wird, so ist damit nicht gesagt, dass Wohl getan wird. Es ist bekannt, dass Patienten, denen Zwangsmaßnahmen angetan wurden, diese Maßnahmen hinterher sehr unterschiedlich bewerten (Priebe S, Katsakou C, Glöckner M, et al. Patients' views of involuntary hospital admission after 1 and 3 months: prospective study in 11 European countries. Br J Psychiatry 2010; 196:179–185). Zudem besteht bei allen Zwangsmaßnahmen in der Psychiatrie die Möglichkeit, dass den Betroffenen dadurch Schaden zugefügt wird: schwere Nebenwirkungen durch Medikamente, physische Verletzung durch Festbinden am Bett oder durch Festhalten; psychische Traumatisierung durch Zwangsmedikation, Festbinden am Bett, tagelanges Eingesperrtsein in einem Isolierzimmer oder durch Zwangsunterbringungen in der Psychiatrie in geschlossenen Stationen, wo Zwang und Gewalt an der Tagesordnung sind.

Alternativvorschlag: **Zwang im psychosozialen Hilffsystem**. Damit ist gesagt, dass es sich um Zwangsmaßnahmen handelt, die dort eingesetzt werden, wo geholfen werden soll. Erst so wird die Widersprüchlichkeit von Zwangsmaßnahmen in der Psychiatrie explizit.

## **2. Welche statistischen Zahlen gibt es zum Vorkommen von Zwangsmaßnahmen in der psychiatrischen Versorgung in Deutschland? Wie stellt sich das im internationalen Vergleich dar? Welche Formen von Zwang werden dabei erhoben?**

Inn Deutschland und in vielen weiteren Ländern wird die Anzahl von **Zwangsunterbringungen** in Einrichtungen des psychosozialen Hilffsystems, also in Kliniken, Einrichtungen für Menschen mit psychischen oder geistigen Behinderungen (geschlossene Wohnheime) und in geschlossenen Pflegeheimen (Menschen mit demenziellen Störungen) erhoben. Dabei kommen in den Kliniken mehrere Rechtsformen der Unterbringung in Frage (Betreuungsrecht, Landesunterbringungsrecht und Strafrecht). In anderen Einrichtungen kommen vorwiegend Unterbringungen im Rahmen von rechtlichen Betreuungen in Frage.

Zahlen dazu sind z.B. unter [www.bundesanzeiger-verlag.de/betreuung/wiki/Datei:Unterbringungen2007\\_Gesamt.gif](http://www.bundesanzeiger-verlag.de/betreuung/wiki/Datei:Unterbringungen2007_Gesamt.gif) zu finden; schon die unterschiedlichen Raten in den verschiedenen Bundesländern weisen auf eine höchst unterschiedliche Praxis hin; ebenso grosse Unterschiede gibt es im internationalen Vergleich, z.B. [http://ec.europa.eu/health/sites/health/files/mental\\_health/docs/ev\\_20101108\\_co17\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/health/sites/health/files/mental_health/docs/ev_20101108_co17_en.pdf) oder [www.mentalhealthalliance.org.uk/pre2007/documents/EUepidemiology.pdf](http://www.mentalhealthalliance.org.uk/pre2007/documents/EUepidemiology.pdf)

Weniger genaue Angaben gibt es zu **Fixierungen** (Festbinden am Bett), **Isolierungen** (Einsperren im Zimmer) und **Zwangsmedikation** (mit Psychopharmaka). International verfügbare Daten dazu wurden von Steinert zusammengetragen: [www.imhcn.org/wp-content/uploads/2015/03/Lepping-2010-seclusion-3.pdf](http://www.imhcn.org/wp-content/uploads/2015/03/Lepping-2010-seclusion-3.pdf)

In Baden-Württemberg gibt es seit 2015 eine verpflichtendes Register zur Erfassung von Zwangsmaßnahmen in psychiatrischen Kliniken: [www.landtag-bw.de/files/live/sites/LTBW/files/dokumente/WP15/Drucksachen/8000/15\\_8102\\_D.pdf](http://www.landtag-bw.de/files/live/sites/LTBW/files/dokumente/WP15/Drucksachen/8000/15_8102_D.pdf)

Diesen Daten ist zu entnehmen, dass Unterbringungen und Zwangsmaßnahmen in Deutschland eher häufiger als im internationalen Vergleich zur Anwendung kommen. Dabei liegt die Häufigkeit von Fixierungen/Isolierungen je nach Klinik bei 3-10% der stationär behandelten Patienten, die Häufigkeit von Zwangsmedikation bei etwa 0,5% der stationär behandelten Patienten.

### **3. Sind die vorliegenden Daten aus Ihrer Sicht belastbar? Gibt es ein Dunkelfeld, das nicht erfasst wird? Und wie würden Sie das aus Ihrer Erfahrung beschreiben?**

Wenig ist über **informelle Anwendung von Zwang** bekannt, also darüber, wie ohne unmittelbare Anwendung von Zwang über direkte Drohung, Androhung von Konsequenzen (z.B. die Androhung von Fixierung, wenn die Einnahme eines Medikaments verweigert wird) oder durch Sanktionen (Ausgangssperre, wenn ein Medikament verweigert wird, Ausgangserlaubnis für das Einnehmen des Medikaments) ein bestimmtes Verhalten erzwungen wird.

Ein aktueller Bericht der *European Foundation for Fundamental Rights* mit vielen Erfahrungsberichten findet sich hier:

[http://fra.europa.eu/sites/default/files/involuntary-placement-and-involuntary-treatment-of-persons-with-mental-health-problems\\_en.pdf](http://fra.europa.eu/sites/default/files/involuntary-placement-and-involuntary-treatment-of-persons-with-mental-health-problems_en.pdf)

Um der subjektiven Sicht der Betroffenen Raum zu geben, wird hier aus diesem Bericht zitiert:

*Evidence from sociological fieldwork research with persons with mental health problems points to overwhelmingly negative experiences of involuntary placement or involuntary treatment. While the circumstances surrounding compulsory measures vary considerably, the trauma and fear, which persons with mental health problems associate with involuntary placement or involuntary treatment, emerge as recurrent themes of the research. Despite their largely negative experiences, only a few participants have attempted to challenge the lawfulness of their involuntary placement or involuntary treatment, a reluctance which often reflects individuals' lack of knowledge of their rights when being forcibly detained.*

### **4. & 5. Welche Erscheinungsformen des Zwangs sind in Ihrem Umfeld am häufigsten zu beobachten? Welche konkreten Probleme ergeben sich daraus? Welche Alternativen gibt es in Ihrem Arbeitsfeld zu Formen des 'wohlwärtigen Zwangs'? Gibt es gute Modelle/evaluierte Projekte zur**

## **Vermeidung von „wohltätigem Zwang“ in der Psychiatrie? Können Sie aktuelle (möglicherweise noch unveröffentlichte) Erkenntnisse nennen?**

Die Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik am Klinikum Heidenheim **verzichtet seit 2011 auf die zwangsweise Behandlung mit Neuroleptika** (Psychopharmaka zur Behandlung von Psychosen).

[www.mdpi.com/2075-471X/5/1/15/htm](http://www.mdpi.com/2075-471X/5/1/15/htm)

Seit 2011 wurde in Heidenheim überhaupt nur in einem Fall ein Antrag auf Zwangsbehandlung beim Betreuungsgericht gestellt (bei mehr als 7500 stationären Behandlungen in diesem Zeitraum); bei diesem Fall handelte es sich um die medikamentöse Behandlung einer lebensgefährlichen Schilddrüsenüberfunktion. Ohne neuroleptische Zwangsbehandlung ist nach unserer Einschätzung kein Patient gesundheitlich geschädigt worden oder gar gestorben. Beispiele für diese Arbeit wurden von uns hier beschrieben: *Zinkler, M., Kousse mou, J.M. Nach den Entscheidungen des Bundesverfassungsgerichts und des Bundesgerichtshofs zur Zwangsbehandlung – drei Fallberichte. Recht & Psychiatrie, 2013; 31: 76- 79*

Wohl hat es bei einzelnen Patienten in unserer Klinik Wochen oder Monate gedauert, bis durch geduldiges Verhandeln, Erklären, Diskutieren mit Angehörigen und im klinikinternen Ethikkomitee eine einvernehmliche Behandlung erreicht wurde. Dennoch ist die Klinik keine Einrichtung, in der ohne Zwang gearbeitet wird. 3-5% unserer Patienten erfahren Zwangsmaßnahmen, vorwiegend durch Festbinden am Bett (Fixierungen), das zur Abwendung unmittelbarer Gefährdung von Dritten (Personal oder Mitpatienten) eingesetzt wird.

**Fixierungen die ausschließlich dem Wohl eines Patienten dienen** (also nicht der Abwendung einer Gefährdung von Dritten), **sind in unserer Klinik praktisch nicht mehr erforderlich.** Grundsätzlich führen wir keine Isolierungen (Einsperren im Zimmer) durch, die Stationen sind tagsüber offen (8:00 bis 20:00), es gibt keine geschlossene Station. Patienten, die sich selbst gefährden, werden intensiv 1:1 betreut. Trotzdem erfüllt die Klinik ihre Aufgaben bei der Behandlung von Patienten mit einer betreuungsrechtlichen oder PsychKG-Unterbringung im Rahmen der Pflichtversorgung für den Landkreis Heidenheim an der Brenz (130.000 Einwohner). Dies wird durch ein Behandlungs- und Betreuungskonzept erreicht, bei dem das **Herstellen einer vertrauensvollen therapeutischen Beziehung** oberste Priorität hat. Diese Haltung gewinnt durch den Verzicht auf Zwangsbehandlung und auf geschlossene Stationen an Glaubwürdigkeit. Forensisch-psychiatrische Behandlungen werden in unserer Klinik nicht durchgeführt.

## **6. Welche unaufgebbaren Formen der Fürsorge sind regelmäßig mit Zwangsmaßnahmen verbunden?**

Es gibt in unserer Klinik keine unaufgebbaren Formen der Fürsorge, die *regelmäßig* mit der Anwendung von Zwang verbunden wären, denn meist gelingt uns Fürsorge (Abwenden von Schaden von unseren Patienten) ohne die

Anwendung von Zwang. Zwang ist nicht regelmäßig, sondern ganz ausnahmsweise zur Fürsorge erforderlich.

**7. Unter welchen Bedingungen halten Sie eine Versorgung weitgehend oder sogar gänzlich ohne „wohltätigen Zwang“ für denkbar?**

Nach unseren Erfahrungen ist eine Versorgung ohne “wohltätigen Zwang” durchaus vorstellbar. Die optimalen Bedingungen in Deutschland dafür gibt es derzeit im St. Marienhospital Eickel, Herne. Dort werden über ein seit 30 Jahren entwickeltes und erprobtes Konzept der anthropologisch fundierten Betreuung von psychisch Kranken in der Gemeinde Zwangsanwendungsraten von konstant deutlich unter 1% der behandelten Patienten erreicht (Daten aus der Qualitätssicherung direkt von der Klinik erhältlich: [www.marienhospital-eickel.de/home/wir/klinikleitung.html](http://www.marienhospital-eickel.de/home/wir/klinikleitung.html) )

Das Konzept der Klinik in Herne unterscheidet sich allerdings deutlich und in einigen grundlegenden Aspekten vom Mainstream der deutschen Psychiatrie.

**8. Bei welchen Arten von psychischen Erkrankungen / Störungen wird regelmäßig Zwang angewandt? Bei welchen Krankheitsbildern ist Ihrer Erfahrung nach die Schwelle für die Anwendung herabgesetzt? Sind das in der Tat - wie angenommen – insbesondere psychotische Symptomatiken oder auch andere?**

Es gibt keine psychische Erkrankung oder Störung, bei der in unserer Klinik regelmäßig Zwang angewendet würde. Dabei gibt es auch keine unterschiedlichen Schwellen zur Anwendung von Zwang. Die Schwelle ist bei allen Patienten die gleiche: dort wo eine unmittelbare und nicht anders abzuwendende erhebliche Gefährdung (in der Regel von Dritten) nicht anders abzuwenden ist. Dabei handelt es sich um Patienten mit Alkohol- oder Drogenvergiftungen, mit psychotischen Störungen oder in manischen Zuständen.

**9. & 10. Gibt es institutionelle oder private Versorgungssituationen bzw. soziokulturelle Kontexte (z.B. dominante Bilder, Vorstellungen, Wahrnehmungsmuster psychisch erkrankter Menschen oder Menschen mit Behinderung), die das Risiko des Wohltätigen Zwangs erhöhen bzw. vermindern? Wirken sich kultur-, alters- und geschlechtsspezifische Differenzen auf Seiten der Helfer bzw. der Betroffenen auf Häufigkeit und Art von Zwangsmaßnahmen aus?**

Üblich in den deutschen psychiatrischen Kliniken sind **geschlossene Stationen**, oder geschlossene Klinikbereiche, in denen schwer erkrankte Patienten zusammengefasst und behandelt werden. Solche institutionellen Bedingungen schaffen ungünstige Bedingungen für eine Versorgung ohne Zwang, denn die Betroffenen fühlen sich eingesperrt, hilf- und rechtlos, den Verhältnissen auf dieser Station ausgeliefert. Inzwischen gibt es etwa 20 Kliniken mit regionaler Versorgungsverpflichtung in Deutschland, die auf geschlossene Stationen

verzichten, aber 400 Kliniken, die immer noch mit geschlossenen Stationen arbeiten.

Schon 2013 wurde von der Zentralen Ethikkommission der Bundesärztekammer das **“Konzept der offenen Türen von Akutstationen”** empfohlen

[www.zentrale-ethikkommission.de/downloads/StellZwangsbehandlungPsych2013.pdf](http://www.zentrale-ethikkommission.de/downloads/StellZwangsbehandlungPsych2013.pdf)

Seitdem gibt es weitere Forschungsergebnisse, die für dieses Konzept sprechen (Huber CG, Schneeberger AR, Kowalinski E, Fröhlich D, von Felten S, Walter M, Zinkler M, Beine K, Heinz A, Borgwardt S, Lang UE (2016) Suicide risk and absconding in psychiatric hospitals with and without open door policies: a 15 year, observational study. In: Lancet Psychiatry 3: 842–849).

**Krankheitsmodelle**, die psychische Störungen vorwiegend als biologisch-chemisch zu erklärende und entsprechend zu behandelnde Krankheiten begreifen, führen bei langen Krankheitsverläufen - insbesondere bei ausbleibendem Heilungserfolg biologischer Therapieformen – zu therapeutischer Hoffnungslosigkeit bei Ärzten und Krankenschwestern. Negative Prognosen lassen dann Zwangsbehandlungen als “einzige Hoffnung” oder Zwangsmaßnahmen als “unausweichlich” erscheinen.

Dabei würde ein **soziales Krankheitsmodell** neue Möglichkeiten eröffnen, z.B. darin, die sozialen Bedingungen für einen Patienten so zu verändern, dass seiner gesellschaftlichen Ausgrenzung durch Beziehungsgestaltung, Veränderung des sozialen Umfelds und hoffnungsvolle Zuwendung entgegen gewirkt wird. Behandlungs- und Versorgungskonzepte, die sich an einem sozialen Modell orientieren (offene Psychiatrie in Herne, offener Dialog in Finnland, Soteria, therapeutische Gemeinschaft, italienische Psychiatriereform) weisen geringere Raten an Zwanganwendung auf als die klassisch biologisch orientierte deutsche Psychiatrie.

### **11. Erleben Sie unterschiedliche Bewertungen der Zwangsmaßnahmen durch Patienten und Patientenangehörigen hinsichtlich ihrer kulturellen Wertvorstellungen (Bsp.: Patienten und Patientenangehörige mit Migrationshintergrund)?**

Patientinnen und Patienten erleben Zanganwendung höchst unterschiedlich (siehe unter 2. und 3.). Eine kulturelle Bedingtheit der verschiedenen Erlebnisweisen von Zwang ist uns bei den Behandlungen in unserer Klinik nicht aufgefallen. Allerdings haben Patienten, die kein Deutsch sprechen, ein höheres Risiko, Zwangsmaßnahmen zu erfahren: denn wegen der **unzureichenden Versorgung mit Dolmetschern** in deutschen Kliniken kommen deeskalierende, tröstende, Sicherheit gebende und Missverständnisse klärende Gespräche bei diesen Patienten erst mit zeitlicher Verzögerung zustande.

## **12. Welche spezifischen Kompetenzen, Kenntnisse, Einstellungen und professionellen Selbstverständnisse haben einen protektiven Einfluss auf potenziell vermeidbaren Zwang?**

*Kompetenzen:* Kulturelle Kompetenz, fremdsprachliche Fähigkeiten, Deeskalation, unterstützte Entscheidung, einfache Sprache, Empathie, Geduld und Toleranz

*Kenntnisse:* in der Psychotherapie von Psychosen ("offener Dialog"), über die sozialen Bedingungen von psychischen Störungen, in den Konzepten Recovery und Empowerment

*Einstellungen:* Respekt vor der Autonomie und den Menschenrechten, Mut und die Fähigkeit bzw. Bereitschaft eigene Ängste zu kontrollieren.

*Professionelles Selbstverständnis:* Sich kümmern, nach Klaus Dörner eine "maternalistische" statt "paternalistische" Haltung, Suche nach Nachhaltigkeit statt Erzwingen kurzfristiger Symptomkontrolle. Anthropologisches Verständnis von psychischen Störungen. Psychisch Kranken wird als gleichberechtigten Mitgliedern der Gesellschaft begegnet. Bürgerschaftliches Engagement neben professioneller Helfertätigkeit. Interesse an internationalen Erfahrungen (Fixierungen sind in England verboten, Gemeindepsychiatrie in Italien, offener Dialog in Finnland). Bereitschaft zum Lernen von den Besten (z.B. von den Kliniken, die weniger Zwangsmaßnahmen anwenden)

## **13. Welche Auswirkungen haben Formen des wohltätigen Zwangs kurz- mittel- und langfristig auf die Beziehung zwischen den Akteuren (z.B. auf das Vertrauensverhältnis)? Gibt es hierzu empirische Untersuchungen?**

Darüber gibt es umfangreiche Daten aus dem EUNOMIA Projekt, zB *McLaughlin P, Giacco D, Priebe S (2016) Use of Coercive Measures during Involuntary Psychiatric Admission and Treatment Outcomes: Data from a Prospective Study across 10 European Countries. PLoS ONE 11(12): e0168720.*

*doi:10.1371/journal.pone.0168720* Hier wird gezeigt, dass sich Zwangsmedikation besonders negativ auswirkt: "*Of the three coercive measures, forced medication appears to be unique in its significant impact on patient disapproval of treatment.*"

## **14. Teilen Sie die Annahme, dass das Erleben von Zwang für die Betroffenen und die Beteiligten immer negativ erfahren wird und daher zu minimieren ist?**

Nein; den dazu vorliegenden Untersuchungen (EUNOMIA) ist zu entnehmen, dass es auch Menschen gibt, die die Anwendung von Zwang im Nachhinein für richtig halten. Dazu muß allerdings gesagt werden, dass psychotische Störungen für die meisten Menschen extrem verunsichernde Erfahrungen sind. Da mag die Zwangsmaßnahme im Nachhinein als alternativlos erscheinen, insbesondere wenn das von denen behauptet wird, die Zwang angewendet haben.

Jedoch ist es Aufgabe des Hilfsystems, gerade diese Alternativlosigkeit zu überwinden. Unsere Klinik hat nun Erfahrungen mit Behandlungen, die ohne Zwang erfolgreich waren (und früher mit Zwang durchgeführt wurden). Für diese Patienten ist es eine extrem ermutigende Erfahrung, ohne Zwangsmaßnahmen wieder gesund zu werden, insbesondere dann, wenn sie bei früheren Behandlungen Zwangsmaßnahmen ausgesetzt waren. Nach unserer Einschätzung können solche zwangsfreien Behandlungen die Genesung befördern und den Langzeitverlauf positiv beeinflussen.

### **15. Gibt es Untersuchungen zu den psychischen Auswirkungen des Erlebens von Zwang auf Seiten der Betroffenen, der Angehörigen und der Professionellen?**

Ja, z.B.: *BONNER G., LOWE T., RAWCLIFFE D. & WELLMAN N. (2002) Trauma for all: a pilot study of the subjective experience of physical restraint for mental health inpatients and staff in the UK. Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing 9, 465–473, online einzusehen:*  
[www.researchgate.net/profile/David\\_Rawcliffe2/publication/11221751\\_Trauma\\_for\\_all\\_A\\_pilot\\_study\\_of\\_the\\_subjective\\_experience\\_of\\_physical\\_restraint\\_for\\_mental\\_health\\_inpatients\\_and\\_staff\\_in\\_the\\_UK/links/57bcebc308ae6918242ef4f0.pdf](http://www.researchgate.net/profile/David_Rawcliffe2/publication/11221751_Trauma_for_all_A_pilot_study_of_the_subjective_experience_of_physical_restraint_for_mental_health_inpatients_and_staff_in_the_UK/links/57bcebc308ae6918242ef4f0.pdf)

oder aus 2014: [www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4039016/](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4039016/)  
oder zur Erfahrung von Patienten und Angestellten mit der Anwendung von Zwangsmaßnahmen:  
<http://ps.psychiatryonline.org/doi/abs/10.1176/ps.2009.60.6.792>

### **16. Welche Auswirkung hat die Anwendung von Zwang auf die künftige Versorgung der Betroffenen?**

Die künftige Versorgung wird erschwert, dies zeigt sich an der zunehmenden Zahl sogenannter "Drehtürpatienten". Diese gibt es erst seit es Psychopharmaka gibt und seit die rechtlichen Möglichkeiten zur Zwangsbehandlung existieren.

"Drehtürpatienten" sind Menschen, die immer wieder ins Krankenhaus eingewiesen werden, gegen ihren Willen dort festgehalten und behandelt werden, nach Symptomkontrolle wieder entlassen werden, sich vom Hilfsystem abwenden, Medikamente zu schnell absetzen und wenig später wieder eingewiesen werden. Unsere Klinik hat inzwischen in einigen Fällen diesen Teufelskreis durch den Verzicht auf Zwangsbehandlung durchbrochen, so dass sich solche Patienten nun freiwillig in die Klinik begeben, wenn sie Schwierigkeiten haben - im Wissen darüber, in der Klinik Asyl zu finden, ohne gleich zwangsbehandelt zu werden. Behandlungsvereinbarungen sind geeignet solche Veränderungen zu erreichen.

**17. Welche anderen mittelbaren und unmittelbaren Folgen Wohltätigen Zwangs lassen sich feststellen (in den verschiedenen Lebensaltern)?**

Drehtürpatienten haben wahrscheinlich eine sehr viel höhere Suizidrate: *Healy et al. Lifetime suicide rates in treated schizophrenia: 1875–1924 and 1994–1998 cohorts compared. The British Journal of Psychiatry (2006) 188: 223-228 doi: 10.1192/bjp.188.3.223*

**18. In welchen Situationen treten für individuelle Akteure und Institutionen normative Konflikte in Bezug auf wohltätigen Zwang auf?**

Bei jeder Anwendung von Zwang, die sich *nicht* auf eine unmittelbare Lebensgefahr bezieht, treten für Akteure und Institutionen normative Konflikte in Bezug auf wohltätigen Zwang auf. Das zeigt sich zum einen in der Tabuisierung des Themas (Anwender von Zwang reagieren defensiv, wenn sie Zwangsmaßnahmen rechtfertigen sollen oder berufen sich auf materielle Zwänge), zum anderen in der höchst unterschiedlichen Bewertung solcher Situationen durch Patienten, Angehörige, Psychologen, Ärzte, Betreuer und Richter. Notwehr dagegen ist gesellschaftlich und normativ als Situation akzeptiert, in der Zwang angewendet werden kann, so lange die Anwendung verhältnismäßig zur Gefahr ist. Notwehr eignet sich demnach eher zur normativen Rechtfertigung von Zwangsmaßnahmen als das vermeintliche Wohl eines Patienten.

**19. In welchen Situationen lässt sich eine Zwangsbehandlung nach Ihrem Urteil legitimieren?**

Nur dann, wenn Unsicherheit über den Willen des Betroffenen besteht (vgl. Allgemeiner Kommentar zu Art. 12 der UN Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderungen) und eine akute Lebensgefahr nur mit dem Mittel der Zwangsbehandlung abgewendet werden kann.

**20. Welche inhaltlichen Maßstäbe sind hierfür heranzuziehen (Bspw. Grund- und Menschenrechte, Verteilungsgerechtigkeit)?**

Der Allgemeine Kommentar zu Art. 12 der UN BRK  
[www.institut-fuer-menschenrechte.de/fileadmin/user\\_upload/Publikationen/Weitere Publikationen/Informationen zu General Comment Nr 1 MSt 2015.pdf](http://www.institut-fuer-menschenrechte.de/fileadmin/user_upload/Publikationen/Weitere_Publikationen/Informationen_zu_General_Comment_Nr_1_MSt_2015.pdf)

**21. Welche Relevanz kommt dabei bestimmten Entscheidungsverfahren bzw. institutionellen Leitbildvorgaben bzw. Leitlinien und berufsethischen Standards zu?**

Relevant ist in der klinischen Praxis, bei der Begutachtung und bei richterlichen Entscheidungen über Zwangsmaßnahmen die Feststellung von fehlender Einwilligungsfähigkeit, Einsichtsfähigkeit oder Übersichtsfähigkeit durch Ärzte. Dadurch werden Patienten mit psychischen Störungen in zwei Gruppen unterschieden: eine Mehrheit, bei der diese Fähigkeiten als gegeben beurteilt werden (und deshalb keine Zwangsmaßnahmen durchgeführt werden dürfen) und eine Minderheit von Personen, bei denen eine Einschränkung dieser Fähigkeiten von Ärzten festgestellt wird (und damit die Möglichkeit von Zwangsmaßnahmen geschaffen wird).

Diese Praxis ist aber nach Ansicht des *UN Fachausschusses über die Rechte von Menschen mit Behinderungen* mangelhaft und wird diskriminierend angewendet. Zudem werden dadurch stereotype Sichtweisen über Menschen mit psychischen Störungen konzeptualisiert und diesen Konzeptualisierungen scheinbare wissenschaftliche Sicherheit und Überprüfbarkeit verliehen. Damit wiederum werden professionelle Haltungen und Leitbilder verstärkt, die die Anwendung von Zwang erleichtern.

Diese Auffassung soll durch eine Passage aus dem Allgemeinen Kommentar verdeutlicht werden:

*Under article 12 of the Convention, perceived or actual deficits in mental capacity must not be used as justification for denying legal capacity. (...) The concept of mental capacity is highly controversial in and of itself. Mental capacity is not, as is commonly presented, an objective, scientific and naturally occurring phenomenon. Mental capacity is contingent on social and political contexts, as are the disciplines, professions and practices which play a dominant role in assessing mental capacity. (...)*

*The functional approach attempts to assess mental capacity and deny legal capacity accordingly. It is often based on whether a person can understand the nature and consequences of a decision and/or whether he or she can use or weigh the relevant information. This approach is flawed for two key reasons: (a) it is discriminatorily applied to people with disabilities; and (b) it presumes to be able to accurately assess the inner-workings of the human mind and, when the person does not pass the assessment, it then denies him or her a core human right — the right to equal recognition before the law. In all of those approaches, a person's disability and/or decisionmaking skills are taken as legitimate grounds for denying his or her legal capacity and lowering his or her status as a person before the law. Article 12 does not permit such discriminatory denial of legal capacity, but, rather, requires that support be provided in the exercise of legal capacity.*

[https://documents-dds-](https://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/G14/031/20/PDF/G1403120.pdf?OpenElement)

[ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/G14/031/20/PDF/G1403120.pdf?OpenElement](https://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/G14/031/20/PDF/G1403120.pdf?OpenElement)

19.01.2017 Dr Martin Zinkler