

und

Stellungnahme Kellerkinder e. V. zu 1 BvL 1/2024

„Nichts über uns ohne uns“ – Partizipation als Recht und staatliche Verpflichtung

Wir sind verwundert, dass in dem vom Bundesverfassungsgericht eingeleiteten Stellungnahmeverfahren keine Selbstvertretungsorganisation explizit von Menschen mit psychosozialen Behinderungen angefragt wurde, wenngleich knapp 30 % der Bewohnenden besonderer Wohnformen Menschen mit psychosozialen Behinderungen sind (BAGüS: Kennzahlenvergleich Eingliederungshilfe 2024, S. 6.) und damit von einer Ausweitung der Zulässigkeitsvoraussetzungen ärztlicher Zwangsmaßnahmen auf Heime und Einrichtungen in erheblichem Maße betroffen wären.

Der deutsche Staat hat sich dazu verpflichtet, betroffene Menschen mit Behinderungen bei der Ausarbeitung und Umsetzung von Rechtsvorschriften zur Durchführung der UN-BRK aktiv mit einzubeziehen. Dies im Besonderen in Anbetracht der Partizipationsrechte, die im Übereinkommen normiert sind (Art. 4 Abs. 3 und Art. 29 UN-BRK) und weil sich Deutschland im Grundgesetz zu den unverletzlichen und unveräußerlichen Menschenrechten bekennt (Art. 1 Abs. 2 S.1 GG). Der Grundsatz der Partizipation am öffentlichen Leben ist außerdem in Artikel 21 der Allgemeinen Erklärung der Menschenrechte (AMR) fest verankert und wird erneut in Artikel 25 des Internationalen Pakts über bürgerliche und politische Rechte (UN-Zivilpakt) bekräftigt.

Repräsentierende Organisationen (Organisationen *von* Menschen mit Behinderung) können nur jene sein, die von Menschen mit Behinderungen angeführt, geleitet und verwaltet werden (Abs. CRPD/C/GC/7). Selbstvertretung ist von grundlegender Bedeutung für die gleichberechtigte Partizipation an staatlichen Entscheidungs-, Überwachungs- und Umsetzungsprozessen, insbesondere jenen, die das Leben von Menschen mit Behinderungen unmittelbar betreffen. Dies ist besonders relevant für Personen, die in Einrichtungen leben und/oder denen die Ausübung ihrer rechtlichen Handlungsfähigkeit verwehrt wird (Abs. 12 Buchstabe c CRPD/C/GC/7).

Selbstvertretung und Erfahrungsexpertise

Als Selbstvertretung setzt sich der Kellerkinder e. V. seit Jahren für eine menschenrechtsbasierte, diskriminierungs- und gewaltfreie Behandlung und Unterstützung von Menschen mit Behinderungen ein. Mit großer Besorgnis erfüllt uns die Aussicht, dass ärztliche Zwangsmaßnahmen nun auch noch außerhalb eines Krankenhauses zugelassen und verdeckte Medikamentengabe legalisiert werden könnte. Beides würde für uns die Ausweitung des Entzugs von Grundrechten bedeuten. Im Folgenden möchten wir Ihnen unsere im Verein diskutierten und grundsätzlichen menschenrechtlichen Bedenken deutlich machen.

und

Wir sprechen mit der Expertise des Erfahrungswissens von Menschen mit psychiatrischen Diagnosen, also Menschen deren Erleben durch das bio-medizinische Modell von psychischen Krankheiten erklärt wird. Wobei ein Teil von uns sowohl freiheitsentziehenden als auch ärztlichen Zwang er- und überlebt hat. Des Weiteren werden oder waren einige Mitglieder rechtlich betreut und wohnen oder wohnten in Einrichtungen der Eingliederungshilfe (betreutes Wohnen/ besondere Wohnformen). Wir alle teilen die Erfahrung, dass von psychiatrischen Diagnosen betroffene Menschen von Medizinerinnen und Medizinern häufig stigmatisierender Weise nicht gehört werden und unsere Ansicht und Einschätzung nicht von gleichem Wert ist, also über uns entschieden wird.

Schutz vor Anwendung von Zwang und Gewalt

Der ehemalige UN-Sonderberichterstatter für das Recht auf Gesundheit, Daniel Puras, stellte unlängst fest, dass es zur traurigen Realität vieler Länder gehöre, dass die Anwendung von Zwang schlicht auf das Fehlen von Alternativen zurückzuführen sei und dass die anhaltende psychiatrische Abhängigkeit von der Anwendung von Zwang nur aufgrund des systemischen Versagens des Staates beim Schutz der Rechte des Einzelnen ermöglicht werde.¹

Es entspricht auch unserer Erfahrung, dass Menschen mit psychosozialen Behinderungen häufig Unterstützungsmöglichkeiten verwehrt sind, die ein gleichberechtigtes, selbstbestimmtes und barrierefreies Leben in der Gemeinschaft ermöglichen würden: beispielweise in Situationen, in denen ein erhöhter und niedrigschwelliger sozialer oder medizinischer Unterstützungsbedarf notwendig ist, das Versorgungssystem aber keine zügige Bedarfsdeckung gewährleistet. Außerdem beschränkt sich in den meisten Fällen die „Wahlfreiheit“ auf Angebote, die einer medizinischen Begutachtung bedürfen, um überhaupt Unterstützung zu erhalten. Damit im Zusammenhang hängt auch eine höhere Wahrscheinlichkeit, als psychiatrisch diagnostizierte Person arm zu werden oder zu sein (Bösing 2016).

Alternative Unterstützungsformen in ausgeprägten Krisensituationen, die ohne psychiatrische Diagnostizierung auskommen und die nicht im extremen Fall mit Gewalt die psychiatrische ‚Behandlungs-‘Vorstellung durchsetzen (freiheitsentziehende und ärztliche Zwangsmaßnahmen), werden durch das Versorgungssystem nicht hinreichend bereitgestellt.

¹ „Justification for using coercion is generally based on “medical necessity” and “dangerousness”. These subjective principles are not supported by research and their application is open to broad interpretation, raising questions of arbitrariness that has come under increasing legal scrutiny. “Dangerousness” is often based on inappropriate prejudice, rather than evidence. There also exist compelling arguments that forced treatment, including with psychotropic medications, is not effective, despite its widespread use. Decisions to use coercion are exclusive to psychiatrists, who work in systems that lack the clinical tools to try non-coercive options. The reality in many countries is that alternatives do not exist and reliance on the use of coercion is the result of a systemic failure to protect the rights of individuals.“ (A/HRC/35/21, 2017, Abs. 64)

und

Menschen, die Zwang und Gewalt in der Psychiatrie erleben mussten, haben nach unserer Erfahrung mehrheitlich und nicht ohne Grund ein Misstrauen gegen psychiatrische Praktiken, die nicht selten ausschließlich auf psychopharmazeutische Symptombehandlungen reduziert sind. Dieses Misstrauen basiert nicht auf einer grundsätzlichen Voreingenommenheit gegenüber dem psychiatrischen Versorgungssystem, sondern entsteht durch die zum Teil jahrzehntlangen, im System gemachten Erfahrungen.

Wenige Wahlmöglichkeiten und fehlende Vielfältigkeit an Unterstützungsleistungen, insbesondere in Heimen und Einrichtungen der Eingliederungshilfe, begegnen Menschen mit psychosozialen Behinderungen alltäglich. In einem zweijährigen, durch das BMAS geförderten Projekt des Kellerkinder e.V., in dem sowohl professionell Tätige als auch Angehörige gemeinsam mit Selbstvertretenden das psychosoziale Versorgungssystem gemeinsam reflektierten, hat sich als maßgebliche Ursache des unzureichenden Versorgungssystems die Nichtbereithaltung niedrigschwelliger, barrierefreier und flexibler sozialer und medizinischer Leistungen herauskristallisiert (Handlungsempfehlungen 2022). Auch der Evaluierungsbericht des Bundesministeriums der Justiz zeigt auf, dass das gesamte Genehmigungsverfahren ärztlicher Zwangsmaßnahmen vom Mangel an (Fach-)Kräften, Mangel an Prüfung und der Bereitstellung von milderem Mitteln und Nutzung der Entscheidungsunterstützung (z.B. Einbezug Angehöriger, Dolmetscher, Aufklärungsinformationen) und schleichenden Untergrabungen des Verfahrensschutzes geprägt ist (Bundesministerium für Justiz 2024).

Diese mangelhafte Versorgungslage befördert:

1. den Entzug der Freiheitsrechte der oder des Einzelnen
2. die Eingriffsrechte des Staates auf den Wohnbereich auszuweiten und damit eine schleichende Unterhöhlung des Abwehrrechts der oder des Einzelnen gegen staatliche Eingriffe
3. den Entzug des Rechts auf informierte und eigene Entscheidungen in Bezug auf die Gesundheit

Die mögliche Entscheidung zugunsten des (ambulanten) ärztlichen Zwangs und damit einer Ausweitung des ärztlichen Zwangs kann nur einen unerträglichen Rückschritt auf dem Weg zu einem menschenrechtsbasierten Versorgungssystem bedeuten und weist darauf hin, dass durch eine mögliche Rechtsprechung nicht das Recht der Einzelnen oder des Einzelnen geschützt wird. Nur weil das gegenwärtige Versorgungssystem keine weniger einschneidenden Alternativen in ausreichendem Maß bereithält, sollten betroffenen Personen nicht zwangsweise Psychopharmaka oder andere Medikationen verabreicht werden, schon gar nicht in ihrem eigenen Wohnumfeld. Denn erst hierdurch entsteht eine Situation, in der nicht nur mit dem Durchgriffsrecht gedroht werden kann, sondern auch keine alternative zwangsfreie Unterstützung überlegt und angeboten wird.

und

1. Entzug von Grundrechten – Folge der Nichtbereitstellung von Alternativen

Die staatliche Schutzpflicht gegenüber Menschen mit extremeren Krisenerleben wäre erst dann erfüllt, wenn alle validierten Alternativen die auf Freiwilligkeit der Behandlung fußen, angeboten und gewährleistet wären. Es liegen seit Jahren vielversprechende und wissenschaftlich belegte Alternativen vor: nicht-medizinische und z. B. von gleichaltrigen Betroffenen durchgeführte Krisendienste (Bola et al. 2005; Bola et al. 2009; Ostrow und Hayes 2015, Russo 2019), Trauma-informierte Ansätze (Sweeney et al. 2016), Stimmenhörer-Arbeit (Corstens et al. 2014), kultursensible Dienste (NiaNia et al. 2016; Maar et al. 2009), Offener Dialog (Seikkula et al. 2006), Intentional Peer Support (Mead 2014; O’Hagan et 2016).

Auf Behandlungen gegen den Willen zurückzugreifen, ist Ausdruck eines Systemversagens, das sich auf die davon am meisten betroffenen Menschen nachteilig auswirkt. Mit gesetzlichem und politischem Willen könnte dies Richtung Aufrechterhaltung der Selbstbestimmungsrechte und Chancengleichheit verändert werden, genügend validierte Ansätze gibt es.

2. Ausweitung der Eingriffsrechte des Staates auf den Wohnbereich – „Ein schlimmer Gedanke“ / „Der Safe Space wird verletzt“

Die außerstationäre Zulässigkeit ärztlicher Zwangsmaßnahmen, würde eine Versagung des verfassungsrechtlich geschützten Rechts auf die freie Entfaltung der eigenen Persönlichkeit (Art. 2 Abs. 1 Satz 1 GG) im unverletzlichen Wohnraum (Art. 13 Abs. 1 Satz 1 GG) zur Folge haben. Außerstationärer ärztlicher Zwang verletzt damit den Schutzraum des eigenen Wohnumfelds und bedeutet ein Scheitern der staatlichen Schutzpflicht, den privaten Lebensbereich unberührt zu lassen. Grundrechte sind insbesondere als Abwehrrechte des Grundrechtsträgers gegenüber staatlichen Hoheitseingriffen zu verstehen. Gerade die zu schützenden Freiheitsrechte der oder des Einzelnen sind ein hohes Gut, insbesondere in demokratischen Gesellschaften. Die außerstationäre Zulässigkeit ärztlicher Zwangsmaßnahmen, würde eine Versagung des verfassungsrechtlich geschützten Rechts auf die freie Entfaltung der eigenen Persönlichkeit (Art. 2 Abs. 1 Satz 1 GG) im unverletzlichen Wohnraum (Art. 13 Abs. 1 Satz 1 GG) zur Folge haben. Das Recht auf eigenen Wohnraum -als intimer, freier, jedem Menschen zustehende Schutzraum- würde versagt. Diesen höchstpersönlichen, fast heiligen Raum als Ort des ärztlichen Zwangs zu eröffnen, kann weder verfassungsmäßig sein, noch den Menschenrechten entsprechen und mitnichten ethisch vertretbar sein.

Allein der Leidensdruck durch das bedrohliche Wissen, dass Menschen ohne selbstbestimmte Zustimmung den eigenen intimen Lebensraum betreten könnten, löst bei uns Sorgen und Ängste aus. Dieses Bedrohungsgefühl erhöht sich noch, wenn im häuslichen Umfeld die Freiheit auf eigene gesundheitsbezogene Entscheidung in Frage gestellt wird. Insbesondere bei der stationsäquivalenten Behandlung (StäB) könnte das Personal der

und

Psychiatrie, die eigene Wohnung oder das eigene Zimmer betreten und so immer wieder an schlechte, in der Psychiatrie gemachte Erfahrungen erinnern können. Auch das Maß an informellem Zwang nimmt massiv zu, wenn der letzte Schutzraum, die eigene Wohnung, nicht frei vom Zwang ist, Medikamente nehmen zu müssen.

3. Entzug des Rechts auf informierte und eigene Entscheidungen in Bezug auf die Gesundheit - Zur verdeckten Medikamentengabe

Insbesondere die verdeckte Medikamentengabe enthält der betroffenen Person nicht nur den verfahrensrechtlichen Schutz in Gänze vor, sondern die Bildung des Willens – tiefste innere Entscheidungsprozesse werden durch unwissentlich in Lebensmittel untergemischte Psychopharmaka berührt. Dabei heißt es im Grundgesetz, dass die Würde des Menschen unantastbar sei (Art. 1 Abs. 1 S. 1 GG). Ihr Haus hielt bereits 2011 fest, dass „Psychopharmaka (...) auf die Veränderung seelischer Abläufe gerichtet (sind). Ihre Verabreichung gegen den natürlichen Willen des Betroffenen berührt daher, auch unabhängig davon, ob sie mit körperlichem Zwang durchgesetzt wird, in besonderem Maße den Kern der Persönlichkeit.“ (BVerfG 2011, Rn. 44). Das durch verdeckte Medikamentengabe entstehende Ausmaß an Verletzung der Persönlichkeitsrechte kann keinem auf Grundrechten fußenden Rechtsstaat entsprechen.

Zu Heimen und Einrichtungen

Wir können und wollen nicht für Menschen mit Lernschwierigkeiten oder Mehrfachbehinderungen oder ältere Menschen die in (geschlossenen) Heimen und Einrichtungen leben sprechen. Dennoch möchten wir aber festhalten, dass eine Wertschätzung, Anerkennung und maßgebliche Berücksichtigung der Ansichten dieser Menschen grundlegend wäre, um das Versorgungssystem menschenrechtskonform umzugestalten: „Menschen, die derzeit in Einrichtungen leben, sollten bei der Planung, Umsetzung und Überwachung von Deinstitutionalisierungsstrategien und bei der Entwicklung von Unterstützungsdiensten, die sich speziell auf diese Menschen beziehen, einbezogen werden.“ (CRPD/C/GC/7 Abs. 83 2018)

Die Erfahrung von Zwang und Gewalt, insbesondere in (geschlossenen) Einrichtungen, führt zu weiteren Beeinträchtigungen und Schädigungen der Handlungsfreiheit der betroffenen Menschen. Menschen mit Beeinträchtigungen, die in institutionellen Einrichtungen untergebracht sind, sind jedoch besonders gefährdet, Gewalt zu erleben. Sie sind in besonderem Maße vom Versorgungssystem abhängig, was ihr Leben stark fremdbestimmt. In solchen geschlossenen Einrichtungen sind Menschen mit Beeinträchtigungen oft daran gewöhnt, dass ihre Grenzen überschritten werden, da sie regelmäßig auf Pflege und medizinische Unterstützung angewiesen sind.

und

Dies kann dazu führen, dass ihnen das Erlernen, eigene gesundheitliche Entscheidungen zu treffen, eigene Grenzen zu erkennen und zu setzen, nicht ermöglicht wird (BMAS 2021, S. 648) und ihnen damit der Schutz der freien und informierten Entscheidung in Bezug auf ihre eigene Gesundheit strukturell verwehrt ist.

Schlussfolgerung

An dem Ausmaß an Entwürdigung, Verletzung, Resignation und Wut, die ärztliche Zwangsmaßnahmen auslösen können, ändert sich ganz sicher nichts, wenn die Rechtsprechung entscheidet, diese Maßnahmen auch noch außerhalb des Krankenhauses zuzulassen. Die Ausweitung der Zwangsbehandlung in den ambulanten Bereich sabotiert alle Bemühungen um ein menschenrechtskonformes Versorgungssystem, dessen Grundlage die Verhinderung von psychiatrischen Zwangsmaßnahmen mit dem Ziel ihrer Abschaffung sein muss (A/HRC/22/53 2013: Abs. 32 und 89 (a), A/HRC/34/32 2017: Abs. 31 und Abs. 34, A/HRC/RES/36/13 2017, A/HRC/40/54 2019: Abs 64ff, CRPD/C/DEU/CO/2-3 2023: Abs. 30 (a), Mijatović 2019, Parliamentary Assembly 2019, DIMR 2023, S. 25, HR/PUB/23/3 (OHCHR) 2023, S. 15f, 27 & 32).

Forschung, rechtliche Entwicklungen und psychiatrische Praktiken sind jedoch stark geprägt von dem biomedizinischen Modell psychosozialen Leids, dem zu Folge wir gegebenenfalls nicht einsichtsfähig seien, sodass ersetzend entschieden werden müsse. Wenn aber nur noch der als einsichtsfähig gilt, der Medikamente nimmt, kann nicht mehr von freier Entscheidung in Bezug auf die eigene Gesundheit gesprochen werden. Diesen Kreislauf zu durchbrechen, ist unser Anliegen.

Die psychiatrische Praxis, eine Ablehnung des ‚Behandlungsangebots‘ (insbesondere Psychopharmaka) als ‚mangelnde Krankheitseinsicht‘ zu pathologisieren, muss enden. Der Widerstand betroffener Menschen erscheint aus menschenrechtlicher, ethischer und medizinischer Perspektive wohlbegründet. Um das Recht auf Gesundheit zu verwirklichen, ist die Partizipation aller, insbesondere derjenigen, die am stärksten von der Gesellschaft ausgeschlossen werden, erforderlich.

Das Recht auf Selbstbestimmung muss als Chance und nicht als Bürde betrachtet werden!

Kellerkinder e. V., 17. April 2024

Literatur

A/HRC/35/21 Report of the Special Rapporteur on the Right of Everyone to the Enjoyment of the Highest Attainable Standard of Physical and Mental Health, 2017

Bola et al. (2005). Treatment of Newly Diagnosed Psychosis Without Antipsychotic Drugs: The Soteria Project. In S. A. Kirk (Ed.), Mental disorders in the social environment: Critical perspectives (pp. 368–384). Columbia University Press.

und

- Bola et al. (2009) Psychosocial treatment, antipsychotic postponement, and low-dose medication strategies in first-episode psychosis: a review of the literature.
- Bösing et al. (2016): Zeit zu handeln. Bericht zur Armutsentwicklung in Deutschland 2016, Der Paritätische Gesamtverband: Zur Armutsgefährdung von Menschen mit psychischer Erkrankung
- Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS), Referat Information, Monitoring, Bürgerservice, Bibliothek, Hg.: Der dritte Teilhabebericht der Bundesregierung über die Lebenslagen von Menschen mit Beeinträchtigungen, Bonn, 2021
- Bundesministerium für Justiz 2024: Evaluierung des Gesetzes zur Änderung der materiellen Zulässigkeitsvoraussetzungen von ärztlichen Zwangsmaßnahmen und zur Stärkung des Selbstbestimmungsrechts von Betreuten vom 17. Juli 2017
- CRPD/C/DEU/CO/2-3 Concluding observations on the combined second and third periodic reports of Germany, 2023
- Die Allgemeine Erklärung der Menschenrechte Resolution 217 A (III) der Generalversammlung vom 10. Dezember, 1948
- Corstens et al. (2014) Emerging perspectives from the hearing voices movement: implications for research and practice. Schizophr Bull. 2014 Jul;40 Suppl 4(Suppl 4): S285-94
- CRPD/GC/C/1 Allgemeine Bemerkungen des UN-Fachausschuss CRPD Nr. 1, 2014
- CRPD/C/GC/7 Allgemeine Bemerkungen des UN-Fachausschuss CRPD Nr. 7, 2018
- Deutsches Institut für Menschenrechte (DIMR) Schutz vor Gewalt in Einrichtungen für Menschen mit Behinderungen –Handlungsempfehlungen für Politik und Praxis, 2022
- Gøtzsche, P. C. Deadly psychiatry and organised denial. Copenhagen 2015: People's Press.
- Handlungsempfehlungen des partizipativen Landschaftstrialogs: Gleichberechtigte Partizipation- Eine menschenrechtliche Herausforderung für alle, Kellerkinder e.V. 2022
- HR/PUB/23/3 (OHCHR) Mental health, human rights and legislation: guidance and practice, 2024
- Maar et al. (2009) Innovations on a shoestring: a study of a collaborative community-based Aboriginal mental health service model in rural Canada. Int J Ment Health Syst. 2009 Dec 17;3:27
- Mead, Shery (2014) Intentional Peer Support: An Alternative Approach, 4th ed. Bristol: Intentional Peer Support
- NiaNia et al. (2016) Collaborative and Indigenous Mental Health Therapy: Tātaihono–Stories of Māori Healing and Psychiatry. New York: Routledge
- O'Hagan (2010) Making the Case for Peer Support. Calgary: Mental Health Commission of Canada, pp. 1–92
- Ostrow et al. (2015) Leadership and characteristics of nonprofit mental health peer-run organizations nationwide. Psychiatr Serv. 2015 Apr 1;66(4):421-5
- Seikkula et al. (2006) Five-year experience of first-episode nonaffective psychosis in open-dialogue approach: Treatment principles, follow-up outcomes, and two case studies. Psychotherapy Research 16: 214–28
- Russo et al. (2019) Hilfe jenseits der Psychiatrie - Die Bochumer Krisenzimmer, Herausgeber: Landesverband Psychiatrie-Erfahrener NRW e.V.
- Sweeney et al. (2016), "Trauma-informed mental healthcare in the UK: what is it and how can we further its development?", Mental Health Review Journal, Vol. 21 No. 3, pp. 174-192
- UN- Zivilpakt Internationaler Pakt über bürgerliche und politische Rechte / International Covenant on Civil and Political Rights General Assembly resolution 2200A (XXI) vom 19. Dezember 1966 in der BRD in Kraft getreten am 23. März 1976