

Das rechtliche 1 x 1 der Zwangsbehandlung

- 1.) Eine medizinische Behandlung der nicht zugestimmt wird, stellt grundsätzlich eine strafbare Körperverletzung dar.
- 2.) Ist der Patient **entscheidungsfähig** darf nicht gegen seinen Willen behandelt werden.
 - 2a.) Entscheidungsfähig ist, wer nach Aufklärung Grund, Bedeutung und Tragweite (Risiken) der Behandlung einsehen kann und sich nach dieser Einsicht verhalten kann oder könnte.
- 3.) Es darf auch nicht gegen eine auf die Situation zutreffende **Patientenverfügung** behandelt werden. Einer Vertretung durch einen Betreuer oder Bevollmächtigten bedarf es nach § 630d BGB nicht. Es ist aber ratsam eine Vorsorgevollmacht einzurichten.
- 4.) Im Fall, dass der Patient nicht entscheidungsfähig sein sollte und keine (zutreffende) Patientenverfügung vorliegt, ist nach dem **individuell mutmaßlichen Willen** des Patienten so entscheiden, wie der Patient selbst entscheiden würde, wenn er könnte. Der individuell mutmaßliche Wille ist aufgrund konkreter Anhaltspunkte zu ermitteln, etwa anhand früherer mündlicher oder schriftlicher Äußerungen, ethischer oder religiöser Überzeugungen und sonstiger persönlicher Wertvorstellungen des Patienten.
- 5.) Nur wenn trotz sorgfältiger Prüfung keine Anhaltspunkte zur Ermittlung des individuellen mutmaßlichen Willens des nicht entscheidungsfähigen Patienten zu finden sind, kann und muss auf Kriterien zurückgegriffen werden, die allgemeinen Wertvorstellungen entsprechen. Es ist dann also nicht nach dem individuell mutmaßlichen Willen, also dem subjektiv mutmaßlichen Willen zu behandeln, sondern nach dem objektiv mutmaßlichen Willen.
- 6.) Ist der individuell mutmaßliche Wille nicht oder nicht sicher zu ermitteln, ist das **Verhältnismäßigkeitsprinzip** besonders zu beachten. Die Voraussetzungen finden sich inzwischen zum Teil im § 1906a I BGB, der allerdings ausgerechnet eine der wichtigsten Vorgaben zur Verhältnismäßigkeit, dass stets die Behandlung zu wählen ist, die den Patient am wenigsten belastet, nicht ausdrücklich nennt.
- 7.) Außer in absoluten Notfällen (§ 630d I 3 BGB) darf ein Arzt nie ohne **externe Kontrolle**, also ohne Zustimmung einer nicht in der Einrichtung tätigen Person eine Zwangsbehandlung durchführen. Es ist auch daher ratsam einen Bevollmächtigten mittels einer Vorsorgevollmacht einzusetzen. Zusätzlich zum Beschluss über die Unterbringung bedarf eine Zwangsbehandlung auch einen Gerichtsbeschluss bzw. der Erwähnung im Unterbringungsbeschluss. Gegen den Gerichtsbeschluss kann jeder Patient Beschwerde einlegen.
- 8.) Eine **ambulante Zwangsbehandlung** ist nicht gestattet (BGH Beschluss X II ZB 69 / 00).

(Erläuterungen auf den Seiten 2 – 6)

- zu 1.)** Eine medizinische Behandlung der nicht zugestimmt wird (in die nicht eingewilligt wird), stellt eine strafbare Körperverletzung dar, auch dann, wenn ein Arzt nur das Beste für seinen Patienten wollen sollte und nach den anerkannten Regeln der ärztlichen Heilkunst handelt.¹ Dies gilt auch, wenn gegen den individuell mutmaßlichen Willen, der in Form einer Patientenverfügung vorliegen kann, behandelt wird (BVerfG 2 BvR 1451/01).
- zu 2.)** **Ist der Patient entscheidungsfähig**, - (verfügt er also über einen freien Willen, ist er also einwilligungsfähig) - **darf nicht gegen seinen Willen behandelt werden**, auch wenn sich dadurch für seine Gesundheit erhebliche Gefahren ergeben sollten,² nur wenn Gefahren für andere Personen nicht anders abgewandt werden können sollten, darf auch gegen den freien, individuell mutmaßlichen oder den in einer Patientenverfügung festgelegten Willen behandelt werden. Wenn die Abwehr von Gefahren für andere Personen mit der freiheitsentziehenden Unterbringung begegnet werden kann, rechtfertigen dies aber keine Behandlung gegen den freien, mutmaßlichen oder den in einer Patientenverfügung festgelegten Willen (BVerfG 2 BvR 882/09 Rn. 46).³

1 ständige Rechtsprechung z.B. BVerfG 2 BvR 1451/01; BGH XII ZB 236/05, BGH 4 StR 549/06; BVerfG 2 BvR 633/11 Rn. 41: „In der vorgesehenen Bindung an die Regeln der ärztlichen Kunst liegt keine hinreichend deutliche gesetzliche Begrenzung der Möglichkeit der Zwangsbehandlung auf Fälle der fehlenden Einsichtsfähigkeit.“ BVerfG 2 BvR 882/09: „Dem Eingriffscharakter einer Zwangsbehandlung steht nicht entgegen, dass sie zum Zweck der Heilung vorgenommen wird. (...) Der Betroffene wird genötigt, eine Maßnahme zu dulden, die den Straftatbestand der Körperverletzung erfüllt (vgl. RGSt 25, 375 <377 f.>; 38, 34 <34 f.>; BGHSt 11, 111 <112>; BGH, Beschluss vom 20. Dezember 2007 - 1 StR 576/07 -, NSTz 2008, S. 278 <279>) und daher normalerweise nur mit der - in strafrechtlicher Hinsicht rechtfertigenden - Einwilligung des Betroffenen zulässig ist.“

Allerdings ist auch nicht davon auszugehen, dass Psychiater stets nur das Beste für ihre Patienten wollten. Eine Studie ergab, dass 88 Prozent der Psychiater ihre eigenen Familienangehörigen nicht so behandelt hätten, wie 70 Prozent der Schizophrenie-Patienten zum Zeitpunkt der Erhebung (zwangsweise) behandelt wurden (Lakota, Beate: Abschied vom Kettenhemd; Der Spiegel: Ausgabe 52; 21.12.2002).

2 u.a. BVerfG 2 BvR 633/11; BGH, 16.11.1971- VI ZR 76/70; BGH, 17.08.2011 - XII ZB 241/11, BVerfG 2 BvR 882/09. Um dies klarzustellen sollte in den §§ der Begriff „psychisch krank“ so weit die Vorschriften einen Eingriff in die Grundrechte erlauben durch den Term „unfähig zur freien Willensbestimmung“ oder einen gleichbedeutenden ersetzt werden. Nur wenn Gefahren für andere Personen nicht anders abgewandt werden können sollten, dürfte auch gegen den freien, individuell mutmaßlichen oder den in einer Patientenverfügung festgelegten Willen behandelt werden.

Es ist zudem fraglich, inwieweit die Nichtbehandlung psychischer Erkrankungen überhaupt erhebliche Gefahren für einen untergebrachten Betroffenen bergen. Analysen von Richard Warner von der Universität in Boulder/Colorado zeigten, dass Neuroleptika kaum einen Einfluss auf die Heilungschance zu haben scheinen. Die Recovery-Raten für Patientinnen, die nach Einführung der Antipsychotika hospitalisiert wurden, waren (sind) laut Warner nicht besser als für diejenigen Patienten, die nach dem 2. Weltkrieg oder in den ersten beiden Dekaden des 20. Jahrhunderts aufgenommen wurden. Die seit etwa 1955 breit eingesetzten antipsychotischen Medikamente scheinen wenig Effekt auf die langfristigen Heilungschancen der Erkrankung zu haben, sowohl was die Zahlen zu kompletter Recovery betrifft (etwa 20%) als auch für die soziale Recovery (34-45%) (Amering, Michaela; Schocke, Margit: Recovery - Das Ende der Unheilbarkeit; Bonn 2007; Seite 25).

Es gibt sicher Patienten, die ohne Dauermedikation ihren Alltag nicht bewältigen können, die oft behauptete Gefahr der Chronifizierung zur Rechtfertigung einer Zwangsbehandlung scheint aber unbewiesen. Patienten, die dauerhaft Medikamente nehmen müssen, sind bereits chronisch krank. BVerfG 2 BvR 2270/96: „Die Freiheit der Person ist ein so hohes Rechtsgut, daß sie nur aus besonders gewichtigem Grund angetastet werden darf (vgl. BVerfGE 45, 187 [223]). Die Einschränkung dieser Freiheit ist daher stets der strengen Prüfung am Grundsatz der Verhältnismäßigkeit zu unterziehen. (...) Die von den behandelnden Ärzten des Klinikums Magdeburg geäußerte Einschätzung, das Wahnsystem des Beschwerdeführers drohe sich zu verfestigen, rechtfertigt demgegenüber allein die Annahme einer Gefahr, die keinen Aufschub duldet, nicht. Das gilt vor allem auch darum, weil die Ärzte eine Selbst- oder Fremdgefährdung nicht feststellen konnten.“

3 BVerfG 2 BvR 882/09 Rn 46: „Als rechtfertigender Belang [für eine Zwangsbehandlung] kommt insoweit allerdings nicht der gebotene Schutz Dritter vor den Straftaten in Betracht, die der Untergebrachte im Fall seiner Entlassung begehen könnte. Dieser Schutz kann auch dadurch gewährleistet werden, dass der Untergebrachte unbehandelt im Maßregelvollzug verbleibt.“

- zu 2a.) Entscheidungsfähig** (einwilligungsfähig) ist, wer nach Aufklärung⁴ Grund, Bedeutung und Tragweite (Risiken) der Behandlung einsehen kann und sich nach dieser Einsicht verhalten kann⁵ oder könnte. Die Entscheidungsfähigkeit verlangt aber nicht, dass der Patient eine Entscheidung trifft, die der Arzt oder Betreuer oder die Mehrheit für vernünftig hält (BVerfG - 1 BvL 8/15 Rn 82⁶; Knittel/Seitz; BtPrax 1/2007, Seite 22), sondern, dass der Patient eine Entscheidung treffen könnte, die für vernünftig gehalten wird
- zu 3.)** Es darf auch nicht gegen eine auf die Situation zutreffende **Patientenverfügung** behandelt werden.⁷ Eine Patientenverfügung ist Ausdruck des individuell mutmaßlichen Willens des Patienten. Einer Vertretung durch einen Betreuer oder Bevollmächtigten bedarf es nach § 630d Abs. 1 S. 2 BGB nicht. Es ist aber ratsam auch eine Vorsorgevollmacht einzurichten, in der man einen Bevollmächtigten bestimmt, dem man vertraut. (Hinweis: Eine Behandlungsvereinbarung ist nicht unbedingt immer verbindlich.⁸)
- zu 4.)** Um dem **Selbstbestimmungsrecht des Patienten** gerecht zu werden ist das Wohl des Patienten, wenn er nicht entscheidungsfähig ist und keine (zutreffende) Patientenverfügung vorliegt, nach seinem **individuell mutmaßlichen Willen** zu bestimmen. §§ 1901a II u. III; 1906a I Nr. 3 BGB bestimmt, dass nach dem individuell mutmaßlichen Willen des Patienten zu handeln ist, wenn der Patient nicht entscheidungsfähig ist keine (zutreffende) Patientenverfügung vorliegt.⁹ Wenn der Patient nicht entscheidungsfähig ist, ist also so zu entscheiden, wie der Patient selbst entscheiden würde, wenn er entscheiden könnte (BVerfG - 1 BvL 8/15; BVerfG 2 BvR 1549/14 - 2 BvR 1550/14).¹⁰

4 „Auch aus der Tatsache, dass der Kläger zu den psychisch Kranken gehörte, konnten die Ärzte nicht ableiten, dass sie zu erheblichen Eingriffen in seine körperliche Integrität ohne jede Mitteilung berechtigt seien“ - BGH. 10.07.1954, VI ZR 45/54 . Bei der Aufklärung ist u.a. auch auf Alternativen zur Maßnahme hinzuweisen, wenn mehrere medizinisch gleichermaßen indizierte und übliche Methoden zu wesentlich unterschiedlichen Belastungen, Risiken oder Heilungschancen führen können. Auch nicht einwilligungsfähige Patienten sind grundsätzlich aufzuklären (BVerfG 2 BvR 882/09). Ohne Aufklärung kann häufig die Einwilligungsfähigkeit nicht ausreichend eingeschätzt werden.

5 BGH, 16.11.1971 - VI ZR 76/70; § 1906a I Nr. 2 BGB. Auch hier müsste klar verständlich in den Gesetzen formuliert werden, dass ein Patient nicht deshalb einwilligungsunfähig ist, nur weil er dem Behandlungsvorschlag des Arztes nicht folgt.

6 BVerfG - 1 BvL 8/15, S. 2: „Dabei hat der Gesetzgeber insbesondere dem Umstand Rechnung zu tragen, dass es nicht um die Sicherstellung medizinischen Schutzes nach Maßstäben objektiver Vernünftigkeit geht;“

7 BVerfG - 1 BvL 8/15 insb. Rn 4, Rn 80, Rn 86; BVerfG, 30.01.2002 - 2 BvR 1451/01; BVerfG 2 BvR 1549/14 - 2 BvR 1550/14; BGH, 17.03.2003 - XII ZB 2/03; § 1901a Abs. 2 u. 3 BGB

8 Ein Behandlungsvereinbarung ist aber grundsätzlich als individuell mutmaßlicher Wille zu werten. Eine Behandlung gegen den aktuellen Willen eines einwilligungsunfähigen Patienten ist nach dem individuell mutmaßlichen Willen auch dann gerechtfertigt, wenn sicher ist, dass er nach im Nachhinein, wenn er wieder einwilligungsfähig ist, der Behandlung zustimmen wird.

9 u.a. BVerfG 2 BvR 1549/14 - 2 BvR 1550/14; BVerfG 2 BvR 1451/01; BGH, 13.09.1994 - 1 StR 357/94; BGH, 17.03.2003 - XII ZB 2/03; BGH, 08.06.2005 - XII ZR 177/03; § 1901a BGB

10 Das Recht auf körperliche Unversehrtheit als Freiheitsgrundrecht schließt das Recht ein, von der Freiheit einen Gebrauch zu machen, der - jedenfalls in den Augen Dritter - den wohlverstandenen Interessen des Grundrechtsträgers zuwiderläuft. Die grundrechtlich geschützte Freiheit schließt gerade auch die „Freiheit zur Krankheit“ und damit das Recht ein, auf Heilung zielende Eingriffe abzulehnen, selbst wenn diese nach dem Stand des medizinischen Wissens dringend angezeigt sind. Ein Zustand der freien Willensbestimmung getroffener Entschluss muss daher auch beachtet werden, wenn die Einwilligungsfähigkeit nicht mehr gegeben ist (BVerfG - 1 BvL 8/15; BVerfG 2 BvR 1549/14 - 2 BvR 1550/14). Das Recht zur „Freiheit zur Krankheit“ beschränkt sich nicht auf Fälle in denen die freie Willensbestimmung gegeben ist sondern schließt ausdrücklich auch Fälle ein, in denen dies aus Gründen der Verhältnismäßigkeit zu wahren ist. Das ergibt sich u.a. aus daraus, dass Art. 2 Abs. 1 GG das Recht auf freie Entfaltung der Persönlichkeit nicht auf Menschen beschränkt, die zur freien Willensbestimmung fähig sind.

Auszüge aus BVerfG - 1 BvL 8/15:

Rn 4 S. 5: "Sofern für das Ob und Wie bestimmter Heilmaßnahmen ein freier Wille des Betreuten - etwa durch Patientenverfügung nach § 1901a BGB - feststellbar ist, ist dieser auch für den Betreuer maßgeblich."

Rn 80 S. 2f „Gehen mit der zur Abwehr der Gefahr notwendigen medizinischen Maßnahme keine besonderen Behandlungsrisiken einher und gibt es auch keine tragfähigen Anhaltspunkte dafür, dass gerade die Behandlungsverweigerung dem ursprünglichen freien Willen der Betreuten entspricht, ist das Ergebnis der Abwägung zwischen den kollidierenden Grundrechten offensichtlich vorgezeichnet. Die staatliche Schutzpflicht gegenüber den Hilflosen überwiegt dann im Verhältnis zu deren Selbstbestimmungsrecht und ihrer körperlichen Integrität und setzt sich durch.“

Rn 82 S. 2f „Dabei hat der Gesetzgeber insbesondere dem Umstand Rechnung zu tragen, dass es nicht um die Sicherstellung medizinischen Schutzes nach Maßstäben objektiver Vernünftigkeit geht; vielmehr ist der freie Wille der Betreuten zu respektieren. Dies gilt auch, soweit der freie Wille anhand von Indizien - insbesondere unter Rückgriff auf frühere Äußerungen oder etwa aufgrund der Qualität des geäußerten natürlichen Willens - ermittelbar ist. Nur wo dies nicht möglich ist, kann [weiter in der Fußnote der Seite 4]

- zu 5.)** Nur wenn trotz sorgfältiger Prüfung keine Anhaltspunkte zur Ermittlung des individuellen mutmaßlichen Willens des einwilligungsunfähigen Patienten zu finden sind, kann und muss auf Kriterien zurückgegriffen werden, die allgemeinen Wertvorstellungen entsprechen, das „Wohl“ des Patienten ist dann objektiv zu bestimmen (BGH, 13.09.1994 - 1 StR 357/94).
- zu 6.)** Ist der mutmaßliche Wille nicht oder nicht sicher zu ermitteln, ist das **Verhältnismäßigkeitsprinzip** besonders zu beachten. Die Voraussetzungen finden sich nach den Entscheidungen BVerfG 2 BvR 882/09 und BGH XII ZB 99/12 und XII ZB 130/12 inzwischen zum Teil im § 1906a I BGB, der allerdings ausgerechnet eine der wichtigsten Vorgaben zur Verhältnismäßigkeit, dass stets die Behandlung zu wählen ist, die den Patient am wenigsten belastet, nicht ausdrücklich nennt. Eine Zwangsbehandlung ist zudem nur zulässig, wenn dadurch ein erheblicher gesundheitlicher Schaden verhindert wird, der durch keine andere Maßnahme zu verhindern ist. Der Nutzen der

als letztes Mittel ein krankheitsbedingt entgegenstehender natürlicher Wille überwunden werden.“

Rn 83 S. 3 „Dies kann unter anderem eine abgestuft intensive Berücksichtigung des natürlichen Willens eines Betreuten verlangen, je nachdem wie nahe er auch nach der gebotenen Unterstützung einem freien (oder dem zu vermutenden freien) Willen der Betreuten kommt.“

Rn 86 „Der vom Grundgesetz geforderte Respekt vor der autonomen Selbstbestimmung der Einzelnen verlangt vom Gesetzgeber auch bei Menschen, die im Hinblick auf ihre Gesundheitsvorsorge unter Betreuung stehen, durch entsprechende Regelungen sicherzustellen, dass vor konkreten Untersuchungen des Gesundheitszustands, vor Heilbehandlungen oder ärztlichen Eingriffen stets aktuell festgestellt wird, ob nicht eine hinreichende Einsichts- und Handlungsfähigkeit der Betroffenen im Hinblick auf diese Maßnahmen besteht, so dass sie hierfür einen freien und damit maßgeblichen Willen bilden können. Dabei können, wie es das Gesetz auch jetzt schon vorsieht (vgl. § 1901a Abs. 1 und 2 BGB), eine Patientenverfügung oder früher geäußerte Behandlungswünsche für die aktuelle Lebens- und Behandlungssituation maßgeblich sein.“

Auszug aus BVerfG 2 BvR 1549/14 - 2 BvR 1550/14, Rn .30: „Das Amtsgericht Eilenburg hat die Annahme, die Beschwerdeführerin habe sich im Zustand freier Willensbildung zur Absetzung ihrer Medikamente entschieden, auf die Stellungnahmen des Verfahrenspflegers und den von der Beschwerdeführerin in der mündlichen Anhörung gewonnenen Eindruck gestützt. Das Landgericht ist demgegenüber auf das vom Verfahrenspfleger aufgeworfene Engagement der Beschwerdeführerin in einem sich gegen den Einsatz von Psychopharmaka engagierenden Verein nicht eingegangen. Auch wenn der vorläufige Betreuer der Beschwerdeführerin in seiner Beschwerde diesem Engagement widersprochen hat, wäre das Landgericht verpflichtet gewesen, diesbezüglich weitere Sachverhaltsermittlungen anzustellen. Ob dies in der mündlichen Anhörung durch das Landgericht am 20. Mai 2014 erfolgt ist, ist dem betreffenden Anhörungsprotokoll nicht zu entnehmen. Seine Ausführungen zum Vorliegen eines die Zwangsmedikation ausschließenden freien Willens der Beschwerdeführerin im Beschluss selbst (es habe nicht feststellen können, dass es sich bei dem Entschluss der Beschwerdeführerin zur Absetzung der Medikamente um eine aus freiem Willen getroffene Entscheidung gehandelt habe; diese Entscheidung sei bereits Ausdruck des erneuten Ausbruchs ihrer seit Jahrzehnten andauernden psychischen Erkrankung) sind demgegenüber nicht geeignet, nachvollziehbar zu begründen, dass sich die Beschwerdeführerin nicht - wie vom Amtsgericht festgestellt - in einem Zustand der Einsichtsfähigkeit wegen der Nebenwirkungen bewusst gegen die weitere Einnahme von Psychopharmaka entschieden hat. Vielmehr lassen sie vermuten, dass das Landgericht daraus, dass die Entscheidung der Beschwerdeführerin zur Absetzung der Medikamente von durchschnittlichen Präferenzen abweicht und aus der Außenansicht unvernünftig erscheinen dürfte, auf die (eingriffslegitimierende) Unfähigkeit der Beschwerdeführerin zur freien Selbstbestimmung geschlossen hat. Damit verkennt es, dass das Recht auf körperliche Unversehrtheit als Freiheitsgrundrecht das Recht einschließt, von der Freiheit einen Gebrauch zu machen, der – jedenfalls in den Augen Dritter - den wohlverstandenen Interessen des Grundrechtsträgers zuwiderläuft. Die grundrechtlich geschützte Freiheit schließt gerade auch die „Freiheit zur Krankheit“ und damit das Recht ein, auf Heilung zielende Eingriffe abzulehnen, selbst wenn diese nach dem Stand des medizinischen Wissens dringend angezeigt sind (vgl. BVerfGE 128, 282 <304 m.w.N.>).“

Fehlende Einsichtsfähigkeit lässt den Schutz des Art. 2 Abs. 2 GG nicht von vornherein entfallen (vgl. BVerfGE 58, 208 <224 ff.>; BVerfG, Beschluss der 3. Kammer des Ersten Senats vom 2. August 2001 - 1 BvR 618/93 -, NJW 2002, S. 206 <206 f.>; für die Freiheit der Person grundlegend BVerfGE 10, 302 <309>). Grundsätzlich haben auch nicht-einwilligungsfähige Betroffene ein weitgehendes Recht auf "Freiheit zur Krankheit" (BVerfGE Beschluss 58, 208 [224 ff.] i.V.m. BVerfG Beschluss 2 BvR 2270/ 96). Dieser "Freiheit zur Krankheit" ist im Rahmen der Verhältnismäßigkeitsprüfung auch bei der zivilrechtlichen Unterbringung nach dem Betreuungsrecht Rechnung zu tragen (BVerfG Beschluss 2 BvR 2270/ 96; Senatsbeschluss BGHZ 145, 297, 305; vgl. auch BVerfG FamRZ 1998, 895, 896). Jeder hat das Recht auf die freie Entfaltung seiner Persönlichkeit, soweit er nicht die Rechte anderer verletzt und nicht gegen die verfassungsmäßige Ordnung oder das Sittengesetz verstößt (Art. 2 Abs. 1 GG). Die freie Entfaltung der Persönlichkeit ist dabei nicht an die Fähigkeit zur freien Willensbestimmung gebunden. Auch daher kann eine Zwangsbehandlung nur dann erfolgen, wenn sie sicher im Sinn des individuell mutmaßlichen Willens, der nach den Lebensentscheidungen, Wertvorstellungen und Überzeugungen des Patienten zu ermitteln ist, erfolgt.

Abs. 1 GG schützt den einzelnen Menschen nicht nur vor Erniedrigung, Brandmarkung, Verfolgung, Ächtung und ähnlichen Handlungen durch Dritte oder durch den Staat selbst (vgl. BVerfGE 1, 97 <104>; 107, 275 <284>; 109, 279 <312>). Ausgehend von der Vorstellung des Grundgesetzgebers, dass es zum Wesen des Menschen gehört, in Freiheit sich selbst zu bestimmen und sich frei zu entfalten, und dass der Einzelne verlangen kann, in der Gemeinschaft grundsätzlich als gleichberechtigtes Glied mit Eigenwert anerkannt zu werden (vgl. BVerfGE 45, 187 <227 f.>), schließt es die Verpflichtung zur Achtung und zum Schutz der Menschenwürde vielmehr generell aus, den Menschen zum bloßen Objekt des Staates zu machen (vgl. BVerfGE 27, 1 <6>; 45, 187 <228>; 96, 375 <399>). Schlechthin [weiter in der Fußnote der Seite 5]

Zwangsbehandlung muss zudem den Schaden deutlich überwiegen und es muss zuvor versucht worden sein ohne Druck auszuüben den Patienten von der Behandlung zu überzeugen.¹¹ Eine Zwangsbehandlung darf nicht mit mehr als einem vernachlässigbaren Restrisiko irreversibler Gesundheitsschäden verbunden sein (BVerfG 2 BvR 882/09 Rn. 61). Es ist nicht erlaubt einen Patienten gegen seinen Willen zu behandeln, nur weil eine Chronifizierung droht (BVerfG 2 BvR 2270/96).¹²

- zu 7.) Außer in absoluten Notfällen (§ 630d I 3 BGB) darf ein Arzt nie ohne **externe Kontrolle**, also ohne Zustimmung einer nicht in der Einrichtung tätigen Person eine Zwangsbehandlung durchführen (BVerfG, 16.11.2011 - 2 BvR 882/09; BVerfG 1 BvR 618/93). Es ist auch daher ratsam einen Bevollmächtigten mittels einer **Vorsorgevollmacht** einzusetzen. Zusätzlich zum Beschluss über die Unterbringung bedarf eine Zwangsbehandlung auch einen gerichtlichen Beschluss bzw. der Erwähnung im Unterbringungsbeschluss. Gegen den Gerichtsbeschluss kann jeder Patient Beschwerde einlegen.

verboten ist damit jede Behandlung des Menschen durch die öffentliche Gewalt, die dessen Subjektqualität, seinen Status als Rechtssubjekt, grundsätzlich in Frage stellt (vgl. BVerfGE 30, 1 <26>; 87, 209 <228>; 96, 375 <399>), indem sie die Achtung des Wertes vermissen lässt, der jedem Menschen um seiner selbst willen, kraft seines Personseins, zukommt (vgl. BVerfGE 30, 1 <26>; 109, 279 <312 f.>).

Das „Wohl“ des Patienten ist subjektiv zu bestimmen: BGH, 13.09.1994 - 1 StR 357/94; BGH, 17.03.2003 - XII ZB 2/03; BGH, 08.06.2005 - XII ZR 177/03; § 1901a Abs. 2 u. 3 BGB, um dies klarzustellen sollte in Gesetzestexten das Wort „Wohl“ durch „(individuell mutmaßlichen) Willen“ ersetzt werden.

Eine Behandlung gegen den freien oder individuell mutmaßlichen Willen stellt zudem eine erniedrigende Behandlung dar und ist daher auch ein Verstoß gegen Art. 3 EMRK. Auch Art. 12 Abs. 4 S. 1 u. 2 BRK kann so ausgelegt werden, dass ein gesetzlich bestellter Vertreter oder Bevollmächtigter für einen nicht entscheidungsfähigen Betreuten so zu entscheiden hat, wie der Betreute selbst entscheiden würde, wenn er selbst entscheiden könnte. Art. 12 Abs. 4 BRK verlangt geeignete und wirksame Sicherungen, die gewährleisten, dass bei Maßnahmen, die in die Rechts- und Handlungsfähigkeit eingreifen, der Wille und die Präferenzen des Patienten geachtet werden. Die UN-Behindertenrechtskonvention (BRK), hat in Deutschland Gesetzeskraft und kann als Auslegungshilfe für die Bestimmung von Inhalt und Reichweite der Grundrechte herangezogen werden (BVerfG 2 BvR 882/09).

- 11 Für eine medikamentöse Zwangsbehandlung bedeutet dies, dass eine weniger eingreifende Behandlung aussichtslos sein muss (BVerfGE 2 BvR 882/09 Rn. 58). Es ist daher fraglich ob eine Zwangsbehandlung mit immer noch häufig (zwangsweise) verordneten typischen hochpotenten Neuroleptika wie Haloperidol statthaft ist.

Die Behandlung mit typischen hochpotenten Neuroleptika ist umstritten, da sie oft den Patienten quält und im Vergleich zu den atypischen Neuroleptika oft ein deutlich höheres Risiko der Langzeitschädigung birgt. Eine Studie ergab, dass 88 Prozent der Psychiater ihre eigenen Familienangehörigen nicht mit diesen Medikamenten behandelt hätten, die 2002 rund 70 Prozent der Schizophrenie-Patienten in Deutschland aus Kostengründen (zwangsweise) verordnet bekamen (Lakota, Beate: Abschied vom Kettenhemd; Der Spiegel: Ausgabe 52; 21.12.2002). Die Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN) sieht die typischen hochpotenten Neuroleptika wie Haloperidol kritisch und empfiehlt auch bei der Erst- bzw. Akutbehandlung in erster Linie neuere atypische Neuroleptika: „In der S3-Behandlungsleitlinie der DGPPN wird zur Behandlung der ersten Manifestation einer Schizophrenie (sog. „Ersterkrankung“) empfohlen, bei zumindest vergleichbarer Wirksamkeit auf die Positivsymptomatik, dazu zählt man u.a. Stimmenhören oder Wahnvorstellungen, und Hinweisen auf eine überlegene Wirksamkeit auf die Negativsymptomatik (z.B. Konzentrationsstörungen) sowie bei geringeren extrapyramidal-motorischen Nebenwirkungen (d.s. Beschwerden in der Feinmotorik und Beweglichkeit) in erster Linie atypische Antipsychotika einzusetzen. Auch bei einer Langzeittherapie bzw. einer Wiedererkrankung empfiehlt die S3-Behandlungsleitlinie die atypischen Antipsychotika als Mittel der ersten Wahl.“ (Erhalten viele Schizophrenie-Patienten aus Kostengründen keine evidenzbasierte, bestmögliche Therapie mehr? Aktuelle Stellungnahme der DGPPN zum Welttag für Seelische Gesundheit am 10. Oktober 2007; 09.10.2007)

Bei etwa 2/3 also rund 65% der Patienten zeigen die verordneten Neuroleptika keine Wirkung. Bei einem Drittel der Patienten wird mit Neuroleptika keine Besserung erreicht, bei einem weiteren Dritten tritt die Besserung ohne Medikation mit Neuroleptika genauso schnell ein wie mit (Prof. Dr. Dr. Andreas Heinz, Charité Berlin). Es ist folglich Unsinn solche Patienten einer belastenden die Gesundheit gefährdenden (Zwangs)behandlung zu unterziehen. Nur maximal 35% der Patienten haben einen Nutzen von Neuroleptika, wobei fraglich ist, wie viele Patienten nur längere Zeit zur Besserung ohne Neuroleptika bräuchten. Hinweise darauf dass Neuroleptika keine Wirkung entfalten sind ein schleicher Erkrankungsbeginn, ein schlechtes Ansprechen auf Neuroleptika in der ersten Behandlungswoche, eine gestörte prämorbid Persönlichkeit, ein frühes Ersterkrankungsalter und eine lange Dauer produktiv-psychotischer Symptomatik (Engels, Franz; Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie; Informationen über Antidepressiva und Neuroleptika; http://psychiatriegespraech.de/medikamente/psychopharmaka_therapie_1).

- 12 „Die Freiheit der Person ist ein so hohes Rechtsgut, daß sie nur aus besonders gewichtigem Grund angetastet werden darf (vgl. BVerfGE 45, 187 [223]). Die Einschränkung dieser Freiheit ist daher stets der strengen Prüfung am Grundsatz der Verhältnismäßigkeit zu unterziehen. (...) Die von den behandelnden Ärzten des Klinikums Magdeburg geäußerte Einschätzung, das Wahnsystem des Beschwerdeführers drohe sich zu verfestigen, rechtfertigt demgegenüber allein die Annahme einer Gefahr, die keinen Aufschub duldet, nicht. Das gilt vor allem auch darum, weil die Ärzte eine Selbst- oder Fremdgefährdung nicht feststellen konnten.“ - BVerfG 2 BvR 2270/96

Die in in nur seltenen Fällen notwendige Gewaltanwendung gegen Patienten kann deutlich verringert werden, wenn die Handelnden hierzu bereit sind. In Herne, wo alle Akteure eine möglichst gewaltfreie Psychiatrie anstreben, lag die Zahl der Fixierungen 2004 gegenüber dem Durchschnitt der anderen Kliniken des Dokumentationsverbands Psychiatrie um rund 94 Prozent, also um mehr als 15 mal niedriger.¹³ Gesetzliche Regelungen sollten also bestrebt sein, Patienten zu schützen um unnötige Gewaltanwendungen zu verhindern.

Nach Artikel 17 des Übereinkommens der Vereinten Nationen über die Rechte von Menschen mit Behinderung (BRK) stehen psychisch kranken Patienten gleichberechtigt mit anderen das Recht auf Achtung ihrer körperlichen und seelischen Unversehrtheit zu. Die UN-Behindertenrechtskonvention (BRK), hat in Deutschland Gesetzeskraft und kann als Auslegungshilfe für die Bestimmung von Inhalt und Reichweite der Grundrechte herangezogen werden (BVerfG 2 BvR 882/09). Nach dem Bericht des UN-Sonderberichterstatters für Folter und andere grausame, unmenschliche oder erniedrigende Behandlung oder Strafe, Juan E. Méndez ist jede Zwangsbehandlung, die nicht der Abwendung eines akuten lebensbedrohlichen Zustands dient, nach der BRK untersagt und zwar unabhängig davon, ob der Betroffene einwilligungsfähig ist oder nicht.¹⁴ Zwangsbehandlungen gegen den freien Willen oder ohne therapeutischen Nutzen sind als grobe Misshandlung oder Folter anzusehen.¹⁵ Behandlungen mit Psychopharmaka können irreversible Schäden hervorrufen. Viele Behandlungen mit Neuroleptika sind ohne Nutzen. Bei etwa 30% der Patienten stellt sich keine Besserung ein.¹⁶ 40% der erkrankten Menschen mit Schizophrenie sind auch ohne Neuroleptika behandelbar.¹⁷ Nur jede sechste Person soll nach Studien tatsächlich von Neuroleptika in der ersten Nutzungsmonaten während einer akuten Psychose nennenswert profitieren.¹⁸ Analysen von Richard Warner von der Universität in Boulder/Colorado zeigten, dass Neuroleptika kaum einen Einfluss auf die Heilungschance zu haben scheinen. Die Recovery-Raten für Patientinnen, die nach Einführung der Antipsychotika hospitalisiert wurden, waren (sind) laut Warner nicht besser als für diejenigen Patienten, die nach dem 2. Weltkrieg oder in den ersten beiden Dekaden des 20. Jahrhunderts aufgenommen wurden, als es noch keine Neuroleptika gab. Die seit etwa 1955 breit eingesetzten antipsychotischen Medikamente scheinen wenig Effekt auf die langfristigen Heilungschancen der Erkrankung zu haben, sowohl was die Zahlen zu kompletter Recovery betrifft (etwa 20%) als auch für die soziale Recovery (34-45%).¹⁹ Insgesamt sollen nur 40% - 50% der Schizophrenie-Patienten überhaupt von Neuroleptika profitieren, bei schizoaffektiven Psychosen sollen bis zu 75% ohne Neuroleptika behandelbar sein und bei kurzen Psychosen bis zu 90%.²⁰ Eine Studie ergab, dass 88 Prozent der Psychiater ihre eigenen Familienangehörigen nicht so behandelt hätten, wie 70 Prozent der Schizophrenie-Patienten zum Zeitpunkt der Erhebung (zwangsweise) behandelt wurden.²¹

13 Strukturierten Qualitätsbericht für das Berichtsjahr 2004 des St. Marien-Hospital Eickel, Seite 25,26

<http://www.kliniken.de/qualitaetsberichte/download/44651-Herne-Westf-St-Marien-Hospital-Eicke-260590479-01-2004.pdf>

14 United Nations Human Rights Council: Report of the Special Rapporteur on torture and other cruel, inhuman or degrading treatment or punishment, Juan E. Méndez; A/HRC/22/53, Absatz 35. u. 65.f.

https://www.ohchr.org/Documents/HRBodies/HRCouncil/RegularSession/Session22/A.HRC.22.53_English.pdf

15 ebenda; Absatz 32

16 Engels, Franz; Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie; Informationen über Antidepressiva und Neuroleptika http://psychiatriegespraech.de/medikamente/psychopharmaka_therapie_1

17 Volkmar Aderhold, Institut für Sozialpsychiatrie an der Universität Greifswald: Weniger ist manchmal mehr ...Wirkungsweisen, Risiken, Effekte und Möglichkeiten der minimalen Anwendung von Neuroleptika; S. 16

18 Jann E. Schlimme; Thelke Scholz; Renate Seroka: Medikamentenreduktion und Genesung von Psychosen; Köln 2018; S. 50; in Bezug auf Marques u.a. 2011; Leucht u.a. 2012

19 Amering, Michaela; Schocke, Margit: Recovery - Das Ende der Unheilbarkeit; Bonn 2007; S. 25

20 Volkmar Aderhold, Institut für Sozialpsychiatrie an der Universität Greifswald: Weniger ist manchmal mehr ...Wirkungsweisen, Risiken, Effekte und Möglichkeiten der minimalen Anwendung von Neuroleptika; S. 19

21 Lakota, Beate: Abschied vom Kettenhemd; Der Spiegel: Ausgabe 52; 21.12.2002