

Menschenrechte in der Forensik

Thomas Feltes

Inhaltsverzeichnis

- 4.1 Einleitung – 55
- 4.2 Menschenrechtstandards und ihre Kontrolle – 55
- 4.3 Wahrung der Menschenrechte in der Psychiatrie durch Monitoring-Institutionen – 56
- 4.4 Beispiele für Verletzungen von Menschenrechten in der Psychiatrie – 57
 - 4.4.1 Gewaltanwendung, Beleidigung, Bedrohung, Diskriminierung, Disziplinarmaßnahmen – 57
 - 4.4.2 Unterbringung – 58
 - 4.4.3 Aufenthalt im Freien – 58
 - 4.4.4 Behandlungspläne – 59
 - 4.4.5 Therapeutische Maßnahmen – 59
 - 4.4.6 Medizinische Behandlung und Einwilligung – 60
 - 4.4.7 PRN-Medikamentierung – 61
 - 4.4.8 Zwangsmaßnahmen und Fixierungen; Register – 61
 - 4.4.9 Information über Patient*innenrechte und Beschwerdemöglichkeiten – 62
 - 4.4.10 Disziplinarische Maßnahmen und Interventionsteams – 62
- 4.5 Betreuung während der Unterbringung in einer forensischen Klinik – 62

Menschenrechte in der Forensik

Abstract

Die Menschenrechte, von der Generalversammlung der Vereinten Nationen (1948) verkündet, gelten auch in geschlossenen Einrichtungen. Die Unterbringung in der forensischen Psychiatrie muss daher die Menschenrechte achten, bewahren und schützen. Zusätzliche Anforderungen sind in der Europäischen Konvention zur Verhütung von Folter und unmenschlicher oder erniedrigender Behandlung oder Strafe (CoE 2002) niedergelegt und ebenfalls in der Psychiatrie zu beachten. Der Beitrag thematisiert hierfür relevante Aspekte aus dem Alltag der forensischen Psychiatrie.

Keywords

Menschenrechte, Zwangsmaßnahmen, Fixierung, sedierende Medikamente, Mindeststandards für Unterbringung, CPT, SPT, Europarat.

1. Einleitung

Menschenrechte sind Rechte, die sich aus der Würde des Menschen herleiten. Sie sind unveräußerlich, unteilbar und unverzichtbar und stehen allen Menschen zu, unabhängig davon, wo sie leben und wie sie leben (BMJV 2021). Gefängnis und Psychiatrie sind „totale Institutionen“, die einen bestimmten Auftrag erfüllen. Dabei geht es um Vollzugs- oder Unterbringungsziele, gleichzeitig aber auch um den Schutz der Allgemeinheit. Rechte von Unterbrachten werden beschränkt, um angestrebte Ziele zu erreichen (Goffman 1973). In diesen Einrichtungen wird schon aufgrund der Freiheitsentziehung an sich intensiv in Menschenrechte eingegriffen. Hinzu kommen zusätzliche Eingriffe aufgrund der Art und Weise der Unterbringung und Betreuung. Zudem erfordert die Vulnerabilität der Patienten in psychiatrischen Einrichtungen eine erhöhte Wachsamkeit in Bezug auf die Achtung der Menschenrechte (Meyer-Ladewig/Lehnert 2017, 116). Zu den Menschenrechten, die in der forensischen Psychiatrie verletzt werden können, gehören die Menschenwürde, das allgemeine Persönlichkeitsrecht, das Recht auf körperliche Unversehrtheit und Freiheit der Person sowie weitere Rechte. Im folgenden Beitrag werden einige der betroffenen Menschenrechte thematisiert, wobei der Schwerpunkt auf der Menschenwürde, dem Recht auf körperliche Unversehrtheit und dem Schutz vor unmenschlicher oder erniedrigender Behandlung liegt.

2. Menschenrechtstandards

Es gehört zu den Errungenschaften unserer Demokratie, dass die Rechte der in geschlossenen Institutionen Untergebrachten durch Gesetze geschützt werden und den Untergebrachten der Weg zu Gerichten offensteht. Darüber hinaus gibt es unabhängige Institutionen, die prüfen und überwachen, ob in den „totalen Institutionen“ Menschenrechte verletzt werden. Weltweit haben verschiedene Organisationen diese Aufgabe, wobei ihre Arbeit vorrangig präventiv ausgerichtet ist. In Deutschland werden solche Besuche vom „Europäischen Komitee zur Verhütung von Folter und unmenschlicher oder erniedrigender Behandlung oder Strafe“ (CPT) (Feltus 2020), vom UN-Unterausschuss zur Verhütung von Folter (SPT) (Osterfeld et al. 2018) und von der „Nationalen Stelle zur Verhütung von Folter“ (Dopp u. Mohsen 2016, Nationale Stelle o.J.) durchgeführt. Der letzte Besuch des SPT in Deutschland fand 2013 statt, der letzte Besuch des CPT Ende 2020. Mitglieder der „Nationalen Stelle zur Verhütung von Folter“ mit Sitz in Wiesbaden besuchen mehrmals jährlich Einrichtungen, in denen Menschen untergebracht werden. Alle Institutionen veröffentlichen Empfehlungen mit dem Ziel, die Situation der Personen, denen die Freiheit entzogen ist, zu verbessern und Folter und andere grausame, unmenschliche oder erniedrigende Behandlung oder Strafe zu verhindern.

Konkrete Verletzungen von Menschenrechten können von den Betroffenen vor Gerichten geltend gemacht werden. Der Europäische Gerichtshof für Menschenrechte (EGMR) wurde 1959 errichtet, um die Einhaltung der Europäischen Menschenrechtskonvention sicherzustellen. Er urteilt über Beschwerden einzelner Personen sowie Personengruppen und Staaten, die sich auf Verletzungen der in der Europäischen Menschenrechtskonvention anerkannten Rechte beziehen. Betroffene können sich, nachdem innerstaatliche Rechtswege erschöpft sind, mit Beschwerden an ihn wenden. Die Entscheidungen des EGMR nehmen immer wieder Bezug auf die Feststellungen, die das CPT während seiner Besuche in den Ländern der Antragsteller getroffen hat und der EGMR verweist auf entsprechende Empfehlungen, die das CPT in diesem Zusammenhang gibt. So hat der EGMR in der Entscheidung *Fernandes de Oliveira v. Portugal* (Application no. 78103/14) im Januar 2019 ausdrücklich auf die Empfehlung des CPT verwiesen, wonach alle forensischen Abteilungen, wonach Einrichtungen schriftlich dokumentieren sollten, wie, unter welchen Voraussetzungen und durch wen sie Fixierungen vornehmen. Im Folgenden wird auf diese und andere Feststellungen und Empfehlungen näher eingegangen, die das CPT in den vergangenen Jahren zur Wahrung der Menschenrechte in der Psychiatrie veröffentlicht hat.

3. Wahrung der Menschenrechte in der Psychiatrie durch Monitoring-Institutionen

Bei den Besuchen von CPT, SPT und „Nationaler Stelle“ wird vor allem geprüft, wie die Menschen untergebracht werden, wie sie behandelt werden, welche Rechtsschutzmöglichkeiten sie haben und ob ihnen diese auch gewährt werden. Dabei geht es um die Identifizierung von riskanten Situationen und generell problematischen Strukturen in den Einrichtungen. Fälle von Misshandlung, nicht angemessener Unterbringung oder Medikamentierung werden dokumentiert und in die Berichte aufgenommen, wie die folgenden Beispiele zeigen, die bei dem Besuch eines Gefängnisses und einer Psychiatrie in Irland 2019 dokumentiert worden sind.

<Example Start>

“Die Delegation traf einen Gefangenen, der kürzlich aus dem Gefängnis in Cork gekommen war. Er hatte ein schwarzes Hämatom um sein rechtes Auge und der Bereich um sein linkes Auge hatte violette Blutergüsse. Nach Angaben des Gefangenen hatte er die Verletzungen erlitten, als er von Gefängnisbeamten in Cloverhill festgehalten wurde. Das Vorfalregister enthielt jedoch keinen entsprechenden Eintrag, während in den Krankenakten bei seiner Ankunft aus Cork keine Verletzungen verzeichnet waren. Ein anderer Gefangener hatte mehrere blaue Flecken und Schürfwunden am rechten Schienbein, am linken Handgelenk und am rechten Unterarm, Verletzungen, die offenbar vom Begleitpersonal oder von der Polizei verursacht worden waren. Die Verletzungen waren jedoch weder in der Krankenakte noch in einem Ereignisregister verzeichnet“¹.

An anderer Stelle wird zur psychiatrischen Unterbringung festgestellt: “Patientenzimmer waren unpersönlich und mit minimalen Möbeln ausgestattet, die eher eine klinische Umgebung als eine therapeutische Umgebung widerspiegeln.” (CoE 2020).

<Example Stop>

Durch die Dokumentation von intensiv recherchierten Einzelfällen soll verdeutlicht werden, dass es in einem Land, in einem Bereich oder in bestimmten Einrichtungen grundsätzliche Probleme gibt. Die Besuchsberichte werden veröffentlicht und einmal im Jahr wird ein Jahresbericht erstellt. Hier werden auch einzelne Themenbereiche intensiver behandelt, wie im Jahresbericht 2005 zu Fixierungsmaßnahmen („means of restraint“) (CoE 2006): „In der Regel sollte die Fixierung eines Patienten das letzte Mittel sein, eine extreme Maßnahme, um drohende Verletzungen zu verhindern oder akute Unruhe und / oder Gewalt zu verringern. In der Realität stellt das CPT

¹ Übersetzung hier wie im Folgenden aus dem Englischen vom Autor.

häufig fest, dass die Fixierung von Patienten häufig als Sanktion für wahrgenommenes Fehlverhalten oder als Mittel zur Herbeiführung einer Verhaltensänderung benutzt wird. Das CPT ist der Ansicht, dass bei der Fixierung ständig ein/e geschulte/r Mitarbeiter*in anwesend sein sollte, um Kontakt und die therapeutische Allianz aufrechtzuerhalten und ggf. Hilfe zu leisten“.

CPT, SPT und die „Nationale Stelle“ gehen sehr zurückhaltend mit Anschuldigungen um, die aus Anlass der Besuche erhoben werden. Individuelle Beschuldigungen werden mehrfach geprüft, Akten, Berichte und Aussagen werden verglichen und ein Mitglied der Besuchsdelegation (Rechtsmediziner) beschäftigt sich mit Spuren möglicher Misshandlungen, dokumentiert und bewertet diese.

4. Beispiele für Verletzungen von Menschenrechten in der Psychiatrie

Die folgenden Beispiele aus dem Bericht über den Besuch des CPT in Deutschland im Jahr 2015 (CoE 2017) sollen Menschenrechtsverstöße in der forensischen Psychiatrie verdeutlichen.

4.1 Gewaltanwendung, Beleidigung, Bedrohung, Diskriminierung

Das CPT stellt bei seinen Besuchen immer wieder fest, dass Untergebrachte nicht nur körperlich misshandelt, sondern auch beleidigt, in ihrer Ehre verletzt, entwürdigend behandelt oder aufgrund ihrer Herkunft diskriminiert werden. Dazu gehört das Entkleiden eines männlichen Untergebrachten in Anwesenheit einer weiblichen Person oder das komplette Entkleiden sowie der Aufenthalt ohne jegliche Kleidung in einer Zelle, unabhängig davon, wie lange dieser dauert. Beispiele für Gewalt und erniedrigende Behandlung werden den Delegationen immer wieder berichtet. So wurde in einer Klinik „übereinstimmend von mehreren getrennt voneinander befragten (männlichen) Patienten über wiederholte Vorkommnisse übermäßiger Gewaltanwendung durch Personal gegenüber einem bestimmten Patienten berichtet ... Einmal habe ihn das Personal angeblich unter Kontrolle gebracht, indem es ihm ins Gesicht geschlagen und ihn mit einem Lappen geknebelt habe. Bei einer anderen Gelegenheit sei dieser Patient gewaltsam zum Isolationsraum gezerrt und mit einem Besenstiel nach unten gedrückt und außerdem geknebelt worden. ... Überdies wurde der Delegation in den Kliniken ... eine Reihe von Beschwerden zugebracht, die sich auf Beschimpfungen, Drohungen und respektloses Verhalten seitens einiger Mitarbeiter dieser Kliniken bezogen. Einige Patienten berichteten, es herrsche eine Atmosphäre der Einschüchterung und Angst“ (CoE 2017).

Bei Patient*innen, bei denen bereits bei der Aufnahme Verletzungen festgestellt werden, sind die Ursachen zu erfragen, die Aussagen der Betroffenen sind zu protokollieren und der Staatsanwaltschaft unabhängig von der Zustimmung der Betroffenen zu melden.

4.2 Unterbringung

In allen Einrichtungen wird die Größe und die Ausstattung des Unterbringungsraumes überprüft und es werden Faktoren wie Temperatur, Licht sowie die Verfügbarkeit von Toiletten und Waschräumen dokumentiert. Standards für unterschiedliche Einrichtungen und Situationen hat das CPT veröffentlicht (CoE o.J.). Die Unterbringung von psychisch kranken Personen muss gewissen Mindeststandards entsprechen: Im Einzelfall wurde durch den EGMR die Unterbringung in einem betreuten Wohnprojekt in einem osteuropäischen Land für psychisch kranke Menschen als unmenschliche und erniedrigende Behandlung klassifiziert, da das Gebäude nicht beheizt und die Personen in ihrer Jacke schlafen mussten, sie nur einmal pro Woche in einem verdreckten Badezimmer duschen konnten und die Toiletten in einem abscheulichen Zustand waren (EGMR 1992).

4.3 Aufenthalt im Freien

Jeden Tag muss mindestens eine Stunde Bewegung unter freiem Himmel gestattet werden. Es muss sichergestellt sein, dass dies auch bei schlechtem Wetter möglich ist, indem z.B. die erforderliche Kleidung bereitgestellt wird und der Bereich für den Ausgang witterungsgeschützt ist. Immer wieder erhalten die Institutionen Beschwerden, dass Patient*innen dies versagt wird. Bei dem Besuch in Deutschland berichteten einige Patient*innen, dass sie im Winter nur auf die Terrasse, nicht aber in den Gartenbereich gehen könnten. Das CPT stellte dazu fest, dass eine Terrasse zwar ein geeigneter Außenbereich sei, um zu rauchen; sie könne aber keinen Ersatz für die tägliche Bewegung im Freien bieten.

4.4 Behandlungspläne

Bei der Erstellung und Überarbeitung von Behandlungsplänen müssen die Patient*innen mit einbezogen werden. Sie sind zudem über ihre Fortschritte auf dem Laufenden zu halten, ebenso wie Rückschritte zu thematisieren sind.

4.5 Therapeutische Maßnahmen

Immer wieder wird festgestellt, dass ein bestimmter Anteil von Patient*innen an keinerlei therapeutischen Maßnahmen teilnimmt. „Diese Patient*innen verbrachten gewöhnlich den ganzen Tag im Flur oder auf der Raucherterrasse der Station, ohne sich in irgendeiner Weise sinnvoll oder therapeutisch zu beschäftigen. Überdies gab es offenbar nicht ausreichend Beschäftigungsangebote für die Patient*innen“. Entsprechend wird empfohlen, Patient*innen in geeigneter Weise zu motivieren, an therapeutischen Maßnahmen teilzunehmen (CoE 2017).

Verschiedene psychische Erkrankungen sind mit einem Risiko für gewalttätiges Verhalten assoziiert, auch wenn der Zusammenhang zwischen psychischen Erkrankungen und Aggressivität oftmals überschätzt wird. So sind bspw. schwere psychische Erkrankungen weder eine notwendige noch eine hinreichende Bedingung für Amokläufe („mass shootings“) (Skeem u. Mulvey 2019). Ein entsprechendes Risiko muss durch gezielte psychotherapeutische Interventionen adressiert werden. Aggressive und impulsive Patient*innen lediglich zu isolieren und auf geschützten Stationen aufzunehmen, genügt nicht, zumal dies durch Stigmatisierung und das Schüren von Ängsten aggressives Verhalten begünstigen kann. Zu oft mangelt es an spezifischen psychotherapeutischen Angeboten, die Patient*innen Strategien zur Bewältigung von aggressivem Verhalten vermitteln (Schröter et al. 2021).

Auch Gesundheit ist ein Menschenrecht (Frewer/Bielefeld 2016), und dazu gehört die psychische Verfasstheit. Unter dem Stichwort „Zwang psychiatrie“ (Irren-Offensive 2011) wird die Meinung vertreten, dass (zu) viele Behandlungen und Unterbringungen ohne die explizite Zustimmung der Betroffenen erfolgen. Unstrittig ist, dass es eine Verletzung von Menschenrechten darstellt, wenn nur deshalb eine Unterbringung erfolgt, um jemanden „aus dem Verkehr zu ziehen“. Die Abgrenzung zur Sicherheitsverwahrung, die vornehmlich den Schutz der Allgemeinheit dient, muss hier klar und deutlich getroffen werden. Auch und besonders die forensische Psychiatrie hat einen therapeutischen Behandlungsauftrag, der umzusetzen ist. Umgekehrt sind Patient*innen aus der Psychiatrie zu entlassen, wenn der Unterbringungszweck (z.B. eine Gefahr für die Allgemeinheit) nicht mehr gegeben ist. In solchen Fällen ist eine enge Abstimmung zwischen der psychiatrischen Einrichtung und dem Gericht erforderlich, wobei die Feststellung von Osterfeld, dass manchen RichterInnen „der Schutz der Rechte von psychisch kranken oder behinderten Menschen oft weniger bedeutet als die geschmeidige Zusammenarbeit mit den psychiatrischen Kliniken“ (Osterfeld 2019, S. 183) deutlich macht, dass dieses Spannungsfeld durchaus kritisch hinterfragt werden muss.

4.6 Medizinische Behandlung und Einwilligung

Neu aufgenommene Patient*innen sollen innerhalb von 24 Stunden nach ihrer Aufnahme einer somatischen Untersuchung durch einen Arzt unterzogen werden. Medizinische Untersuchungen sind generell außer Hör- und Sichtweite von nicht medizinischem Personal durchzuführen. Unzulässig ist es daher, wenn die Eingangsuntersuchung in Anwesenheit von Polizeibeamt*innen stattfindet.

<Example Start>

„Zwar konnte der Teil des Raumes, der für die ärztliche Untersuchung der/des Patient*innen genutzt wurde, mit einem Vorhang vom restlichen Raum abgeteilt werden, aber die Gespräche zwischen Arzt/Ärztin und Patient*in hinter dem Vorhang konnten von den Polizist*innen problemlos mit angehört werden“ (CoE 2017).

<Example Stop>

Vor jeder medizinischen Behandlung ist die freie und „informierte“ Einwilligung des/der betroffenen Patienten/Patientin einzuholen, wobei die Einwilligung jederzeit widerrufen werden kann. Der/die Patient*in ist außerdem umfassend über sämtliche möglichen Wirkungen und Nebenwirkungen aufzuklären, ebenso über die Folgen einer Weigerung, sich der Behandlung zu unterziehen (CoE 2017).

Immer wieder wird festgestellt, dass bestimmte Medikamente über einen (zu) langen Zeitraum, in (zu) hohen Dosen oder ohne angemessene Dokumentation verabreicht werden. Das folgende Beispiel stammt aus Irland (CoE 2020).

<Example Start>

„Die Akten zeigten, dass bei Patient*innen, die in den besuchten Einrichtungen über einen langen Zeitraum hohe Dosen Olanzapin erhielten, der Blutzuckerspiegel nicht immer regelmäßig getestet wurde. Eine längere Anwendung einer hohen Dosis dieses Arzneimittels kann jedoch zu hohen Glukosespiegeln und Fettleibigkeit führen. Das CPT empfiehlt, dass alle Patient*innen, die Olanzapin einnehmen, ordnungsgemäß überwacht werden, auch hinsichtlich ihres Blutzuckerspiegels.“(CoE 2020).

<Example Stop>

Die allgemein bekannte Tatsache, dass eine Behandlung mit Psychopharmaka keine Alternative zu einer psychotherapeutischen Behandlung und als alleinige Maßnahme nicht ausreichend ist, muss im therapeutischen Alltag ebenso beachtet werden wie die in den einschlägigen Veröffentlichungen gegebenen Hinweise zu bestimmten Medikamenten. Auch ethische Aspekte spielen in diesem Kontext eine wichtige Rolle (vgl. Remschmidt/Becker 2020 sowie Schmeck/Schlüter-Müller 2009, 93 ff., 107 ff.), worauf bspw. der Deutsche Ethikrat (2018) hingewiesen hat (s. dazu

Graumann 2019 sowie die Kritik von Osterfeld 2019). Osterfeld beschreibt diese Problematik an einem Beispiel wie folgt: „Wenn die Nationale Stelle zur Prävention von Folter im Jahr 2019 zur Kenntnis nehmen muss, dass in einer psychiatrischen Klinik ein Mensch länger als acht Wochen ohne Kontakt zu Mitpatienten und mit Arztkontakten lediglich einmal pro Woche in einem Isolierzimmer verbleiben muss, wenn dieser Mensch auf dem mit einer Matratze abgepolsterten Fußboden schlafen muss, sein Essen auf Papptellern und seine Getränke aus aufgeschnittenen Tetrapacks serviert bekommt, dann ist zweifellos seine Menschenwürde tangiert. Weder die ärztliche noch die pflegerische Dokumentation lässt diese Dauerisolierung gerechtfertigt erscheinen“ (Osterfeld 2019, S. 183).

4.7 PRN-Medikamentierung

Auch die sog. „pro re nata“ medication (PRN, Verabreichung eines Medikaments bei Bedarf) wird immer wieder kritisiert, wie hier bei dem Besuch in Irland.

<Example Start>

“Die Delegation erfuhr, dass Haloperidol und andere Beruhigungsmittel fast routinemäßig bei der Aufnahme als PRN-Medikamente verschrieben wurden ... Die Sorge ist, dass die Verwendung von PRN-Medikamenten zu einer Übermedikation mit Medikamenten führen kann, die schwerwiegende Nebenwirkungen haben können. Mehrere befragte Patient*innen sagten, sie seien ständig müde und hätten viel geschlafen. Sie schienen tatsächlich schläfrig zu sein, und die Sprache einiger Patient*innen wurde während der Interviews verwaschen. Darüber hinaus schien es keine spezifische Überprüfung der PRN-Medikamente zu geben, die den Patient*innen verabreicht wurden.“ (CoE 2020)

<Example Stop>

PRN-Medikation kann zudem und unter bestimmten Bedingungen eine unfreiwillige Behandlung bedeuten. Wenn das der Fall ist, müssen die Richtlinien und rechtlichen Voraussetzungen für solche Behandlungsformen strikt eingehalten werden. Ansonsten sollten PRN-Medikamente „immer von einer/einem voll qualifizierten Psychiater*in, vorzugsweise der/dem behandelnden Psychiater*in des/der Patienten/Patientin, mit Zustimmung der/des Patientin/Patienten verschrieben werden. Auf dem Rezept muss die maximale Dosis für den einmaligen Gebrauch, die Intervalle für die Anwendung über einen Zeitraum von 24 Stunden und die Vorgehensweise bei der Anwendung eindeutig angegeben sein und die Notwendigkeit, die Reaktionen der Patienten zu beobachten. Langwirksame Psychopharmaka (Depot- und Retardanwendungen) sollten nicht als PRN-Medikamente verwendet werden. Darüber hinaus sollte jede Verwendung von

PRN-Medikamenten dokumentiert und von einer voll qualifizierten Krankenschwester im Dienst verwaltet und regelmäßig überprüft werden“.
(CoE 2020).

4.8 Zwangsmaßnahmen und Fixierungen; Register

Zwar gab es in den 2015 in Deutschland besuchten Einrichtungen detaillierte interne Anweisungen zur Anwendung von Zwangsmaßnahmen; dennoch fehlte in allen Einrichtungen ein umfassendes Register. So konnte die Delegation keinen Überblick darüber gewinnen, wie oft und für wie lange einzelne Patient*innen der Isolation und/oder Fixierung bzw. medikamentöser Ruhigstellung unterworfen waren, weil die Aufzeichnungen unvollständig waren, nicht alle Maßnahmen erfasst waren und es keine Zeitangaben zum Beginn und zum Ende der Maßnahmen gab. In einer Klinik wurde festgestellt, dass ein Patient im Verlauf eines Jahres 50-mal für eine Gesamtdauer von fast 700 Stunden fixiert worden war, es war jedoch nicht festzustellen, für wie lange er maximal ohne Unterbrechung fixiert worden war.

In allen besuchten Einrichtungen gab es fixierte Patient*innen, die nicht ständig unmittelbar und persönlich von einem Mitglied des medizinischen Personals überwacht wurden (Sitzwache). Eine Überwachung mit Hilfe einer Videokamera oder durch ein kleines Fenster aus einem angrenzenden Arbeitszimmer genügt hier nicht. Betroffenen Patient*innen sollte nach Beendigung der Maßnahme eine Nachbesprechung mit einer/einem medizinischen Mitarbeiter*in angeboten werden (CoE 2017).

In dem Bericht 2019 der „Nationale Stelle“ in Wiesbaden (2019) wurde kritisiert, dass es unterschiedliche Auffassungen darüber gibt, bei welcher Fixierungsform der Richtervorbehalt gelte, da sich das Urteil des Bundesverfassungsgerichts vom 24. Juli 2018 ausdrücklich auf 5-Punkt und 7-Punkt-Fixierungen bezogen habe. Die Anforderungen an Fixierungsmaßnahmen sind aber aus Sicht der „Nationalen Stelle“ auch bei allen anderen Fixierungsformen erforderlich.

Patient*innen dürfen nicht über mehrere Monate lang getrennt in einem separaten, spärlich ausgestatteten Raum ohne Zugang zur Gemeinschaft untergebracht werden. Kriseninterventionsräume müssen mehr als nur Bett und Toilette haben. Auch darf das Tageslicht nicht eingeschränkt sein. Isolationsräume, die mit Video überwacht werden, müssen ein Mindestmaß an Privatsphäre gewährleisten, z.B. durch verpixelte Darstellung des Toilettenbereichs.

4.9 Information über Patientenrechte und Beschwerdemöglichkeiten

Immer wieder gibt es Patient*innen, die keine Informationen über ihre Rechte erhalten. Es ist sicherzustellen, dass alle neu aufgenommenen Patient*innen und ggf. ihre rechtlichen Vertreter*innen eine Informationsbroschüre erhalten, in der die Abläufe in der Einrichtung und die Rechte der Patient*innen dargestellt sind, einschl. Informationen über die Einwilligung in die Behandlung und Beschwerdeverfahren. Patient*innen, die nicht in der Lage sind, diese Broschüre zu verstehen, sollten angemessene Unterstützung erhalten. In den meisten besuchten psychiatrischen Einrichtungen konnten sich die Patient*innen auf den geschlossenen Stationen nicht anonym beschweren und vorhandene Beschwerdemöglichkeiten waren nicht bekannt. Hier wird regelmäßig auch kritisiert, dass Anschuldigungen wegen übermäßiger Gewaltanwendung durch Mitarbeitende nicht angemessen und unabhängig untersucht werden.

4.10 Disziplinarische Maßnahmen und Interventionsteams

Die Praxis der Verhängung disziplinarischer Maßnahmen gegen (forensisch-)psychiatrische Patient*innen ist nach der Auffassung des CPT einzustellen. Das CPT nahm auch „besorgt zur Kenntnis, dass es in der Klinik XY ein aus männlichen Mitarbeitern bestehendes spezielles Interventionsteam gibt, das mit Schutzschilden, Helmen, Handschuhen und Handschellen ausgestattet ist, um erregte bzw. gewalttätige Patient*innen unter Kontrolle zu bringen“ (CoE 2017).

5. Betreuung während der Unterbringung in einer forensischen Klinik

Der Bundesgerichtshof hat 2015 (Beschluss XII ZB 96/15) festgestellt, dass die Unterbringung einer/eines betreuungsbedürftigen Betroffenen in einer forensischen Klinik gemäß § 63 StGB den Betreuungsbedarf nicht entfallen lässt. Wenn die/der Betroffene aufgrund seiner psychischen Erkrankung nicht in der Lage ist, seine Krankheit und die daraus folgende Behandlungsbedürftigkeit einzusehen, muss der/die Betreuer*in in die ärztliche Behandlung einwilligen. Dies gilt sowohl für die Anlasserkrankung, als auch für die sonstigen Krankheiten der Betroffenen. Der/die Betreuer*in muss die Möglichkeit haben, geplante ärztliche Maßnahmen mit den Ärzt*innen und dem/der Betroffenen zu besprechen und die Einwilligung in die Behandlung zu erteilen oder zu verweigern. Dies gilt auch für ärztliche Maßnahmen, die nichts mit der Krankheit zu tun haben, aufgrund derer die/der Betroffene untergebracht worden ist.

6. Sedierende Medikamente und Freiheitsbeschränkungen

Bei der Gabe von sedierenden Medikamenten handelt es sich um eine (zusätzliche) genehmigungsbedürftige freiheitsentziehende Maßnahme, die gerichtlich beantragt werden muss. Werden sedierende Medikamente zur Ruhigstellung von Patient*innen mit starkem Bewegungsdrang benutzt, dann steht auch bei eindeutig medizinischer Indikation die Wirkung dieser Medikamente, den Bewegungswillen zu dämpfen, im Vordergrund. Dieser Bewegungswille ist jedoch nicht nur Voraussetzung für den Willen, den Aufenthalt zu ändern und eine Einrichtung zu verlassen; er spielt auch in einer gerichtlich bereits angeordneten geschlossenen Unterbringung eine Rolle, denn auch dort stehen dem Patient*innen bestimmte Bewegungsmöglichkeiten zu. Somit ist es nicht der Heilzweck, wohl aber der Anlass der Maßnahme, der eine Unterscheidung erlaubt, und zwar danach, ob die Maßnahme der Krankheit gilt, derentwegen die/der Betreute untergebracht wurde, oder ob damit weitergehende Zwecke verfolgt werden. Auch bei Medikamenten ist diese Differenzierung sachgemäß: Ein zur Dämpfung des Bewegungsdrangs gegebenes Psychopharmakon ist, wenn es einen Willen zum Aufenthaltswechsel nicht aufkommen lässt, genehmigungsbedürftig, ein Mittel zur Blutdrucksenkung mit ähnlichen Nebenwirkungen wird dagegen zur Heilung einer Krankheit gegeben. Die Gabe von sedierenden Medikamenten muss nur dann nicht gerichtlich genehmigt werden, wenn sie ausschließlich zu heiltherapeutischen Zwecken erfolgt.

<Example Start>

In einem Fall wird ein Mix aus Medikamenten verordnet und gegeben, wobei auch Sedativa enthalten sind, die nicht indiziert sind für die Erkrankung des/der Patient*in.

Hier liegt eine Maßnahme vor, die vom Betreuungsgericht zu genehmigen ist.

<Example Stop>

Generell muss darauf geachtet werden, dass nur Medikamente verordnet werden, die ausschließlich in Verbindung mit der Krankheit stehen und keine darüberhinausgehenden sedierenden Wirkungen haben. Bei der Verordnung muss klar und deutlich darauf hingewiesen werden, dass diese Medikamente zur Behandlung der konkreten Krankheit unbedingt notwendig sind.

7. Checkliste zur Unterbringung in psychiatrischen Einrichtungen

Die Leitung einer Institution ist verantwortlich dafür, dass Menschenrechte nicht verletzt werden und entsprechende Richtlinien existieren, die gewährleisten, dass alle Mitarbeiter*innen die Rechte der Patient*innen achten. Die folgende Checkliste kann zur Überprüfung dienen, ob entsprechende Maßnahmen ergriffen wurden.

Thema	Details
Autopsie	bei jedem Todesfall
Behandlungsplan	Individuell, unter Beteiligung der Patienten, ständig angepasst, einschl. Medikamente
Berichtswesen bei Übergriffen, Gewalt, Suizid, Todesfällen u.a.	Intern und Extern (Staatsanwaltschaft)
Beschwerdemanagement	Extern, unabhängig, vertraulich; Beschwerdeboxen; Hinweis auf Möglichkeit der Beschwerde bei Eintritt
Bewegung im Freien (vor Regen geschützt)	im Rahmen von Freistunden oder Ausgang, außer bei therapeutischen Maßnahmen, angemessene Bekleidung und Schuhe vorhanden
Einganguntersuchung	Innerhalb von 24 Std., ohne Anwesenheit von nichtmedizinischem Personal. „Body Maps“ zur Dokumentation von Verletzungen, ggf. Strafanzeige bei Staatsanwaltschaft
Elektroschock- bzw. Elektrokonvulsionstherapie	Hier wie bei Medikation und Psychotherapie Zustimmung erforderlich, klare, detaillierte und bindende schriftl. Regeln, nur durch speziell ausgebildetes Personal, Register
Ernährungsstatus Patienten	Regelmäßige Überprüfung, ggf. notwendige zusätzliche Ernährungsangebote oder Ergänzungsmittel
Fixierungen (mech. und chem. Maßnahmen, einschl. Beruhigungsmedikamenten)	Nur als Sicherheitsmaßnahme zulässig, nicht als therapeutische Behandlung und nur als absolute Ausnahme; nicht bei unter 18-Jährigen; Anordnung oder sofortige Zustimmung durch Arzt;; Durchführung unter Ausschluss der anderen Patient*innen, unter ständiger Anwesenheit von Pflegekräften; Logbuch, alle 30 Min. Eintrag erforderlich. Medikamente sind nicht als reine Sicherheitsmaßnahme zugelassen, sondern es bedarf immer einer medizinischen Indikation (z.B. Behandlung eines psychomotorischen Erregungszustands).

Informationsbroschüre	in allen notwendigen Sprachen, Infos zu Tagesabläufen und Patient*innenrechten (Unterbringung, Behandlung, Beschwerdemöglichkeiten etc.)
Kontakt mit der Außenwelt	Briefe, Telefonate, Besuche
Patientenakte	einsehbar durch Patienten
PRN- Medikamentierung	zu dokumentieren in der Patientenakte und zusätzlich in einem eigenen Register; kann unfreiwillige Behandlung sein, regelmäßige Bluttests bei Clozapin
Register zur Dokumentation von Gewalt und Zwangsmaßnahmen	Datum, Zeit Beginn, Zeit Ende, Gründe, Umstände, Typ, Verletzungen
Suizid-Prävention	Ausstattung (Matratzen, Kleidung beim Aufenthalt in einem gesicherten Raum)
Trennung zwischen therapeutischen und Experten-Aufgaben	bei Psychiatern (Begutachtung); Konflikt der sich auflösen lässt, in dem Psychiater keine Begutachtungen bei Patienten machen, die sie behandeln oder behandelt haben
Unterbringung	Eigener abschließbarer Schrank, eigene Dekoration, Licht, Heizung, Belüftung, unter 7qm inkl. Toilette nur eine Person, ...
Videoüberwachung	Toilette gepixelt; bei Fixierungen kein Ersatz für persönliche Kontrolle
Zustimmung der Patienten zur Behandlung	„ <i>free and informed consent</i> “, dokumentiert, einschl. Medikamente: zweite, externe psychiatrische Meinung bei Widerspruch sinnvoll

9. Fazit

Die Wahrung und Achtung der Menschenrechte in der forensischen Psychiatrie ist vor dem Hintergrund, dass die Betroffenen in einer „totalen Institution“ leben, von besonderer Bedeutung. Auch wenn offensichtliche Menschenrechtsverletzungen in deutschen psychiatrischen Einrichtungen die Ausnahme darstellen, sind alle in diesem Bereich Tätigen aufgefordert, beständig daran zu arbeiten, dass Grenzüberschreitungen verhindert und Gefährdungen nicht entstehen.

Dies betrifft insbesondere die Bereiche der (mechanischen und medikamentösen) Fixierung, der medizinischen und psychologischen Behandlung und Betreuung einschl. notwendiger Therapieangebote und den gewalt- und diskriminierungsfreien Umgang mit den Untergebrachten. Jede Institution sollte zudem über die notwendigen Register verfügen, in denen besondere Vorkommnisse wie Hinweise auf Gewalt, Fixierungen oder bestimmte Medikamentierungen unabhängig von der individuellen Krankenakte dokumentiert werden. Eine Checkliste, wie sie hier vorgestellt wird, kann hilfreich sein, die eigene Institution einer kritischen Selbstprüfung zu unterziehen. Sie sollte aber an die jeweilige Institution angepasst und ggf. erweitert werden, denn die kritischen Bereiche der eigenen Einrichtung kennen die dort Arbeitenden am besten.

Literatur

- Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz (BMJV) (2021) Menschenrechte. Begriff und Geschichte. https://www.bmju.de/DE/Themen/Menschenrechte/BegriffGeschichte/BegriffGeschichte_node.html. Abgerufen am 22.03.2021.
- Council of Europe (CoE) (2002) Europäische Konvention zur Verhütung von Folter und unmenschlicher oder erniedrigender Behandlung oder Strafe. <https://rm.coe.int/16806dbaa2> Abgerufen am 23.03.2021.
- Council of Europe (CoE) (2006) 16th General Report on the CPT's activities covering the period 1 August 2005 to 31 July 2006 <https://rm.coe.int/1680696a83>. Abgerufen am 23.03.2021.
- Council of Europe (CoE) (2010) Auszug aus dem 20. Jahresbericht des CPT. Elektroimpuls- waffen. <https://rm.coe.int/16806cce0d> Abgerufen am 14.11.2020.
- Council of Europe (CoE) (2017) Bericht an die deutsche Regierung über den Besuch des Europäischen Ausschusses zur Verhütung von Folter und unmenschlicher oder erniedrigender Behandlung oder Strafe in Deutschland (CPT) vom 25. November bis zum 7. Dezember 2015. <https://rm.coe.int/168071803c> Abgerufen am 14.11.2020.
- Council of Europe (CoE) (2020) Report to the Government of Ireland on the visit to Ireland carried out by the European Committee for the Prevention of Torture and Inhuman or Degrading Treatment or Punishment (CPT) from 23 September to 4 October 2019. <https://rm.coe.int/1680a078cf> Abgerufen am 23.03.2021.
- Council of Europe (CoE) (o.J.) Standards and tools (of the CPT). <https://www.coe.int/en/web/cpt/standards> am 14.11.2020. Abgerufen am 23.03.2021.

- Deutscher Ethikrat (2018) Hilfe durch Zwang? Professionelle Sorgebeziehungen im Spannungsfeld von Wohl und Selbstbestimmung. Stellungnahme. Deutscher Ethikrat, Berlin
- Dopp R, Mohsen S (2016) Überblick über die Arbeit der Nationalen Stelle zur Verhütung von Folter. In: Menschenrechte hinter Gitter, Wiesbaden, 61-73
- EGMR (1992) Herczegfalvy v. Österreich (App. Nr. 19533/83) <http://hudoc.echr.coe.int/eng?i=001-57781> Abgerufen am 23.03.2021
- EGMR (2019) Fernandes de Oliveira v. Portugal (Application no. 78103/14) <http://hudoc.echr.coe.int/eng?i=001-189426> Abgerufen am 23.03.2021.
- Feltes T (2020) Die Anti-Folter-Kommission des Europarates besucht Deutschland: Was haben wir zu erwarten? In: IPA-Journal 2, 2020, 7-10.
- Frewer, A, Bielefeld H (2016) (Hg.) Das Menschenrecht auf Gesundheit, transcript Verlag, Bielefeld
- Goffman E (1973) Asyle. Über die soziale Situation psychiatrischer Patienten und anderer Insassen. Frankfurt am Main.
- Graumann S (2019) Pro: Hilfe durch Zwang? Professionelle Sorgebeziehungen im Spannungsfeld von Wohl und Selbstbestimmung. Eine Verteidigung der Stellungnahme des Deutschen Ethikrats. In: Ethik in der Medizin 31, S. 175–179
- Irren-Offensive e.V., et al. (Hg.) (2011) Handbuch PatVerfü - Geisteskrank? Ihre eigene Entscheidung! <https://www.patverfue.de/handbuch> Abgerufen am 26.03.2021
- Meyer-Ladewig J, Lehnert, M (2017) Kommentierung Art. 3 Verbot der Folter. In: Meyer-Ladewig, Nettesheim, von Raumer (Hrsg.) EMRK, Handkommentar, 4. Aufl. Baden-Baden 2017, S. 91-128
- Nationale Stelle zur Verhütung von Folter (2019) Jahresbericht 2019 https://www.nationale-stelle.de/fileadmin/dateiablage/Dokumente/Berichte/Jahresberichte/Jahresbericht_2019_Nationale_Stelle.pdf Abgerufen am 23.03.2021.
- Nationale Stelle zur Verhütung von Folter (o.J.) Kurzinformation. [https://www.nationale-stelle.de/fileadmin/dateiablage/Dokumente/Kurzinformation - Nationale Stelle zur Verhuetzung von Folter neu.pdf](https://www.nationale-stelle.de/fileadmin/dateiablage/Dokumente/Kurzinformation_-_Nationale_Stelle_zur_Verhuetzung_von_Folter_neu.pdf) Abgerufen am 23.03.2021.
- Osterfeld M (2019) Contra: Der Ruf aus dem Elfenbeinturm. In: Ethik in der Medizin 31, S. 181–185
- Osterfeld M, Lababidi H, Langfeldt M (2018) Einhaltung der Menschenrechte in der Psychiatrie Nationale und internationale Kontrollmechanismen. Fortschr Neurol Psychiatr 2018; 86(08): 493-499.

- Remschmidt H, Becker K (Hrsg.) (2020) Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie. 7. Auflage, Stuttgart.
- Schmeck K, Schlüter-Müller S (2009) Persönlichkeitsstörungen im Jugendalter. Heidelberg
- Schröter R, Lambert, M, Karow, A. et al. Kurze Zündschnur: Ärger – Wut – Aggression. Forens Psychiatr Psychol Kriminol (2021). <https://doi.org/10.1007/s11757-021-00655-y>
- Skeem J, Mulvey, E (2019) What role does serious mental illness play in mass shootings, and how should we address it? In: Criminology & Public Policy, 19, 1: 85-108
- Vereinte Nationen (1948) Allgemeine Erklärung der Menschenrechte. <https://www.un.org/depts/german/menschenrechte/aemr.pdf> Abgerufen am 23.03.2021.