

Technische Hochschule Köln  
Fakultät für Angewandte Sozialwissenschaften

## **Unterstützte Entscheidungsfindung in der Krise**

**Das Konzept des „Offenen Dialogs“ zur Vermeidung von Zwang  
unter Mitwirkung der Sozialen Arbeit**

Thesis

zur Erlangung des akademischen Grades

**Bachelor of Arts (B.A.)**

im Studiengang Soziale Arbeit

Erstkorrektur: Prof. Dr. Dagmar Brosey

Zweitkorrektur: Prof. Dr. Katja Maar

Vorgelegt von

Ines Koblitz

ines.koblitz@smail.th-koeln.de

Köln, 18. Mai 2020

## **Inhaltsverzeichnis**

<b>Abkürzungsverzeichnis</b>	<b>1</b>
<b>1 Einleitung</b>	<b>3</b>
<b>2 Zwang im psychiatrischen Kontext</b>	<b>5</b>
2.1 Formen von Zwang	7
2.2 Rechtlicher Rahmen für Zwang im psychiatrischen Kontext in NRW	9
2.3 Daten zu Zwang im psychiatrischen Kontext	14
<b>3 Professionelles Selbstverständnis klinischer Sozialarbeit in Hinblick auf Zwang</b>	<b>17</b>
3.1 Das professionelle Trippelmandat	17
3.2 Resultierende professionelle Haltung	18
<b>4 Psychiatrische Zwangsmaßnahmen im Verhältnis zu den Menschenrechten mit dem Fokus auf der UN-BRK</b>	<b>20</b>
4.1 Konzept der krankheitsbedingten Einwilligungsunfähigkeit im Lichte der UN-BRK	21
4.2 Unterstützte Entscheidungsfindung	22
4.3 Psychiatrische Zwangsmaßnahmen unter Berücksichtigung der UN-BRK	24
<b>5 Mildere Mittel als Schlüssel zur Vermeidung von Zwang</b>	<b>28</b>
5.1 Die UN-BRK und mildere Mittel	28
5.2 Situation in Deutschland	29
5.3 Vermeidung von Unterbringungen	31
5.4 Vermeidung von Zwangsbehandlungen und unterbringungsähnlichen Maßnahmen	32
5.5 Ausschöpfen milderer Mittel	33
5.6 Ausblick für die Praxis	34
<b>6 Das Konzept des offenen Dialogs</b>	<b>34</b>
6.1 Prinzipien des offenen Dialogs	36
6.2 Schlüsselemente	40
6.3 Zwangsvermeidende Aspekte des „offenen Dialogs“	44
<b>7 Die Einbindung der Sozialen Arbeit in die psychiatrische Krisenintervention – Chancen und Ausblick</b>	<b>50</b>
7.1 Individuelle Ebene	51
7.2 Institutionelle Ebene	52
7.3 Öffentliche bzw. politische Ebene	53
<b>8 Fazit</b>	<b>56</b>
<b>Literaturverzeichnis</b>	<b>59</b>
<b>Entscheidungsverzeichnis</b>	<b>67</b>

## Abkürzungsverzeichnis

Abs.	Absatz
Art.	Artikel
BayObLG	Bayrisches Oberstes Landesgericht
BayObLGZ	Entscheidungen des BayObLG in Zivilsachen
BayUnterbrG	Bayerisches Unterbringungsgesetz
BfJ	Bundesamt für Justiz
BGB	Bürgerliches Gesetzbuch
BGH	Bundesgerichtshof
BMAS	Bundesministerium für Arbeit und Soziales
BVerfG	Bundesverfassungsgericht
ca.	Circa
CAT	Convention against torture
DBSH	Deutscher Berufsverband für Soziale Arbeit
DGPPN	Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e. V.
DIMR	Deutsches Institut für Menschenrechte
DNotZ	Deutsche Notar-Zeitschrift
ebd.	Ebenda
et al.	Et alii (und andere)
e. V.	Eingetragener Verein
f./ff.	Folgend/Fortfolgende
FamFG	Gesetz über das Verfahren in Familiensachen und in den Angelegenheiten der freiwilligen Gerichtsbarkeit
GG	Grundgesetz
ggf.	gegebenenfalls
Hrsg.	Herausgeber*in
IASSW	International Association of Schools of Social Work
IFSW	International Federation of Social Workers
i.V.m.	In Verbindung mit
Jg.	Jahrgang
KHGG NRW	Krankenhausgestaltungsgesetz des Landes Nordrhein-Westfalen
lit.	littera (Buchstabe)
LZG NRW	Landeszentrum Gesundheit Nordrhein-Westfalen
MDS	Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e. V.

MHE	Mental Health Europe
NJW	Neue Juristische Wochenschrift
NJW-RR	NJW-Rechtssprechung-Report Zivilrecht (Zeitschrift München: C. H. Beck)
NJWE-FER	NJW-Entscheidungsdienst Familien- und Erbrecht
Nr./No.	Nummer
NRW	Nordrhein-Westfalen
OLG	Oberlandesgericht
PPP-RL	Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie
PsychKG NRW	Gesetz über Hilfen und Schutzmaßnahmen bei psychischen Krankheiten Nordrhein-Westfalen
Rn.	Randnummer
s.	Siehe
S.	Seite
SGB	Sozialgesetzbuch
StGB	Strafgesetzbuch
u. a.	unter anderem/n
UN	United Nations
UN-BRK	UN-Behindertenrechtskonvention
v.	von/vom
vgl.	vergleiche
z. B.	zum Beispiel
ZEKO	Zentrale Ethikkommission bei der Bundesärztekammer
zit. n.	zitiert nach

## 1 Einleitung

Die vorliegende Arbeit beschäftigt sich mit der Frage, wie volljährige Menschen in Krisensituationen optimal behandelt werden können. Da der Begriff Krise in der Fachliteratur nicht einheitlich definiert ist (vgl. LZG NRW 2017, Teil B, S.15), wird er für den hier gegebenen Rahmen folgendermaßen eingegrenzt: Häufig wird Krise als ein Kontinuum verstanden, zu dem sowohl (akute) psychosoziale Notlagen als auch psychiatrische Notfälle gehören (vgl. ebd., Teil A S. 5). Eine Krise kann eine Reaktion auf eine belastende Situation darstellen (vgl. Schleuning 2014, S. 38). Dadurch wird deutlich, dass potenziell jeder Mensch betroffen sein kann. Eine Krise kann aber auch durch eine psychische Erkrankung hervorgerufen werden (vgl. ebd.). Die belastende Situation bzw. die Erkrankung kann von dem\*der Betroffenen nicht bewältigt werden, da sie ihn\*sie überfordert und seine\*ihre persönlichen Bewältigungsstrategien nicht greifen (vgl. ebd., S. 34). Somit kann die Person dieser allgegenwärtigen Belastung seelisch nicht standhalten. Bei einer psychosozialen Krise handelt es sich eher um eine subjektiv empfundene Belastung (vgl. ebd., S. 91). Im Gegensatz dazu ist ein psychiatrischer Notfall mit der Selbst- bzw. Fremdgefährdung von Gesundheit oder sogar Leben durch den\*die Betroffene\*n und daher auch mit einem erhöhten Interventionsdruck verbunden (vgl. Neumann 2017, S. 250).

In solch überwältigenden Situationen kann es nach aktueller Rechtsauffassung nötig sein, dass hinzugezogenes psychiatrisches Personal Betroffenen mit Zwang begegnet, um Schaden abzuwenden (vgl. Stein 2009, S. 91). Allerdings stellt es für das Personal in Situationen, die möglicherweise schnelles Handeln erfordern, eine Herausforderung dar, eine psychosoziale Krise von einem psychiatrischen Notfall zu unterscheiden (vgl. ebd., S. 140; vgl. auch Neumann 2017, S. 252). Wird die Grenze zwischen psychosozialer Krise und psychiatrischem Notfall zu früh gesetzt, wird es wahrscheinlicher, dass die positiven Entwicklungschancen, die einer Krisensituation innewohnen können, verborgen bleiben und im schlimmsten Fall sogar langfristige Symptome, Traumatisierungen und Behandlungsablehnungen hervorgerufen werden (vgl. ebd., S. 253 ff; vgl. auch Schleuning 2014, S. 36). Auch der Eingriff in die Selbstbestimmung des\*der Betroffenen (vgl. Knuf 2016, S. 55) sowie die mögliche Diskriminierung oder Exklusion durch Zwang (vgl. UN 2017a Rn. 13) müssen in diese Überlegung mit einbezogen werden. Ungeachtet um welche Form von Krise es sich handelt, ist das psychiatrische Personal aber in der Pflicht, alle Möglichkeiten auszuschöpfen, einer Krise mit geeigneten, weniger eingreifenden Alternativen zu Zwang zu begegnen (vgl. Brosey, Osterfeld 2017, S. 140). Hier spielt auch der sozialpsychiatrische Grundsatz „ambulant vor stationär“ eine wichtige Rolle (vgl. Neumann 2017, S. 253). Seit Jahren wird allerdings bemängelt, dass mildere Mittel zu

wenig zur Verfügung stehen oder nicht genutzt werden (vgl. Aichele 2016, S. 34; vgl. DIMR 2015, Rn. 104).

Da auch Sozialarbeiter\*innen in vielfältiger Weise im psychiatrischen Bereich zum Einsatz kommen, sind sie mitunter ebenfalls in psychiatrische Zwangsmaßnahmen eingebunden. Auch wenn die Anordnung einer solchen Maßnahme in der Hand von ärztlichem Personal liegt, sehen Sozialarbeiter\*innen sich dennoch in einem zugespitzten Spannungsfeld zwischen Hilfe und Kontrolle (vgl. Kaminsky 2017, S. 171). Nach der Definition Sozialer Arbeit der internationalen Verbände und nach den berufsethischen Prinzipien des Deutschen Berufsverbands für Soziale Arbeit (DBSH) stellen die Menschenrechte einen maßgeblichen Bezugsrahmen Sozialer Arbeit dar (vgl. IFSW 2014; vgl. DBSH 2014, S. 16 f.). Die Soziale Arbeit wird in der Fachliteratur sogar als Menschenrechtsprofession definiert (vgl. u. a. Staub-Bernasconi 2008, S. 9 ff.). Daher kommt der Sozialen Arbeit die Aufgabe zu, die Einhaltung dieses Bezugsrahmens zu überprüfen und menschenrechtskonforme Strukturen zu fördern (vgl. Staub-Bernasconi 2018, S. 231). Gerade in der psychiatrischen Praxis spielen Menschenrechte eine besonders wichtige Rolle:

In psychischen Krisensituationen befinden sich betroffene Einzelpersonen in menschenrechtlich äußerst vulnerablen Situationen. Schon allein diese Gesichtspunkte machen eine eingehende (und immer wieder neu zu führende) politische Auseinandersetzung über die Gewährleistung von den Menschenrechten in der Psychiatrie notwendig. (DIMR 2012, S. 3)

Daher soll das Übereinkommen der Vereinten Nationen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen (UN-BRK), das die universellen Menschenrechte konkret für Menschen mit Behinderungen<sup>1</sup> garantiert (Art. 1 UN-BRK), in die Ausarbeitung einbezogen werden. Seit Inkrafttreten der UN-BRK im Jahre 2009 (vgl. Behindertenbeauftragte 2017, S. 2) kam Kritik an der derzeitigen psychiatrischen Praxis auf (vgl. Aichele 2016, S. 18), da die engeren Grenzen, die die UN-BRK psychiatrischen Zwangsmaßnahmen setzt (vgl. ebd., S. 24), oft außer Acht gelassen werden. Hervorzuheben ist die in Art. 12 UN-BRK geforderte Methode der unterstützten Entscheidungsfindung anstelle von ersetzender Entscheidung, die auch für die Psychiatrie richtungsweisend ist. Daher wird im Folgenden überlegt, wie diese Methode in der Krisenintervention eingesetzt werden kann, um dem Willen und den Präferenzen von Menschen in Krisen mehr Beachtung zu schenken. Das Hauptaugenmerk liegt dabei auf dem finnischen Konzept des offenen Dialogs, mit dem Menschen in Krisensituationen und ihr gesamtes Netzwerk ambulant bei Entscheidungsfindungen unterstützt werden können. Durch Übernahme des Konzepts könnte möglicherweise auch in Deutschland in vielen Fällen vermieden werden, dass stationäre Aufenthalte und Verabreichungen von Medikamenten gegen den Willen des\*der Betroffenen durchgesetzt werden.

---

<sup>1</sup> In der vorliegenden Arbeit wird, wie in der UN-BRK, der Begriff „Menschen mit Behinderungen“ verwendet, auch wenn dieser nicht frei von Kritik ist.

Wie Zwang im psychiatrischen Kontext definiert wird, auf welche Art und Weise er ausgeübt wird und welche rechtlichen Rahmenbedingungen für Zwang gelten, wird im folgenden Kapitel näher beleuchtet. Da die Gesetze über die Hilfen, die Schutzmaßnahmen und/oder die Unterbringung psychisch kranker Menschen in jedem Bundesland einzeln gelten und die Angebotsstruktur für diese Gruppe somit variiert, bezieht sich die vorliegende Arbeit insbesondere auf NRW. Anschließend werden im dritten Kapitel die Aufgaben, Haltung und Rolle der Sozialen Arbeit im psychiatrischen Kontext vorgestellt. Im vierten Kapitel werden die menschenrechtlichen Vorgaben, insbesondere die der UN-BRK, die in der psychiatrischen Praxis eine besondere Rolle spielen, näher betrachtet. Daraus ergibt sich das Thema des fünften Kapitels, mildere Mittel, denen in NRW (bzw. in ganz Deutschland) mehr Beachtung geschenkt werden sollte, um Zwang zu vermeiden. Als ein Best-Practice-Beispiel wird im sechsten Kapitel das Konzept des offenen Dialogs vorgestellt. Abschließend wird der Frage nachgegangen, welchen Beitrag die Soziale Arbeit leisten kann, um die psychiatrische Praxis zu verbessern und die Umsetzung der UN-BRK voranzutreiben. In einem Fazit werden dann die gewonnenen Erkenntnisse zusammengefasst.

## **2 Zwang im psychiatrischen Kontext**

Der Artikel 2 Abs. 1 des Grundgesetzes (GG) garantiert das Recht auf die freie Entfaltung der Persönlichkeit. Das gibt einer Person die Freiheit, selbstbestimmt und nach dem eigenen Willen Entscheidungen zu treffen und nach diesen zu handeln, solange sie damit nicht die Rechte anderer einschränkt. In psychiatrischen Situationen, in denen Zwang ausgeübt wird, wird in dieses Recht eingegriffen, denn „wo Zwang herrscht, mangelt es an Freiwilligkeit“ (Kaminsky 2015, S. 5). In solchen Zwangskontexten wird sich über den Willen einer Person hinweggesetzt und ihre Selbstbestimmung eingeschränkt (vgl. Deutscher Ethikrat 2018, S. 72). Diese Einschränkung ist ein von außen erzeugter, institutionalisierter Gewaltakt (vgl. BMAS 2016, S. 401), wobei Gewalt hier nicht ausschließlich im physischen, sondern auch im psychischen Sinne zu verstehen ist (vgl. ZEKO 2013, S. 1335). Zwang geht also mit Machtausübung und somit auch Unterdrückung einher.

Neben dem Recht auf freie Entfaltung der Persönlichkeit können durch Zwang auch weitere Grundrechte berührt bzw. beschnitten werden, wie der Schutz der Menschenwürde (Art. 1 Abs. 1 GG), das Recht auf körperliche Unversehrtheit (Art. 2 Abs. 2 GG), auf Freizügigkeit im Bundesgebiet (Art. 11 Abs. 1 GG) oder auch auf Unverletzlichkeit der Wohnung (Art. 13 Abs. 1 GG). Jeglicher Eingriff in die Grundrechte bedarf laut Artikel 104 Abs. 2 GG einer gesetzlichen Legitimation, die an späterer Stelle genauer betrachtet wird.

Von Zwang im psychiatrischen Kontext kann nur unter der Voraussetzung die Rede sein, dass der\*die Betroffene eine medizinisch gebotene Maßnahme ablehnt oder sich gegen die Maßnahme wehrt (vgl. BayObLG, BayObLGZ, 1996, S. 34; vgl. ZEKO 2013, S. 1335). In diesem Fall spielt die Frage der Einwilligungsfähigkeit, also die Frage, inwieweit der\*die Betroffene über einen freien Willen verfügt, eine wichtige Rolle. „Denn der Staat hat von Verfassungs wegen nicht das Recht, seine erwachsenen und zur freien Willensbestimmung fähigen Bürger[\*innen – I.K.] zu erziehen, zu bessern oder zu hindern, sich selbst gesundheitlich zu schädigen“ (BayObLG, NJWE-FER, 2001, S. 150). Eine unter freiem Willen entschiedene Ablehnung einer gebotenen Maßnahme ist allerdings kein Indiz für eine Einwilligungsunfähigkeit (vgl. BGH, NJW, 2011, S. 3518), da jeder grundsätzlich eine gewisse „Freiheit zur Krankheit“ hat (vgl. BVerfG, NJW, 1982, S. 693). Als einwilligungsunfähig im psychiatrischen Kontext wird eine Person eingestuft, die nach der Aufklärung über eine ärztliche Maßnahme die Art, Notwendigkeit und Folgen dieser Maßnahme nicht beurteilen kann (vgl. Jürgens 2019, § 1904 BGB, Rn. 10). Außerdem gilt eine Person als einwilligungsunfähig, wenn sie die Maßnahme zwar einstufen, aber nicht nach dieser Erkenntnis handeln kann (vgl. ebd.). Es handelt sich hierbei weder um einen dauerhaften (vgl. Scholten, Vollmann 2017, S. 30), noch um einen „allein aus der Diagnose [zu ziehenden]“ Zustand der Person (Brosey, Osterfeld 2017, S. 143). Eine einwilligungsunfähige Person ist nicht in der Lage, einen freien Willen über den Eingriff in ihre persönlichen Rechtsgüter zu bilden (vgl. ZEKO 2016, S. 2). Allerdings kann der\*die Betroffene Maßnahmen dennoch mit seinem\*ihrem natürlichen Willen ablehnen, dieser ist rechtlich allerdings weniger verbindlich (vgl. Scholten, Vollmann 2017, S. 27 f.). Bei Selbst- oder Fremdgefährdung kann der Fall eintreten, dass dieser natürliche Wille überwunden und Zwang angewendet werden darf (vgl. Deutscher Ethikrat 2018, S. 27).

Doch auch wenn die Tatbestandsmerkmale der gesetzlichen Regelungen erfüllt sind, darf der Eingriff durch die Anwendung von Zwang nur vollzogen werden, wenn der verfassungsrechtliche Grundsatz der Verhältnismäßigkeit eingehalten wird (vgl. Brosey, Osterfeld 2017, S. 140). Das bedeutet, dass eine Zwangsmaßnahme unter anderem einen legitimen Zweck erfüllen muss (vgl. ebd.). Infrage kommen hier nur der Zweck der Abwendung von Selbst- oder ggf. auch Fremdgefährdung oder, im Falle einer Zwangsbehandlung, der Zweck der Therapie (vgl. Jäger 2019, S. 197). Zwang wird in Fällen von Einwilligungsunfähigkeit und drohenden Gefahren angewendet, weil der Staat die Pflicht hat, zum Schutz des Lebens und der körperlichen Unversehrtheit der Person (Art. 2 Abs.2 GG) einzugreifen (vgl. BVerfG, NJW, 2018, S. 2621). Außerdem ist „die Psychiatrie ... dem Recht auf Gesundheit verpflichtet“ (Aichele 2016, S. 18). Eine Zwangsmaßnahme kommt nur in Betracht, wenn sie geeignet ist, diesen Zweck zu erfüllen (vgl. Brosey, Osterfeld 2017, S. 140). Wenn ein mildereres, weniger eingreifendes Mittel, mit dem der

Zweck ebenso gut erreicht werden kann, zur Verfügung steht, ist die Zwangsmaßnahme nicht erforderlich und somit nicht rechtmäßig (vgl. ebd.). Dadurch kommen Zwangsmaßnahmen nur als „ultima ratio“, also als letztmögliches Mittel, zu dem es keine Alternative gibt, in Frage (vgl. Jürgens 2019, § 1906a BGB, Rn. 16). Schließlich muss vor der Anwendung einer Zwangsmaßnahme die zu erwartende Beeinträchtigung durch den Grundrechtseingriff gegen den zu erwartenden Nutzen der Maßnahme abgewogen werden (vgl. Brosey, Osterfeld 2017a, S. 47). Bei dieser Risiko-Nutzen-Beurteilung muss sich das psychiatrische Personal allerdings nach der Sichtweise des Betroffenen und seinen\*ihren subjektiven Werten ausrichten (vgl. ebd.).

## **2.1 Formen von Zwang**

Im psychiatrischen Kontext gibt es unterschiedliche Maßnahmen, mit denen unter bestimmten Voraussetzungen die Ausübung von Zwang legal ist. Unterschieden werden die freiheitsentziehende Unterbringung, die unterbringungsähnlichen Maßnahmen sowie die Zwangsbehandlung. Im Folgenden werden die Maßnahmen und der gesetzlich nicht verankerte informelle Zwang erläutert. Anschließend wird auf die Voraussetzungen, unter denen Zwang angewendet werden darf, eingegangen.

### **Freiheitsentziehende Unterbringung**

Laut § 415 Abs. 2 FamFG liegt eine Freiheitsentziehung vor, „wenn eine Person gegen ihren Willen oder im Zustand der Willenlosigkeit insbesondere in einer abgeschlossenen Einrichtung, wie einem Gewahrsamsraum oder einem abgeschlossenen Teil eines Krankenhauses, festgehalten wird“. Darüber hinaus wird ihr Aufenthalt überwacht und die Kontaktaufnahme nach außen beschränkt (vgl. OLG Düsseldorf, NJW, 1963, S. 398). Das Instrument der Unterbringung dient der Abwehr von Gefahren (vgl. Steinert, Vollmann 2017, S. 62).

### **Unterbringungsähnliche Maßnahmen**

Auch bei unterbringungsähnlichen Maßnahmen sollen Gefahren durch eine Beschränkung der Bewegungsfreiheit gegen den Willen des Betroffenen abgewendet werden (vgl. Steinert 2008, S. 111). Man unterscheidet hauptsächlich zwischen mechanischen Maßnahmen, freiheitsentziehenden Medikamenten und anderen Maßnahmen (vgl. Dodegge, Zimmermann 2018, S. 160 f., Rn. 310). Unter mechanische Maßnahmen fallen z. B. Bettgitter, Türschlösser und komplizierte Schließmechanismen. Dazu zählen außerdem die Fixierung einer Person, also das Festbinden mit Gurten am Bett (vgl. Steinert 2008, S. 108), sowie die Isolierung einer Person, also die Absonderung in einem geschlossenen Raum (vgl. ebd., S. 106). Aber auch durch Medikamente kann einer Person die Freiheit

entzogen werden (vgl. Dodegge, Zimmermann 2018, S. 161, Rn. 310). Das ist zum Beispiel der Fall, wenn einer Person Schlafmittel verabreicht werden, um ihr das Verlassen einer Einrichtung unmöglich zu machen (vgl. ebd.). Auch die Ausübung von Druck, Drohungen oder Täuschung können eine Freiheitsentziehung darstellen (vgl. Jürgens 2019, § 1906 BGB, Rn. 33). Es liegt keine Freiheitsbeschränkung vor, wenn der\*die Betroffene keinen Willen zur Fortbewegung hat (vgl. Dodegge, Zimmermann 2018, S. 317, Rn. 4).

### **Zwangsbehandlung**

Für eine ärztliche Behandlung bedarf es grundsätzlich einer Einwilligung der zu behandelnden Person, da dies einen Eingriff in die körperliche Integrität darstellt (Art. 2 Abs. 2 GG, vgl. ZEKO 2013, S. 1337). Die Person kann bei vorhandener Einwilligungsfähigkeit auch eine lebensnotwendige Behandlung ablehnen („Freiheit zur Krankheit“, vgl. BVerfG, NJW, 1982, S. 693). Weil eine Behandlung gegen den freien Willen einer Person eine Körperverletzung nach § 223 StGB darstellt, kommen sogenannte Zwangsbehandlungen, nur bei einwilligungsunfähigen Personen in Frage (vgl. ZEKO 2013, S. 1335). Der Betroffene kann also die Notwendigkeit der Behandlung nicht erkennen oder nicht nach dieser Einsicht handeln (§ 1906a Abs. 1 Nr. 2 BGB, § 18 Abs. 4 PsychKG NRW). Durch die Behandlung soll die Einsichts- und Entscheidungsfähigkeit des\*der Betroffenen wiederhergestellt werden (vgl. BVerfG, NJW, 2011, S. 2115). Denkbar wären hier beispielsweise die Verabreichung von Medikamenten zur Behandlung psychischer Krankheiten oder geistigen oder seelischen Behinderungen oder ggf. einer sonstigen Erkrankung (vgl. Jürgens, 2019, § 1906a BGB Rn. 6), eine Injektion oder künstliche Ernährung (vgl. Dodegge, Zimmermann 2018, S. 290 Rn. 5), der der\*die Betroffene nicht eingewilligt hat oder der er\*sie sich widersetzt. Solche Behandlungen gegen oder ohne den Willen des\*der Betroffenen dürfen nur im Rahmen eines stationären Aufenthaltes durchgeführt werden (§ 1906a Abs. 1 Nr. 7 BGB; § 18 Abs. 1 und 4 PsychKG NRW; vgl. BVerfG, NJW, 2017, S. 53).

### **Informeller Zwang**

In der psychiatrischen Praxis sind aber auch Zwangssituationen denkbar, die keine rechtliche Grundlage haben. Hierunter fallen Situationen, in denen der\*die Betroffene aufgrund von Druck, Überredung, Täuschung oder Drohung Entscheidungen trifft, die nicht seinem\*ihrem Willen entsprechen (vgl. ZEKO 2013, S. 1335). Der Zwang entsteht also durch die Art und Weise, wie vermittelt, beraten oder kommuniziert wird (vgl. Jäger 2019, S. 193). Solche Situationen sind verdeckter als Maßnahmen, die auf einer gesetzlichen Grundlage basieren (vgl. ebd., S. 196).

## **2.2 Rechtlicher Rahmen für Zwang im psychiatrischen Kontext in NRW**

Zwang im psychiatrischen Kontext und der damit verbundene Grundrechtseingriff sind in NRW auf verschiedenen Gesetzesgrundlagen und unter bestimmten Voraussetzungen legal. Zu unterscheiden sind freiheitsentziehende Maßnahmen und Zwangsbehandlungen auf Grundlage des bundesweit geltenden Betreuungsrechts, bei denen zumeist dem rechtlichen Betreuer eine entscheidende Rolle zukommt (geregelt im BGB), sowie des Gesetzes über Hilfen und Schutzmaßnahmen bei psychischen Krankheiten (PsychKG NRW), das ausschließlich für das Land NRW gilt und bei dem die örtliche Ordnungsbehörde ein wichtiger Akteur ist. Bei den zivilrechtlichen Regelungen muss eine psychische Krankheit oder geistige oder seelische Behinderung vorliegen, aufgrund derer er\*sie seinen\*ihren Willen nicht frei bestimmen kann (§§ 1906 Abs. 1, 1906a Abs. 1 Nr. 2 BGB; vgl. Jürgens 2019, § 1906 BGB, Rn. 11). Das PsychKG NRW bezieht sich ausschließlich auf Personen mit psychischer Krankheit, worunter behandlungsbedürftige Psychosen sowie andere behandlungsbedürftige psychische Störungen und Abhängigkeitserkrankungen von vergleichbarer Schwere fallen (§ 1 Abs. 1 Nr. 1 und 2 und Abs. 2 PsychKG NRW). Die Maßnahmen gegen den Willen des\*der Betroffenen sind zu dokumentieren (§ 630f BGB, § 16 Abs. 2 PsychKG NRW, BVerfG NJW 2018, S. 2623). Der Betroffene, wichtige Angehörige, andere wichtige Personen, der\*die Verfahrenspfleger\*in, der\*die Betreuer\*in oder die zuständige Behörde können Beschwerde gegen die Maßnahmen einlegen (§§ 305 und 335 FamFG).

### **Zivilrechtliche Unterbringung**

Die zivilrechtliche Unterbringung und ihre Voraussetzungen sind in § 1906 BGB geregelt. Hiernach können nur Personen, für die ein\*e gesetzliche\*r Betreuer\*in bestellt wurde, zwangsweise untergebracht werden (§ 1906 Abs. 1 BGB). Die Aufgabenkreise, für die der\*die Betreuer\*in bestellt wurde, müssen allerdings die Unterbringung umfassen. Außerdem kann die zivilrechtliche Unterbringung auch durch eine\*n schriftlich zur Unterbringung Bevollmächtigte\*n (§ 1906 Abs. 5 BGB) oder in Ausnahmefällen auch vom Familiengericht (§ 1846 i. V. m. § 1908i) veranlasst werden. Um eine betreute Person unterzubringen, müssen laut Gesetz einige Voraussetzungen erfüllt sein: Die Unterbringung ist laut § 1906 Abs. 1 BGB auf das Wohl des\*r Betroffenen ausgerichtet. Entweder soll durch die Unterbringung eine Suizidgefahr oder ein drohender gesundheitlicher Schaden abgewendet oder eine Untersuchung des Gesundheitszustands, eine Heilbehandlung oder ein ärztlicher Eingriff möglich gemacht werden, wenn diese aufgrund eines drohenden gesundheitlichen Schadens nötig und ohne die Unterbringung nicht durchzuführen sind (§ 1906 Abs. 1 Nr. 1 und 2 BGB). Die Regelung ist also ausschließlich bei Selbstgefährdung aufgrund einer psychischen Krankheit oder geistigen oder seelischen Behinderung anwendbar. Für die Gefährdung der eigenen Person müssen „objekti-

vierbare und konkrete Anhaltspunkte“ vorliegen (BGH, DNotZ 2019, S. 457). Somit kommen neben einer Suizidgefahr auch Selbstgefährdungen wie z. B. Selbstverletzungen, mangelnde Nahrungszufuhr oder ein schwerer Gesundheitsschaden durch unbehandelte Krankheiten in Betracht (vgl. Dodegge, Zimmermann 2018, S. 130, Rn. 234 und S. 132, Rn. 241). Wenn ein Suizidversuch unter freiem Willen vorgenommen wurde oder ein drohender gesundheitlicher Schaden mit dem freien Willen in Kauf genommen wird, darf keine Unterbringung veranlasst werden (vgl. BayObLG, BayObLGZ 1993, S. 18). Hier ist erneut auf die „Freiheit zur Krankheit“ zu verweisen, die einen einwilligungsfähigen kranken Menschen zur Selbstbestimmung berechtigt (vgl. BVerfG, NJW, 1982, S. 693). Der\*Die Betreuer\*in oder Bevollmächtigte darf also eine Unterbringung nur veranlassen, wenn der\*die Betroffene einwilligungsunfähig ist und die Notwendigkeit der Unterbringung nicht erkennt.

Für die zivilrechtliche Unterbringung ist laut § 1906 Abs. 2 BGB eine richterliche Genehmigung erforderlich. Grundsätzlich ist dem\*der Betroffenen eine persönliche Anhörung (§ 319 Abs. 1 FamFG), im Interesse des\*der Betroffenen auch die Anhörung weiterer wichtiger Personen (§ 315 Abs. 4 FamFG) und, falls förderlich, die Bestellung eines\*r Verfahrenspfleger\*in (§ 317 FamFG) im gerichtlichen Verfahren garantiert. Außerdem wird ein Sachverständigengutachten (§ 321 Abs. 1 FamFG) eingeleitet, d. h. der\*die Betroffene muss persönlich von ärztlichem Fachpersonal mit Erfahrung auf dem Gebiet der Psychiatrie untersucht werden (vgl. Jürgens 2019, § 321 FamFG, Rn. 3). Wenn der\*die Betroffene die Voraussetzungen nach § 1906 Abs. 1 BGB erfüllt, genehmigt das Gericht die Maßnahme. Allerdings muss in den meisten Fällen aufgrund von Gefährdungssituationen schnell gehandelt werden, weshalb eine Entscheidung des Gerichts nicht abgewartet werden kann (vgl. Dodegge, Zimmermann 2018, S. 30, Rn. 20). Dann kann eine vorläufige Unterbringung veranlasst werden. Für die Gefährdungssituation müssen konkrete Anhaltspunkte vorliegen, dass die Voraussetzungen nach § 1906 Abs. 1 BGB erfüllt sind (§ 331 Abs. 1 Nr. 1 FamFG). Dann sind lediglich ein ärztliches Zeugnis, eine persönliche Anhörung des\*der Betroffenen und der Beteiligten und ggf. die Bestellung eines\*r Verfahrenspfleger\*in nötig (§ 331 Abs. 1 Nr. 2–4). Bei gesteigerter Dringlichkeit kann zunächst auch auf die persönliche Anhörung des\*der Betroffenen sowie der Beteiligten und die Bestellung des\*der Verfahrenspfleger\*in verzichtet werden (§ 332 FamFG). Am nächsten Arbeitstag sind diese Schritte aber nachzuholen (vgl. Jürgens 2019, § 332 FamFG, Rn. 3). Wenn die Voraussetzungen für die Unterbringung nicht mehr vorliegen, muss der\*die Betreuer\*in bzw. Bevollmächtigte die Unterbringung beenden (§ 1906 Abs. 3 BGB). Laut § 329 FamFG endet die Unterbringung spätestens nach einem Jahr. Wenn eine längere Unterbringungsbedürftigkeit vorliegt, kann sie auch erst nach zwei Jahren enden.

## Öffentlich-rechtliche Unterbringung

Eine Person kann aber auch auf der Grundlage des PsychKG NRW untergebracht werden. Hier sind einige Unterschiede in der Regelung zu beachten, die im Folgenden aufgeführt werden.

Die Unterbringung nach dem PsychKG NRW hat nicht wie die zivilrechtliche Unterbringung ausschließlich zum Ziel, Selbstgefährdungen abzuwenden, sondern auch erhebliche Fremdgefährdungen (§ 11 Abs. 1 PsychKG NRW). Unter Letztere fallen Gefährdungen für Leib und Leben anderer sowie ggf. von Sachgütern (vgl. Dodegge, Zimmermann 2018, S. 239, Rn. 10). Denkbar wären beispielsweise schwere Körperverletzung, schwere Sexualdelikte oder Brandstiftung (vgl. ebd., S. 240, Rn. 10). „Belästigungen und querulatorische Verhaltensweisen psychisch kranker Menschen reichen wegen der Schwere des Grundrechtseingriffs für eine Unterbringung nicht aus“ (Marschner 2009, S. 74). Außerdem rechtfertigt auch hier eine fehlende Bereitschaft, sich behandeln zu lassen, eine Unterbringung nicht (§ 11 Abs. 1 PsychKG NRW). Eine weitere Voraussetzung für die Unterbringung ist, dass die Gefahr, die von dem\*der Betroffenen ausgeht, durch seine\*ihre Krankheit bedingt ist (§ 11 Abs. 1 PsychKG NRW). Hier ist allerdings nicht unumstritten, ob die Einwilligungsfähigkeit wie bei der zivilrechtlichen Unterbringung ausgeschlossen sein muss. Dodegge und Zimmermann interpretieren den Gesetzestext so, dass „die freie Willensbestimmung ... nicht ausgeschlossen sein“ muss (Dodegge, Zimmermann 2018, S. 116, Rn. 204). Für eine öffentlich-rechtliche Unterbringung reicht laut Dodegge und Zimmermann schon die Beeinträchtigung freien Willensbestimmung, durch die der\*die Betroffene keinen freien Willen hinsichtlich der Selbst- oder Fremdgefährdung bilden kann (vgl. ebd., S. 243, Rn. 13; ebenso zum BayUnterbrG vgl. BayObLG 2001, S. 352 f.). Kunze kommt im Gegensatz dazu zu einer anderen Auslegung: Nach ihrer Ansicht muss „die freie Willensbestimmung ... [– wie bei der zivilrechtlichen Unterbringung – I.K.] durch die Erkrankung ausgeschlossen sein“ (Kunze, 2017, § 23 Rn. 76). Diese Auffassung wird vom Bayerischen Obersten Landesgericht unterstützt (vgl. BayObLG, Beschluss v. 17.12.2001, 3 Z BR 386 / 01). Für diese Position spricht auch, dass es sich bei einer unter freier Willensbestimmung getätigten Fremdgefährdung um eine Straftat handelt, für die der\*die Betroffene die Verantwortung übernehmen muss (vgl. ebd.). Damit käme auch eine öffentlich-rechtliche Unterbringung nicht in Frage (vgl. ebd.). Außerdem muss die Voraussetzung erfüllt sein, dass die Gefahr, die von dem\*der Betroffenen ausgeht, – anders als bei der zivilrechtlichen Unterbringung – gegenwärtig ist (§ 11 Abs. 1 PsychKG NRW). In § 11 Abs. 2 PsychKG NRW wird definiert, dass dies der Fall ist, „wenn ein schadenstiftendes Ereignis unmittelbar bevorsteht oder sein Eintritt zwar unvorhersehbar, wegen besonderer Umstände jedoch jederzeit zu erwarten ist“. Während in der zivilrechtlichen Regelung die Einrichtungen, in

die untergebracht wird, nicht bestimmt werden, werden im PsychKG NRW psychiatrische Fachkrankenhäuser, psychiatrische Fachabteilungen eines Allgemeinkrankenhauses oder einer Hochschulklinik als geeignete Einrichtungen genannt (§ 10 Abs. 2 PsychKG NRW). Diese müssen geeignete Sicherungsmaßnahmen treffen, aber gleichzeitig so offen wie möglich gestaltet sein (§ 10 Abs. 2 PsychKG NRW).

Auch für die öffentlich-rechtliche Unterbringung ist eine richterliche Genehmigung erforderlich (Art. 104 Abs. 2 GG) und das Verfahren ist ebenfalls in §§ 312–339 FamFG geregelt. Zusätzlich existiert die Möglichkeit der sofortigen Unterbringung ohne vorherige gerichtliche Entscheidung nach § 14 PsychKG NRW. Die Unterbringung muss ebenfalls beendet werden, wenn die Voraussetzungen nicht mehr vorliegen (§ 15 Satz 2 PsychKG NRW) und endet, wenn vom Gericht nicht anders verordnet, spätestens nach einem Jahr bzw. bei längerer Unterbringungsbedürftigkeit nach zwei Jahren (§ 329 FamFG).

### **Unterbringungsähnliche Maßnahmen in NRW**

In NRW bietet auch für unterbringungsähnliche Maßnahmen sowohl das Betreuungsrecht als auch das PsychKG NRW rechtliche Grundlagen. Maßnahmen nach § 1906 Abs. 4 BGB setzen voraus, dass dem\*der Betroffenen ein\*e Betreuer\*in mit einem die Maßnahmen umfassenden Aufgabenkreis bestellt wurde oder er\*sie eine\*n schriftlich Bevollmächtigte\*n hat (vgl. Dodegge, Zimmermann 2018, S. 158 Rn. 302) Außerdem muss er\*sie sich in einem Krankenhaus, einem Heim oder einer anderen Einrichtung befinden (§ 1906 Abs. 4 BGB). Auch die unterbringungsähnlichen Maßnahmen werden zur Abwendung von Lebens- oder Gesundheitsgefahren bei einwilligungsunfähigen Personen durchgeführt (§ 1906 Abs. 1 BGB).<sup>2</sup> Der § 20 PsychKG NRW begrenzt die möglichen Maßnahmen auf die Beschränkung des Aufenthalts im Freien, die Unterbringung in einem besonderen Raum, das Festhalten statt Fixierung oder die Fixierung (Abs. 1 Nr. 1–4). Der Begriff der Fixierung umfasst hier allerdings sowohl das Festbinden einer Person als auch beispielsweise das Anbringen von Bettgittern oder sogenannten Therapietischen (vgl. Dodegge, Zimmermann 2018, S. 312 Rn. 1). Die Verabreichung von Medikamenten zum Zweck der Freiheitsentziehung ist also nicht auf Grundlage des PsychKG NRW möglich (vgl. ebd., S. 313 Rn.1). Wie bei der Unterbringung nach PsychKG NRW muss eine gegenwärtige erhebliche Selbst- oder Fremdgefährdung vorliegen (§ 20 Abs. 1 PsychKG NRW). Insbesondere Fixierung und Isolierung sind gefährliche Maßnahmen, weil sich Betroffene beispielsweise selbst oder durch Gurte verletzen können (vgl. Steinert 2008, S. 107 und S. 108). Daher ist eine Überwachung durch das Klinikpersonal notwendig (vgl. ebd., § 20 Abs. 3 PsychKG NRW; vgl. BVerfG, NJW, 2018, S. 2623).

---

<sup>2</sup> Laut Dodegge und Zimmermann ist allerdings unklar, „ob unterbringungsähnliche Maßnahmen nicht auch im Drittinteresse (z. B. Schutz von Mitbewohner[\*innen – I. K.], des Pflegepersonals)“ angewendet werden dürfen (Dodegge; Zimmermann 2018, S. 163, Rn. 316).

Bei Isolierung, Festhalten und Fixierung nach dem PsychKG NRW soll jeweils die für den Betroffenen am wenigsten eingreifende Maßnahme angewendet werden (§ 20 Abs. 1 PsychKG NRW). Außerdem muss eine Maßnahme nach § 20 PsychKG NRW grundsätzlich angekündigt und begründet werden, es sei denn eine Gefahr muss dringend durch eine Fixierung abgewendet werden (Abs. 3). Auch Zwangsmaßnahmen sind zu beenden, sobald die Voraussetzungen nach § 1906 BGB bzw. § 20 PsychKG NRW wegfallen.

Eine unterbringungsähnliche Maßnahme (im PsychKG NRW ausschließlich Fixierung) bedarf einer richterlichen Genehmigung, wenn diese entweder über einen längeren Zeitraum oder regelmäßig bei einer Person eingesetzt wird (§ 1906 Abs. 4 BGB, § 20 Abs. 2 PsychKG NRW). Genauer definiert sind das Maßnahmen, die mehr als eine halbe Stunde andauern (vgl. BVerfG, NJW, 2018, S. 2619), immer zur selben Zeit angewendet werden oder eine Reaktion auf immer denselben Anlass darstellen (vgl. Dodegge, Zimmermann 2018, S. 160, Rn. 309). Das Verfahren ist ebenfalls in §§ 312 ff. FamFG geregelt, eine einstweilige Anordnung nach §§ 331 und 332 FamFG ist auch möglich. Ein Unterschied ist allerdings, dass für die Genehmigung einer freiheitsentziehenden Maßnahme nach § 312 Nummer 2 oder 4 ein ärztliches Zeugnis genügt, während für die Unterbringung ein Gutachten erforderlich ist (§ 321 Abs. 1 und 2 FamFG).

### **Zwangsbehandlung in NRW**

Auch die Zwangsbehandlung ist sowohl im Betreuungsrecht (§ 1906a BGB) als auch im PsychKG NRW (§ 18 PsychKG NRW) geregelt. Auf der Grundlage von § 1906a BGB können Personen, die eine\*n Betreuer\*in mit geeignetem Aufgabenkreis oder eine\*n Bevollmächtigte\*n mit schriftlicher Vollmacht für den Bereich der Behandlung (§ 1906a Abs. 5 BGB) haben, gegen ihren Willen behandelt werden. Eine solche Behandlung hat zum Ziel, einen drohenden erheblichen gesundheitlichen Schaden abzuwenden. Somit dient sie ausschließlich dem Wohl der betreuten Person. Der Schaden kann entweder durch die der Unterbringung zugrunde liegenden psychischen Krankheit oder geistigen oder seelischen Behinderung oder durch eine andere Erkrankung drohen (vgl. Jürgens 2019, § 1906a BGB, Rn. 6). Nach § 18 Abs. 4 und 5 PsychKG NRW kann dagegen nur die Erkrankung gegen den Willen behandelt werden, die Anlass der Unterbringung ist. Zwangsbehandlungen dienen dann der Abwendung von Lebensgefahr oder Gefahren für die Gesundheit der betroffenen Person und außerdem zur Abwendung solcher Gefahren für Dritte (§ 18 Abs. 4 PsychKG NRW). Da eine Zwangsbehandlung nur im Rahmen einer Unterbringung durchgeführt werden kann, sind dritte Personen beispielsweise ärztliches Personal, andere Mitarbeiter\*innen der Einrichtung und Mitpatient\*innen (vgl. Dodegge, Zimmermann 2018, S. 292, Rn. 5). Wenn eine Patientenverfügung nach § 1901a BGB vorliegt, sind die durch den\*die Betroffenen verfassten Einwilligungen und Untersagungen zu beachten (§ 1906a Abs. 1 Nr. 3 BGB, § 18 Abs. 4 PsychKG NRW). Wenn keine

Patientenverfügung vorliegt, muss der\*die Betreuer\*in bei Zwangsbehandlungen betreuter Personen außerdem den mutmaßlichen Willen bezüglich der Behandlung anhand konkreter Anhaltspunkte ermitteln (§ 1901a Abs. 2 BGB). Nach § 18 Abs. 5 Nr. 2 PsychKG NRW muss eine rechtzeitige Ankündigung der Behandlung erfolgen, damit der\*die Betroffene die Möglichkeit hat, Rechtsschutz zu suchen. Außerdem muss zuvor mit dem nötigen Zeitaufwand und ohne Druck versucht worden sein, den\*die Betroffene\*n zu überzeugen (§ 1906a Abs. 1 Nr. 4 BGB, § 18 Abs. 5 PsychKG NRW, vgl. BGH, NJW-RR, 2018, S. 1477). Auch bei Zwangsbehandlungen gilt der Grundsatz der Verhältnismäßigkeit. So kommen sie nur in Frage, wenn keine weniger belastende Maßnahme den Zweck erfüllen könnte (§1906a Abs. 1 Nr. 5 BGB, § 18 Abs. 5 Nr. 1 PsychKG NRW) und ihre positiven Effekte die negativen überwiegen (§ 1906a Abs. 1 Nr. 6 BGB, § 18 Abs. 5 Nr. 3 PsychKG NRW). Wenn mit der Zwangsbehandlung irreversible Gesundheitsschäden verbunden sind, kommt sie also nicht in Frage (vgl. BVerfG, NJW, 2011, S. 2117). Es gibt allerdings nach § 1904 Abs. 1 BGB die Möglichkeit, auch gefährliche Behandlungen durch die Genehmigung des Betreuungsgerichts möglich zu machen, jedoch nur, wenn der\*die Betreute nicht zur Willensäußerung fähig ist (vgl. BVerfG, Beschluss v. 26.07.2016 – 1 BvL 8/15, Rn. 5). Für Zwangsbehandlungen ist eine von der Unterbringung gesonderte gerichtliche Genehmigung erforderlich (§ 1906a Abs. 2 BGB, § 18 Abs. 6 PsychKG NRW). Das Verfahren sowie das Eilverfahren sind ebenso in den §§ 312–339 FamFG geregelt und werden daher nicht noch einmal aufgeführt.

### **2.3 Daten zu Zwang im psychiatrischen Kontext**

Es stellt sich die Frage, wie häufig Zwang überhaupt angewendet wird, um beurteilen zu können, wie relevant das Thema ist. Allerdings ist in Deutschland die Datenlage zu diesem Thema mangelhaft, was der UN-Fachausschuss für die Rechte von Menschen mit Behinderungen (im Folgenden UN-Ausschuss) kritisiert hat (vgl. UN 2015, Rn. 29). Seit 2017 sollen die betreuungsrechtlichen Daten über eine bundeseinheitliche Betreuungsstatistik erfasst werden (vgl. Deutscher Bundestag 2019, S. 2). Da es bei der Umstellung in manchen Bundesländern zu technischen Problemen kam, setzt die bundesweite Datenerhebung seitdem aus (vgl. ebd.). Daher können keine aktuellen Daten zu Zwangsunterbringung, -maßnahmen und -behandlung dargelegt werden.

Für die betreuungsrechtliche Unterbringung liegt die aktuellste Zahl aus 2016 vor. In diesem Jahr wurden in Deutschland 56.048 Unterbringungen nach § 1906 Abs. 1 Nr. 1 und 2 BGB genehmigt (vgl. BfJ 2018, S. 3). Eine Genehmigung kann sich allerdings auch auf dieselbe Person beziehen, die in einem Jahr mehrfach untergebracht wird oder deren Unterbringung verlängert wird. 2016 wurden 2.066 Unterbringungen abgelehnt (vgl. ebd.).

Die Ablehnung kann aber bei Notfällen auch erst nach der zwangsweisen Unterbringung eingegangen sein. Die Zahl der Genehmigungen nach § 1906 Abs. 1 Nr. 1 und 2 BGB steigt stetig an (vgl. Deinert 2017, S. 28). Während im Jahr 2000 35.107 Genehmigungen und 633 Ablehnungen erteilt wurden, wurden im Jahr 2007 48.889 Unterbringungen nach § 1906 Abs. 1 BGB genehmigt und 1.698 abgelehnt, 2016 waren es dann 56.048 Genehmigungen (s.o.) neben 2.066 Ablehnungen (vgl. BfJ 2018, S. 1–3). In NRW wurden 2015 mit 22.063 betreuungsrechtlichen Unterbringungsverfahren im Vergleich zu anderen Ländern relativ viele Verfahren geführt (vgl. Deinert 2017, S. 29). Zur Unterbringung nach den Landesgesetzen wurden im Jahr 2015 bundesweit 84.677 Verfahren verzeichnet (vgl. Deinert 2017, S. 27). Davon wurden in NRW mit 23.059 Verfahren die meisten geführt (vgl. ebd., S. 29). Das sagt allerdings noch nichts darüber aus, wie viele Unterbringungen genehmigt und vollzogen wurden. Zu beachten ist, dass die hohen Zahlen an Unterbringungsverfahren unter anderem auf die im Vergleich zu den anderen Bundesländern höhere Bevölkerungszahl zurückzuführen sind. Weiterreichende Daten über die freiheitsentziehende Unterbringung existieren nicht (vgl. Teilhabebericht 2016, S. 403). Interessant wären beispielsweise Untersuchungen zu Unterbringungen, die vor der Genehmigung bereits beendet wurden oder bei denen der/die Betroffene freiwillig in der Klinik bleibt, oder Untersuchungen zur durchschnittlichen Unterbringungslänge. Deutschland steht im Vergleich mit anderen europäischen Ländern seit einigen Jahren mit ca. 170 Unterbringungen pro 100.000 Einwohner\*innen an zweiter Stelle, was die Häufigkeit von Zwangsunterbringungen angeht (vgl. Rains et al. 2019, S. 405). Nur Österreich vollzieht mit ca. 280 Unterbringungen je 100.000 Einwohner\*innen seit Jahren deutlich mehr zwangsweise Unterbringungen (vgl. ebd.).

Während 2010 noch 96.119 unterbringungsähnliche Maßnahmen nach § 1906 Abs. 4 BGB genehmigt wurden, sank die Zahl bis 2016 auf 51.097 Genehmigungen (vgl. BfJ 2018, S. 3). Allerdings ist zu beachten, dass die Daten aus 2016 möglicherweise nicht vollständig sind, da in diesem Jahr bereits Erhebungslücken durch die Umstellung auf die Betreuungsstatistik auftraten (vgl. ebd.). In NRW werden bei 3,34 % der Betreuten und bei ca. 0,07 % der Einwohner\*innen unterbringungsähnliche Maßnahmen angewendet (vgl. Deinert 2017, S. 31). Damit liegt NRW unter dem bundesweiten Durchschnitt (4,66 % der Betreuten und 0,072 % der Einwohner\*innen) (vgl. ebd.). Unterbringungsähnliche Maßnahmen werden aber durchaus auch außerhalb von psychiatrischen Krankenhäusern (z. B. in Pflegeheimen) eingesetzt. In stationären Pflegeeinrichtungen wurden im Jahr 2016 bei 8,9 % der Bewohner\*innen unterbringungsähnliche Maßnahmen angewendet, jedoch lag nicht bei allen eine Genehmigung vor und die Notwendigkeit der Maßnahme wurde nicht regelmäßig überprüft (vgl. MDS 2017, S. 10). Für besondere Sicherungsmaßnahmen nach § 20 PsychKG NRW liegen keine expliziten Daten vor.

Es liegen weder für Zwangsbehandlungen nach dem Betreuungsrecht noch für diese nach dem PsychKG NRW aussagekräftige Daten vor. Die Daten zu betreuungsrechtlichen Zwangsmaßnahmen wurden erst seit 2014 erfasst und sind seit 2016 aufgrund der Umstellung der Datenerhebung unvollständig und nur bedingt miteinander in Bezug zu setzen (vgl. Deutscher Bundestag 2019, S. 3). 2014 wurden bundesweit 5745 ärztliche Zwangsmaßnahmen genehmigt<sup>3</sup>, 2016 waren es 3655<sup>4</sup> und 2018 3114<sup>5</sup> (vgl. ebd.). Hinzu kommt, dass in manchen Ländern nur Genehmigungen und nicht die Anordnungen erfasst wurden und daher keine Aussage getroffen werden kann, ob die Behandlung durchgeführt wurde (vgl. ebd.). Daten zu Zwangsbehandlungen nach § 18 PsychKG NRW fehlen. In der Allgemeinen Bemerkung Nr. 1 des UN-Ausschusses wird bemängelt, dass Zwangsbehandlungen laut Datenlage nicht wirksam genug sind, vielmehr sogar Schaden anrichten (vgl. UN 2014, Rn. 42).

Die Häufigkeit der Anwendung von Zwangsmaßnahmen<sup>6</sup> sowie die kumulative Dauer von freiheitsbeschränkenden Zwangsmaßnahmen pro betroffenem Fall variierte im Jahr 2016 zwischen den 32 untersuchten Kliniken (vgl. Steinert 2019, S. 35 und S. 38). Bei 0,3 bis 17,8 % der Patienten wurden Zwangsmaßnahmen angewendet, von denen die freiheitsbeschränkenden Zwangsmaßnahmen kumulativ zwischen ca. 3 und ca. 103 Stunden andauerten (vgl. ebd.). Die Ursachen für die hohe Varianz können nicht eindeutig bestimmt werden, weshalb die Häufigkeit der Anwendung von Zwangsmaßnahmen nicht als eindeutiger Qualitätsindikator für die psychiatrische Praxis in den untersuchten Kliniken dient (vgl. ebd.).

Es wird deutlich, dass der UN-Ausschuss zu Recht besorgt ist über die Datenlage zu Maßnahmen gegen oder ohne den Willen des\*der Betroffenen. Eine Aussage kann man anhand dieser mangelhaften Datenerhebungen nur schwer treffen. Dennoch erhalten diese Zahlen eine wichtige Bedeutung, wenn man bedenkt, dass in jedem erhobenen Fall in die Grundrechte einer Person eingegriffen wurde (vgl. Marschner 2013, S. 204). Zu berücksichtigen ist auch, dass die Anwendung des informellen Zwangs, wie beispielsweise die Androhung von Sanktionen, statistisch nicht erfasst wird.

---

<sup>3</sup> ohne Daten aus Brandenburg

<sup>4</sup> ohne Daten aus Baden-Württemberg und Bremen

<sup>5</sup> ohne Daten aus Baden-Württemberg, Mecklenburg-Vorpommern, Sachsen, Schleswig-Holstein, Thüringen; in Berlin wurde nur das 2. Halbjahr erfasst

<sup>6</sup> sowohl Freiheitsentziehung und -beschränkung als auch Zwangsbehandlung

### **3 Professionelles Selbstverständnis klinischer Sozialarbeit in Hinblick auf Zwang**

In der Erwachsenenpsychiatrie zählen Sozialarbeiter\*innen neben Psycholog\*innen, Pflegefachpersonen und weiteren Berufsgruppen zur grundlegenden Personalausstattung (§ 5 Abs. 1 lit. f PPP-RL). Hier sind sie beispielsweise in den Sozialen Dienst der Klinik eingebunden, der eine Pflichtinstitution in Kliniken darstellt (§ 5 Abs. 2 KHGG NRW). Sozialarbeiter\*innen können aber ebenso im gemeindepsychiatrischen Rahmen, z. B. im ambulant agierenden Sozialpsychiatrischen Dienst (§ 5 Abs. 1 PsychKG NRW), tätig sein. Allgemein gefasst lässt sich sagen, dass die klinische Sozialarbeit „für den Bereich des ‚Sozialen‘“ (vgl. Staub-Bernasconi 2012, S. 9) zuständig ist und die Aufgabe hat, psychisch kranke Menschen vor, während und nach Klinikaufenthalten mit ihren (psycho-) sozialen Anliegen zu betreuen, zu begleiten, zu beraten und Hilfen zu vermitteln (vgl. Walther 2017, S. 29). Die Aufgaben und der Auftrag der Sozialarbeiter\*innen sind zwar (gesetzlich) definiert, die Art und Weise der Ausführung wird aber von ihrem professionellen (ethischen und wissenschaftlichen) Hintergrund bestimmt (vgl. Staub-Bernasconi 2019, S. 83). Dieser Hintergrund wird im Folgenden näher definiert.

#### **3.1 Das professionelle Trippelmandat**

Sozialarbeiter\*innen bewegen sich im psychiatrischen Bereich ebenso wie andere Professionen in dem rechtlichen Handlungsrahmen, der im vorherigen Kapitel beschrieben wurde und der dem psychiatrischen Personal Vorgaben macht. Die Soziale Arbeit hat aber neben dem gesellschaftlichen und institutionellen Mandat<sup>7</sup>, das sich beispielsweise in den gesetzlichen Vorgaben festschreibt, auch ein Klient\*innenmandat. Wenn die Möglichkeit eines\*einer Betroffenen zur selbstbestimmten Entscheidung eingeschränkt wird, weil er\*sie als einwilligungsunfähig eingestuft wird, oder ihm\*ihr mit Zwangsmaßnahmen begegnet wird bzw. werden soll, sehen sich Sozialarbeiter\*innen durch ihr Doppelmandat im Zwiespalt: Einerseits hat die Soziale Arbeit in solchen Situationen das Individuum, seine\*ihre Wünsche und sein\*ihr Bedürfnis nach Selbstbestimmung zu beachten (vgl. Neumann 2017, S. 247). Andererseits hat sie aufgrund von rechtlichen Vorgaben und institutionellen Weisungen die Verpflichtung zur Abwendung von Schaden (vgl. ebd.). Der Konflikt wird dadurch verschärft, dass Eingriffe gegen den Willen von Klient\*innen auch „Schaden zufügen und ihnen Möglichkeiten der Selbstverwirklichung nehmen“ können (Ethikrat 2018, S. 16). Zwar nehmen Sozialarbeiter\*innen in diesen Kontexten keine

---

<sup>7</sup> Ein Mandat ist ein Auftrag ohne konkrete Anleitung (vgl. Staub-Bernasconi 2019, S. 83).

aktive Rolle wie etwa der\*die anordnende Arzt\*Ärztin ein, für eine Beurteilung einer solchen Maßnahme werden sie aber häufig herangezogen (vgl. ZEKO 2013, S. 1337).

Silvia Staub-Bernasconi entwickelte das von Böhnisch und Lösch etablierte Doppelmandat weiter zu einem Trippelmandat (vgl. Staub-Bernasconi 2019, S. 83 ff.). Hierdurch tritt für Sozialarbeiter\*innen neben das Klient\*innen- und das Gesellschaftsmandat ein Mandat seitens der eigenen Profession (vgl. ebd., S. 87). Somit wird der Auftrag Sozialer Arbeit nicht ausschließlich auf die Vermittlung zwischen Forderungen der Klient\*innen und Forderungen der Gesellschaft reduziert, sondern eine eigene, unabhängige Position tritt hinzu (vgl. ebd., S. 85). Sie erhält dadurch anstelle eines weisungsgebundenen, beruflichen Charakters einen autonomen, professionellen Charakter (vgl. ebd., S. 83). Das professionelle Mandat leitet sich aus zwei Dimensionen her: einerseits der Wissenschaft und andererseits der Professionsethik (vgl. ebd., S. 87). Für die sozialarbeiterische Praxis dienen also anerkannte wissenschaftliche Theorien sowie der professionseigene Ethik-kodex mit besonderer Berücksichtigung der Menschenrechte als Bezugsrahmen (vgl. ebd., S. 87 ff.). International wird Soziale Arbeit als eine auf den Prinzipien der sozialen Gerechtigkeit und der Menschenrechte basierende Profession definiert, die die Ermächtigung und Befreiung von Menschen fördert (vgl. IFSW 2014). In der internationalen Grundsatzerklärung zur Ethik Sozialer Arbeit werden unter anderem die Anerkennung der Menschenwürde, die Förderung der Menschenrechte, der sozialen Gerechtigkeit, des Selbstbestimmungsrechts und des Rechts auf Teilhabe sowie die Behandlung des Menschen in seiner Gesamtheit als handlungsleitende Prinzipien bestimmt (vgl. IASSW 2018, S. 3–6). In der Berufsethik des DBSH, deren Grundlagen die Menschenwürde und die Menschenrechte sind, wird den Prinzipien der Autonomie, des Wohlwollens und des Nichtschadens oberste Priorität zugesprochen (vgl. DBSH 2014, S. 27). Staub-Bernasconi bezeichnet die Soziale Arbeit durch ihre zentrale „ethische Leitlinie“ der Menschenrechte und den daraus resultierenden Einsatz für grundlegende Rechte und soziale Gerechtigkeit (Staub-Bernasconi 2019, S. 89) als Menschenrechtsprofession (vgl. Staub-Bernasconi 2008, S. 9 ff.).

### **3.2 Resultierende professionelle Haltung**

Durch ihre aus der Berufsethik entstehende professionelle Haltung bringen Sozialarbeiter\*innen eine auf den Menschenrechten basierende, ganzheitliche Sichtweise, in der die Lebenswelt<sup>8</sup>, die Teilhabe und die Ressourcen<sup>9</sup> des\*der Betroffenen Beachtung finden, in

---

<sup>8</sup> Lebensweltorientierung: „Der Mensch wird in einer Wirklichkeit gesehen, in der er sich vorfindet, die ihn bestimmt und mit der er sich auseinandersetzt“ (Thiersch 2015, S. 336).

die psychiatrische Praxis mit ein (vgl. Deloie 2017, S. 182 ff.; entsprechend den ethischen Prinzipien sozialer Arbeit nach IASSW 2018). Diese Sichtweise wird im Folgenden näher erläutert.

Die klinische Sozialarbeit geht von einem biopsychosozialen Modell von Krankheit bzw. Behinderung aus, was bedeutet, dass biologische, psychische und soziale Faktoren einen (positiven oder negativen) Einfluss auf den Gesundheitszustand einer Person haben (vgl. Walther, Deimel 2017, S. 42). Daher werden Krankheiten bzw. Behinderungen immer in Abhängigkeit von der Lebenswelt des\*der Betroffenen betrachtet (vgl. Walther 2017, S. 29). Somit wird nicht nur mit dem\*der Betroffenen gearbeitet, sondern auch mit seinen\*ihrer Angehörigen (vgl. ebd., S. 29). Durch die Einbeziehung der individuellen Hintergründe des\*der Betroffenen kann die Intervention an den jeweiligen Unterstützungsbedarf angepasst werden (vgl. Thiersch 2015, S. 327). Ziel ist die Vermeidung von psychosozialen Belastungen sowohl für Betroffene als auch ihre Angehörigen zur Verbesserung ihres Wohlbefindens (vgl. Walther 2017, S. 29).

Weil die klinische Sozialarbeit zur Verbesserung der Teilhabe am gesellschaftlichen Leben des\*der Betroffenen beitragen will (§§ 1 Abs. 1 und SGB I), bezieht sie auch die gesellschaftliche Ebene mit in ihre Arbeit ein (vgl. Deloie 2017, S. 178). Inklusion kann nicht nur durch die Unterstützung des\*der Betroffenen gelingen, sondern insbesondere auch durch die Analyse und Veränderung der im Sozialraum vorzufindenden infrastrukturellen, rechtlichen, politischen und weiteren möglicherweise exkludierenden Gegebenheiten (vgl. Staub-Bernasconi 2012, S. 29). „Dieser Blick auf Verhalten und Verhältnisse ist fundamental für die sozialtherapeutische Grundhaltung“ (Deloie 2017, S. 178). Auf individueller Ebene kann Teilhabe begünstigt werden, indem Sozialarbeiter\*innen das Erschließen neuer Handlungsmöglichkeiten des\*der Betroffenen unterstützen (vgl. Walther 2017, S. 24). Auch hierbei ist die Betrachtung und Einbeziehung der Lebenswelt hilfreich, um geeignete Kräfte und Kompetenzen des\*der Betroffenen und seines\*ihrer Netzwerks zu mobilisieren (vgl. Thiersch 2015, S. 79). Sozialarbeiter\*innen haben die Aufgabe, den Kontext ihrer Unterstützung so zu gestalten, dass ein Prozess der Selbstbefähigung und Selbstorganisation des\*der Betroffenen gefördert wird (Empowerment) (vgl. Walther 2017, S. 24), statt ihm\*ihr eine Standardleistung vorzulegen. Die Selbstbestimmung soll so weit wie möglich geachtet werden und hat somit im Kontext klinischer Sozialarbeit einen hohen Stellenwert (vgl. Kaminsky 2017, S. 162).

Der zu Beginn des Kapitels erwähnte Zwiespalt im Kontext von Zwangsmaßnahmen zwischen Hilfe und Kontrolle, zwischen Selbstbestimmung des\*der Betroffenen und Abwen-

---

<sup>9</sup> Ressource: subjektive aber auch soziale Aspekte wie z. B. Ziele, Wissen, Fähigkeiten und die den sozialen Beziehungen innewohnenden Möglichkeiten (vgl. Bischof, Lütjen 2017 zit. n. Grawe 1998, S. 34).

dung von Schaden wird um die Perspektive aus dem Blickwinkel der Profession erweitert. Die Vereinbarkeit der dreigeteilten Mandatierung kann für Sozialarbeiter\*innen eine Herausforderung darstellen (vgl. Staub-Bernasconi 2019, S. 87). Wichtig in diesem Zusammenhang ist die von Staub-Bernasconi gesetzte Rangordnung der unterschiedlichen Mandate mit Verweis auf das Uno Manual „Human Rights and Social Work“ von 1994. Staub-Bernasconi sieht Sozialarbeiter\*innen aus ihrer Professionsethik heraus verpflichtet, ihre Praxis primär am Willen und den Bedürfnissen ihrer Klient\*innen auszurichten (vgl. ebd., S. 92). Die Anforderungen, die die Gesellschaft bzw. Institutionen an sie stellen, stehen daher hinten und müssen, wenn sie ethisch unzulässig sind, abgewiesen werden (vgl. ebd.). Im Rollenkonflikt, der durch die Anwendung von Zwang hervorgerufen wird, nehmen professionsethische Prinzipien der Sozialen Arbeit und die Menschenrechte eine wichtige Rolle ein, da sich Sozialarbeiter\*innen im Austausch mit anderen Berufsgruppen auf diese berufen können und somit eine autonome Perspektive mit einbringen (vgl. ebd., S. 85). „Eingriffe müssen gegenüber der Klientel nicht nur rechtlich begründet, sondern auch professionsethisch legitimiert werden“ (ebd., S. 88 f.). Wie bereits in der Einleitung erwähnt, fordert das Deutsche Institut für Menschenrechte eine ausführliche Überprüfung der Einhaltung der Menschenrechte in der psychiatrischen Praxis (DIMR 2012, S. 3). Hier kommt der (klinischen) Sozialen Arbeit aufgrund ihres professionellen Mandats eine entscheidende Rolle zu, da sie – auch im Kontext von Zwangsmaßnahmen – eine menschenrechtliche Perspektive einnimmt und hohen Wert auf deren Umsetzung legt. Im Folgenden wird daher die derzeitige psychiatrische Praxis mit den Vorgaben der Menschenrechte, in diesem Zusammenhang mit besonderem Augenmerk auf der UN-BRK, zusammengebracht und deren Einhaltung untersucht. Gegen Ende dieser Arbeit werden dann die daraus resultierenden Aufgaben für die Soziale Arbeit betrachtet.

#### **4 Psychiatrische Zwangsmaßnahmen im Verhältnis zu den Menschenrechten mit dem Fokus auf der UN-BRK**

Die UN-BRK definiert Menschen mit Behinderungen als „Menschen, die langfristige körperliche, seelische, geistige oder Sinnesbeeinträchtigungen haben, welche sie in Wechselwirkung mit verschiedenen Barrieren an der vollen, wirksamen und gleichberechtigten Teilhabe an der Gesellschaft hindern können“ (Art. 1 Satz 2 UN-BRK). Ihr liegt ein soziales Modell von Behinderung zugrunde, da Barrieren, die zu Behinderungen und Beeinträchtigungen führen, als von der Gesellschaft gemacht definiert werden (vgl. Behindertenbeauftragte 2017, S. 5). Die Verantwortung zur Teilhabe liegt somit nicht in der Hand der behinderten Person selbst, sondern es ist Aufgabe der Gesellschaft und somit auch der Politik, eine Person mit ihren vielfältigen Eigenschaften einzubeziehen („Inklusion“) (vgl. ebd., S. 2). Die Konvention gilt auch für psychisch kranke Menschen, wenn sie

langfristig in der umfassenden Teilhabe behindert werden (vgl. BVerfG, NJW, 2011, S. 2115 f.), was allein schon aus einer Diagnose oder Unterbringung resultieren kann (vgl. Aichele 2016, S. 32).

Im psychiatrischen Kontext sind beispielsweise Barrieren durch ein Machtgefälle zwischen ärztlichem Personal und Patient\*innen oder durch eine für den\*die Betroffene\*n nicht angemessene Aufklärung denkbar, die ihn\*sie an der gleichberechtigten Teilhabe hindern (vgl. Brosey, Osterfeld 2017a, S. 46). Da Menschenrechte „Maßstab aller Dinge“ sind (Aichele 2016, S. 32), spielen sie auch in der Psychiatrie eine maßgebende Rolle. Durch die UN-BRK sollen Behinderungen auch in der Psychiatrie nicht mehr rein als medizinisches Problem verstanden werden, wie es heute noch getan wird (vgl. ebd., S. 20), sondern aus menschenrechtlicher Perspektive betrachtet werden (vgl. ebd., S. 38). Die UN-BRK schützt Menschen mit Behinderungen vor Übergriffen im psychiatrischen Kontext (vgl. ebd., S. 19). Menschen muss im psychiatrischen Kontext eine Behandlung ohne Diskriminierung gewährleistet werden, in der die Menschenrechte und Grundfreiheiten handlungsleitend sind (Art. 4 UN-BRK). Daher ist der Staat in der Pflicht, geeignete rechtliche Vorgaben zu schaffen (Art. 4 Abs. 1 und 2 UN-BRK), und die Psychiatrie ist verpflichtet, eine menschenrechtskonforme Behandlung anzubieten (vgl. Aichele 2016, S. 19). Die Würde und die Selbstbestimmung von Menschen mit Behinderungen erhalten durch die Konvention einen ebenso hohen Stellenwert, wie die von Menschen ohne Behinderungen (Art. 3 lit. a UN-BRK).

#### **4.1 Konzept der krankheitsbedingten Einwilligungsunfähigkeit im Lichte der UN-BRK**

Durch den Artikel 12 UN-BRK wird Menschen mit Behinderungen gleiche Anerkennung vor dem Recht gewährleistet. Ihnen soll hiernach gleichberechtigt mit anderen die Rechts- und Handlungsfähigkeit zugesichert werden (Art. 12 Abs. 2 UN-BRK), also „the capacity, to be both a holder of rights and an actor under the law“ (UN 2014, Rn. 12). Im General Comment No. 1 zu Artikel 12 UN-BRK wird der rechtlichen Handlungsfähigkeit die tragende Rolle im Kontext von Partizipation an der Gesellschaft zugesprochen (vgl. ebd., Rn. 13). Die Konvention garantiert durch Artikel 5 die Gleichberechtigung und Nichtdiskriminierung von Menschen mit Behinderungen.

Mit dem Konzept der krankheitsbedingten Einwilligungsunfähigkeit wird Zwang im Kontext der Psychiatrie und somit auch eine Benachteiligung aufgrund von Behinderung ermöglicht (vgl. Aichele 2016, S. 36). Dieses dem Betreuungsrecht und dem PsychKG NRW zugrunde liegende Konzept stützt sich nicht auf die UN-BRK (vgl. ebd.) und es ist daher nicht unumstritten, ob es menschenrechtskonform ist (vgl. ebd., S. 24). Das Bundesver-

fassungsgericht hat der UN-BRK „kein grundsätzliches Verbot für Maßnahmen entnommen, die gegen den natürlichen Willen Behinderter vorgenommen werden und an eine krankheitsbedingt eingeschränkte Selbstbestimmungsfähigkeit anknüpfen“ (BVerfG, NJW, 2017, S. 58). Vielmehr leitet es aus Art. 12 Abs. 4 UN-BRK den Beleg dafür ab, "dass die Konvention solche Maßnahmen nicht allgemein untersagt", sofern sie gegen Missbrauch abgesichert sind (ebd.). Das Bundesverfassungsgericht sieht daher im Konzept der krankheitsbedingten Einwilligungsunfähigkeit keinen Verstoß gegen die Regelungen der UN-BRK, wenn der Staat Maßnahmen gegen den Willen einer einwilligungsunfähigen Person – und laut Bundesverfassungsgericht somit einer in Gefährdungssituationen hilflosen Person – einsetzt. Der Staat sei in solchen Fällen sogar verpflichtet einzugreifen, um das Leben und die Gesundheit des\*der Betroffenen zu schützen (Art. 2 Abs. 2 GG) (vgl. BVerfG, NJW, 2017, S. 56). „Die staatliche Gemeinschaft darf den hilflosen Menschen nicht einfach sich selbst überlassen“ (ebd.). Die Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e. V. (DGPPN) handhabt das Konzept der krankheitsbedingten Einwilligungsunfähigkeit auf der Basis des Urteils des Bundesverfassungsgerichts (vgl. Steinert, Vollmann 2017, S. 65). Der UN-Ausschuss zweifelt dagegen an der Rechtmäßigkeit der Versagung rechtlicher Handlungsfähigkeit, da die Einwilligungsfähigkeit und ihre Varianz nicht genau bemessen werden können (vgl. UN 2014, Rn. 15). Dem\*Der Betroffenen kann allein durch das negative Ergebnis eines Gutachtens in seine\*ihre Grundrechte eingegriffen werden (vgl. Aichele 2016, S. 23). In einem solchen Fall treffen andere Personen für sie ersetzende Entscheidungen mit Rechtswirkungen, was bei Menschen mit psychosozialen Behinderungen durch rechtliche Zwangsbefugnisse in höherem Maße möglich war und immer noch ist (vgl. UN 2014, Rn. 9). So kann beispielsweise ein\*e Arzt\*Ärztin durch Medikamentenvergabe gegen den Willen des\*der Betroffenen in seine\*ihre körperliche Integrität eingreifen oder ein\*e Betreuer\*in durch die Unterbringung des\*der Betreuten über seinen\*ihren Aufenthaltsort bestimmen. Daher stuft der UN-Ausschuss diese Praxis als diskriminierend ein (vgl. UN 2014, Rn. 15). Der deutsche Ethikrat sieht im Gegensatz dazu eher eine Ungleichbehandlung in der Praxis, Menschen keine angemessene medizinische Versorgung zu bieten, weil sie selbst die Notwendigkeit der Behandlung nicht erkennen und daher nicht in diese einwilligen (vgl. Deutscher Ethikrat 2018, S. 106).

#### **4.2 Unterstützte Entscheidungsfindung**

Eine engere Grenze für Handlungen gegen den Willen des\*der Betroffenen und somit eine der herausragendsten Errungenschaften der UN-BRK ergibt sich aus Absatz 3 des Artikels 12 UN-BRK. Hiernach müssen „die Vertragsstaaten ... geeignete Maßnahmen

[treffen], um Menschen mit Behinderungen Zugang zu der Unterstützung zu verschaffen, die sie bei der Ausübung ihrer Rechts- und Handlungsfähigkeit gegebenenfalls benötigen“ (Art. 12 Abs. 3 UN-BRK). Anstelle der ersetzenden Entscheidung und der damit einhergehenden Einschränkung der Rechtsfähigkeit sowie Missachtung des Willens und der Präferenzen von Betroffenen soll eine gesetzlich geregelte unterstützte Entscheidungsfindung treten (vgl. UN 2014, Rn. 26 und 27). Durch diese wird der\*die Betroffene in ihn\*sie betreffende Entscheidungen einbezogen und der Grundsatz der Selbstbestimmung (Art. 3 lit. a UN-BRK) berücksichtigt (vgl. UN 2013, Rn. 27). Das Konzept der unterstützten Entscheidungsfindung beruht unter anderem auf dem Pionierkonzept des persönlichen Ombudsmanns<sup>10</sup>, das sich seit 1995 in Skåne etablierte (vgl. Jespersen 2007, S. 311). Dort wurden und werden den Betroffenen persönliche Agent\*innen zur Seite gestellt, die ausschließlich in ihrem Auftrag handeln und sie bei der Entscheidungsfindung unterstützen (vgl. ebd., S. 312). Die unterstützte Entscheidungsfindung ist dadurch gekennzeichnet, dass der\*die Betroffene bei der Wahrnehmung und Ausübung seiner\*ihrer Rechte, seines\*ihrer Willens und seiner\*ihrer Präferenzen unabhängig von der Ausprägung der Einwilligungsfähigkeit unterstützt wird (Art. 12 Abs. 4 UN-BRK). Eine Person bei Entscheidungsfindungen „zu unterstützen bedeutet..., den Fortgang des Entscheidungskomplexes prozessual und inhaltlich kommunikativ zu unterstützen“ (Pick 2019, S. 184). So können die dem\*der Betroffenen innewohnenden Ressourcen trotz eingeschränkter Einwilligungsfähigkeit so weit wie möglich zum Einsatz kommen (vgl. ZEKO 2016, S. 3). Maßnahmen zur Unterstützung müssen laut Art. 12 Abs. 4 UN-BRK einige Anforderungen erfüllen, um vor Missbrauch, wie zum Beispiel vermeintlicher Unterstützung durch informellen Zwang, zu schützen: Sie sollen von möglichst kurzer Dauer und für den\*die Betroffenen verhältnismäßig sein und an die individuellen Eigenschaften des\*der Betroffenen angepasst werden. Somit kann die Ausgestaltung der Unterstützung im Einzelfall ganz unterschiedlich ausfallen. Während der\*die eine bei der Einholung von für die Entscheidung wichtigen Informationen unterstützt werden muss, braucht ein\*e andere\*r wiederum Unterstützung bei der eigentlichen Entscheidung, wieder ein\*e andere\*r muss bei der Verbalisierung seines\*ihrer Willens unterstützt werden oder braucht gar bei allen drei Ebenen Unterstützung (vgl. Brosey 2014, S. 212). Eine weitere Anforderung an die unterstützte Entscheidungsfindung ist, dass über sie eine „regelmäßige Überprüfung durch eine zuständige, unabhängige und unparteiische Behörde oder gerichtliche Stelle“ stattfindet (Art. 12 Abs. 4 UN-BRK). Für Situationen, in denen der Wille und die Präferenzen des\*der Betroffenen nicht ermittelt werden können, fordert der UN-Ausschuss, dass nicht zu seinem\*ihrer Wohl, sondern nach seinem\*ihrer antizipiert geäußerten oder mutmaßlichen Willen und seinen\*ihrer Präferenzen gehandelt wird (vgl.

---

<sup>10</sup> Natürlich kann dieses Amt auch durch Personen eines anderen Geschlechts ausgeführt werden.

UN 2014, Rn. 21). Insbesondere durch Artikel 12 UN-BRK, die damit einhergehende Vermeidung von ersetzenden Entscheidungen und Maßnahmen gegen den Willen des\*der Betroffenen (vgl. ZEKO 2016, S. 4) und den Grundsatz „Nichts über uns ohne uns!“ lässt sich die UN-BRK insgesamt als Paradigmenwechsel auch für die Psychiatrie verstehen. Personen in Krisensituationen sollen nicht weiter aufgestülpte Hilfe erfahren, sondern als autonome Menschen behandelt werden (vgl. Brosey, Osterfeld 2017, S. 141).

#### **4.3 Psychiatrische Zwangsmaßnahmen unter Berücksichtigung der UN-BRK**

Deutschland hat sich durch die Unterzeichnung der UN-BRK verpflichtet, die bisherigen Gesetze bezüglich der Regelungen der UN-BRK zu überarbeiten (Art. 4 UN-BRK). Daraufhin entfachten Diskussionen, ob das deutsche Betreuungsrecht, die verschiedenen Landesgesetze und die darin enthaltenen Zwangsbefugnisse vereinbar mit der Konvention, prägnanter gesagt mit den Menschenrechten, sind. Durch die Garantien, die die UN-BRK Menschen mit Behinderungen zuspricht, werden die Möglichkeiten, Zwang gegenüber diesen Menschen auszuüben, enger gefasst (vgl. Aichele 2016, S. 18). Wenn es um Zwang geht, werden grundlegende Entscheidungen gegen den Willen des\*der Betroffenen getroffen, die etwa zur Folge haben, dass über seinen\*ihren Aufenthaltsort bestimmt wird, dass seine\*ihre Bewegungsfreiheit eingeschränkt wird oder dass in seine\*ihre körperliche Integrität eingegriffen wird. Der UN-Ausschuss betont, dass der Grundsatz der Selbstbestimmung auch bei Personen, die sich in einer Krise befinden, geachtet werden muss (vgl. UN 2014, Rn. 18 und Rn. 42).

Für die freiheitsentziehende Unterbringung spielt Artikel 14 Abs. 1 lit. a UN-BRK, der auch für Menschen mit Behinderungen das Recht auf Freiheit und Sicherheit konkretisiert, eine wichtige Rolle. Laut General Comment No. 1 ist die Unterbringung ohne die Einwilligung des\*der Betroffenen oder mit Einwilligung einer Vertretung nicht vereinbar mit Artikel 12 und 14 der UN-BRK (vgl. UN 2014, Rn. 40). Der Ausschuss ist außerdem besorgt über die mit dem Freiheitsentzug von Menschen mit psychosozialen Behinderungen einhergehende mangelnde Achtung ihrer Privatsphäre nach Artikel 22 UN-BRK (vgl. UN 2015, Rn. 29). Das Recht auf Freiheit und Sicherheit besagt, dass das „Vorliegen einer Behinderung in keinem Fall eine Freiheitsentziehung rechtfertigt“ (Art. 14 Abs. 1 lit. b UN-BRK). In Deutschland wird Artikel 14 UN-BRK (i.V.m. Art. 5 UN-BRK) so ausgelegt, dass Behinderungen nicht als alleiniger Rechtfertigungsgrund für eine Unterbringung dienen, sondern weitere Gründe wie Selbst- oder Fremdgefährdung vorliegen müssen und der Grundsatz der Verhältnismäßigkeit gewahrt werden muss (vgl. BVerfG, NJW, 2011, S. 2115 f.). Diese Praxis ist laut UN-Ausschuss allerdings nicht vereinbar mit Artikel 14 UN-BRK und seinem nicht-diskriminierenden Charakter (vgl. UN 2017, Rn. 6 f.). Der UN-

Ausschuss empfiehlt daher, „that the State party take all the immediate necessary legislative, administrative and judicial measures to amend legislation to prohibit involuntary placement and promote alternative measures that are in keeping with articles 14, 19 and 22 of the Convention“ (vgl. UN 2015, Rn. 30 lit. a). Auch Juan E. Méndez, der bis 2016 das Amt des Sonderberichterstatters über Folter und andere grausame, unmenschliche oder erniedrigende Behandlung oder Strafe inne hatte, forderte in seinem Bericht, dass an das Merkmal der psychischen Krankheit gebundene Bestimmungen zur Zwangsunterbringung zum Zweck einer Behandlung oder zur präventiven Gefahrenabwehr ohne konkrete Anhaltspunkte abgeschafft werden (vgl. UN 2013, Rn. 68).

Problematisch ist daher auch die Formulierung des § 11 Abs. 2 PsychKG NRW, dass eine gegenwärtige Gefahr vorliegt, wenn der Eintritt des schadenstiftenden Ereignisses „zwar unvorhersehbar, wegen besonderer Umstände jedoch jederzeit zu erwarten ist“. Laut Marschner fördert diese Formulierung das Stigma, dass von psychisch kranken Menschen immer eine Gefahr ausgeht (vgl. Marschner 2009, S. 73). Eine Unterbringungsregelung müsste universell gelten und frei von Formulierungen sein, die einem Menschen mit Behinderungen eine Sonderstellung geben (vgl. Marschner 2013, S. 214). Marschner plädiert dafür, die negative Sonderstellung positiv umzudeuten, indem man nicht in Rechte von Menschen mit Behinderungen eingreift, sondern ihnen per Gesetz gesundheitliche und rehabilitative Hilfen zuspricht (vgl. ebd., S. 215). In diesem Falle wäre dann ein Gesetz, das an das Merkmal „Behinderung“ gekoppelt ist, nicht diskriminierend, sondern auf die Herstellung von Gleichberechtigung ausgelegt (vgl. ebd.). Im Gegensatz dazu sieht der Sozialverband Deutschland NRW e. V. keine Diskriminierung in dieser Formulierung, da allen Menschen gleichermaßen in die Grundrechte eingegriffen wird, wenn diese sich selbst oder andere gegenwärtig erheblich gefährden und es keine Alternativen zum Grundrechtseingriff gibt (vgl. SoVD NRW 2014, S. 2).

Im Hinblick auf die freiheitsentziehende Unterbringung ist auch Art. 19 UN-BRK von Belang. Im General Comment No. 1 wird darauf referierend eine Deinstitutionalisierung und die Förderung des Rechts auf unabhängige Lebensführung und Einbeziehung in die Gemeinschaft und die damit einhergehende freie Wahl des Aufenthaltsortes und der Wohnform (Art. 19 lit. a UN-BRK) gefordert (vgl. UN 2014, Rn. 46).

In Bezug auf unterbringungsähnliche Maßnahmen wie Fixierung oder Isolierung im psychiatrischen Kontext ist Artikel 15 Abs. 1 Satz 1 UN-BRK zentral. Dieser besagt, dass „niemand ... der Folter oder grausamer, unmenschlicher oder erniedrigender Behandlung oder Strafe unterworfen werden“ darf. Diese Regelung bezieht sich nicht ausdrücklich auf unterbringungsähnliche Maßnahmen. In seinem Bericht macht Méndez allerdings noch einmal deutlich, dass auch eine Fixierung über längere Zeiträume Folter und Misshandlung darstellen kann (vgl. UN 2013, Rn. 63). Er bezieht sich damit auf das Überein-

kommen gegen Folter und andere grausame, unmenschliche oder erniedrigende Behandlung oder Strafe, nach dem Folter eine vorsätzliche Handlung ist, die große körperliche oder seelische Schmerzen oder Leiden zufügt (Art. 1 CAT). Außerdem bezeichnet er Isolierung ungeachtet der Dauer als grausame, unmenschliche oder erniedrigende Behandlung (vgl. UN 2013, Rn. 63). Zudem befürchtet er, dass ein durch Zwangsmaßnahmen hergestelltes Machtgefälle weitere Behandlungen gegen den Willen des\*der Betroffenen begünstigt (vgl. ebd.). Er fordert daher, dass in der Psychiatrie und in Sozialpflegeeinrichtungen Zwangsmaßnahmen verboten werden (vgl. ebd.), da „the prohibition of torture ... one of the few absolute and non-derogable human rights“ ist (ebd., Rn. 82). Auch der UN-Ausschuss erkennt freiheitsentziehende Maßnahmen als Folter an, kritisiert die Anwendung dieser Maßnahmen und empfiehlt ein Überdenken dieser Praxis (vgl. UN 2015, Rn. 33). Das Bundesverfassungsgericht ist allerdings zu einer anderen Einschätzung gelangt (vgl. BVerfG, NJW, 2018, S. 2624 f.). Durch die Gefahr, die von psychisch kranken Menschen ausgehen kann, sieht es die Möglichkeit der Fixierung als nötig an (vgl. ebd.). Die Voraussetzungen, die für die rechtliche Legitimation einer Fixierung erfüllt sein müssen, verhindern laut Bundesverfassungsgericht den Missbrauch nach Artikel 12 Abs. 4 UN-BRK und Folter nach Artikel 15 UN-BRK (vgl. ebd.).

Auch angesichts des Einsatzes von Zwangsbehandlungen bei Menschen mit psychosozialen Behinderungen äußert sich der UN-Ausschuss besorgt (vgl. UN 2015, Rn. 37). Gesetzliche Regelungen, die Zwangsbehandlungen zulassen, sollen aufgegeben werden, weil eine psychiatrische Zwangsbehandlung laut UN-Ausschuss eine Vielzahl der in der UN-BRK formulierten Regelungen verletzt (vgl. UN 2014, Rn. 42). So werden durch Zwangsbehandlungen das Recht auf gleiche Anerkennung vor dem Recht (Art. 12 UN-BRK), was Menschen mit Behinderungen auch das Recht auf Ablehnung einer Behandlung zuspricht, das Recht auf Freiheit von Ausbeutung, Gewalt und Missbrauch (Art. 16 UN-BRK), der Schutz der Unversehrtheit der Person (Art. 17 UN-BRK) sowie die Freiheit von Folter oder grausamer, unmenschlicher oder erniedrigender Behandlung oder Strafe (Art. 15 UN-BRK) eingeschränkt. Daher forderte Sonderberichterstatter Méndez „an absolute ban on all forced and non-consensual medical interventions against persons with disabilities, including the non-consensual administration of ... mind-altering drugs such as neuroleptics“ (UN 2013, Rn. 89 lit. b). Denn auch Zwangsbehandlungen können sich nach Méndez als Folter oder Misshandlung erweisen (vgl. ebd., Rn. 64). Das Bundesverfassungsgericht sieht in einem generellen Verbot von Zwangsbehandlungen die Gefahr, dass die Gesundheit einwilligungsunfähiger Personen darunter leide, weil sie so von Behandlungen „ausgeschlossen werden“ (BVerfG, Beschluss v. 26.07.2016, 1 BvL 8/15, Rn. 10). Der UN-Ausschuss berichtet im Gegensatz dazu von Betroffenen, die durch Zwangsbehandlungen „deep pain and trauma“ erfahren haben (UN 2014, Rn. 42).

Außerdem wird es durch die Vorgabe, dass einer Behandlung eine freie, informierte Einwilligung des\*der Betroffenen zugrunde liegen soll (Art. 25 lit. d UN-BRK; vgl. UN 2014, Rn. 38 lit. b; vgl. auch §§ 630c-e BGB) schwierig, Zwangsbehandlungen zu legitimieren. Für die Aufklärung von Menschen in einer Krisensituation und die Einholung der Einwilligung in eine Behandlung sind die Mitarbeiter\*innen der Psychiatrie gefordert, den\*die Betroffenen angemessen zu beraten (vgl. UN 2014, Rn. 41) und auf die individuellen Bedürfnisse einzugehen (Art. 25 lit. d UN-BRK). Es ist allerdings zu sagen, dass die vorher aufgeführten Rechtseingriffe sowie ein Verzicht auf die informierte Einwilligung zum Schutz des höher stehenden Rechts auf Leben gerechtfertigt werden können (vgl. UN 2013, Rn. 66; vgl. Marschner 2013, S. 222), und zwar „im Fall der Lebensgefahr oder der Gefahr schwerer irreversibler Gesundheitsschäden“ (ebd., S. 226). Wenn durch die Zwangsbehandlung allerdings das Risiko irreversibler Folgen besteht, kommt sie laut Bundesverfassungsgericht nicht in Frage (vgl. BVerfG, NJW, 2011, S. 2117) und kann auch gegen Artikel 12 und 15 UN-BRK verstoßen (vgl. Marschner 2013, S. 225).

Steinert und Vollmann sehen insbesondere die Zwangsbehandlung nach dem PsychKG NRW mit ärztlichen Werten nicht vereinbar, wenn sie ausschließlich der Gefahrenabwehr Dritter dient (vgl. Steinert, Vollmann 2017, S. 67). Denn eine Behandlung muss immer auf die Verbesserung des Gesundheitszustandes des\*der Betroffenen ausgerichtet sein (vgl. ebd.). Auch die Regelungen zu Unterbringung und besonderen Sicherungsmaßnahmen nach dem PsychKG NRW, die sich auf die Gefahrenabwehr gegenüber Dritten in Verbindung mit psychosozialen Behinderungen beziehen, sind menschenrechtlich problematisch (vgl. Aichele 2016, S. 30). Sie sind weniger nach menschenrechtlichen, sondern vielmehr nach ordnungsrechtlichen Vorgaben ausgelegt (vgl. ebd., S. 30).

Generell ist zu sagen, dass durch Zwangsunterbringungen, unterbringungsähnliche Maßnahmen sowie Zwangsbehandlungen und die damit einhergehenden belastenden Grundrechtseingriffe – neben Risiken wie beispielsweise unerwünschte Wirkungen von Medikamenten oder schweren Verletzungen durch Fixierungsgurte – das Risiko einer Traumatisierung besteht (vgl. ebd., S. 66). Durch solche eingreifenden Erlebnisse ist es möglich, dass das Verhältnis und das Vertrauen zwischen dem\*der Betroffenen und dem psychiatrischen Personal geschädigt wird (vgl. UN 2017a, Rn. 65). Im Endeffekt kann es passieren, dass der\*die Betroffene die Angebote der Psychiatrie ablehnt (vgl. ebd.) und somit durch Ausbleiben von Behandlungen das Risiko einer Chronifizierung steigt (vgl. Schleuning 2014, S. 36). Daher sollte in jedem Fall versucht werden, Zwang durch die Verwendung milderer Mittel zu vermeiden. So erhielte der Grundsatz der Selbstbestimmung (Art. 3 lit. a UN-BRK) auch in Krisensituationen angemessene Beachtung.

## **5 Mildere Mittel als Schlüssel zur Vermeidung von Zwang**

Wie im vorigen Kapitel deutlich wurde, sieht das Bundesverfassungsgericht in der Anwendung von Zwang keinen Widerspruch zur UN-BRK (vgl. BVerfG, NJW, 2011, S. 2115 f. und s.o.). Allerdings steht außer Frage, dass die UN-BRK und andere menschenrechtliche Vorgaben enge Grenzen für Zwang setzen, seine Vermeidung fordern und somit den Staat und die Psychiatrie in die Pflicht nehmen, diese Vorgaben umzusetzen (vgl. Aichele 2016, S. 39). Um den Anforderungen der Menschenrechte annähernd gerecht zu werden, müssen für Zwangsmaßnahmen jeglicher Art der Verhältnismäßigkeitsgrundsatz einschließlich des Prinzips der „ultima ratio“ eingehalten werden (vgl. ebd., S. 26). Wenn geeignete mildere Mittel zur Verfügung stehen, müssen diese ausgeschöpft werden. Gelingt dies, ist die Anwendung von Zwang nicht erforderlich. Somit sind mildere Mittel der Schlüssel zur Vermeidung von Zwang.

Zwar ist das Prinzip der „ultima ratio“ gesetzlich verankert, allerdings werden im Gesetz keine konkreten milderen Mittel genannt, die vor Anwendung einer Zwangsmaßnahme herangezogen werden müssen (vgl. Teichert, Schäfer, Lincoln 2016, S. 101). In Betracht kommen beispielsweise Deeskalationskompetenzen des psychiatrischen Personals, um diese zu befähigen, Konflikten ohne Zwang zu begegnen (vgl. Aichele 2016, S. 33). Zwangsmaßnahmen jeglicher Art könnten außerdem durch einen Überzeugungsversuch ohne Druck vermieden werden (vgl. Deutscher Ethikrat 2018, S. 88). Auch das Bereitstellen von Rückzugsmöglichkeiten, um in anbahnenden Gefährdungssituationen Distanz zu schaffen, können ein Handeln ohne Zwang möglich machen (vgl. Dodegge, Zimmermann 2018, S. 314 Rn. 2). Außerdem können aus Sicht des\*der Betroffenen ambulante oder teilstationäre Angebote als weniger eingreifend empfunden werden als die stationäre Behandlung (vgl. ebd., S. 128 Rn. 229).

### **5.1 Die UN-BRK und mildere Mittel**

In diesem Zusammenhang sind einige Vorgaben der UN-BRK von zentraler Bedeutung. Durch Artikel 25 UN-BRK wird Menschen mit Behinderungen gewährleistet, dass präventive (Art. 25 lit b UN-BRK) und gemeindenaher Behandlungen (Art. 25 lit c UN-BRK) zur Verfügung gestellt werden. Auch Artikel 19 macht Vorgaben, wie psychiatrische Behandlungen und damit auch die Alternativen zu Zwang ausgestaltet werden müssen. Demnach müssen „Menschen mit Behinderungen Zugang zu einer Reihe von gemeindenahen Unterstützungsdiensten zu Hause und in Einrichtungen ... haben“ (Art. 19 lit. b UN-BRK). Denn um Barrieren zur Teilhabe für Menschen in Krisensituationen abzubauen, müssen auch Zugangsbarrieren zu nötiger Unterstützung abgebaut werden (vgl. Marschner 2013, S. 217). Durch diese Vorgabe muss eine ambulante, niedrighschwellige und zu

jeder Tages- und Nachtzeit erreichbare Krisenhilfe zur Verfügung gestellt werden (vgl. ebd.). So wäre es auch möglich, Krisen „oft schon im Vorfeld einer Zuspitzung ab-[zufedern]“ (LZG NRW 2017, Teil A, S. 7). Aus Artikel 5 Abs. 3 UN-BRK i. V. m. Artikel 2 und Artikel 14 Abs. 2 UN-BRK ergibt sich, dass zur Sicherstellung der Gleichberechtigung Maßnahmen zur Prävention von Freiheitsentziehungen zur Verfügung stehen müssen (vgl. Marschner 2013, S. 212). Besteht ein Mangel an milderen Mitteln, auf das psychiatrische Personal zurückgreifen könnte, wird die Forderung, Menschen aufgrund von Behinderung nicht diskriminierend zu behandeln (Art. 5 UN-BRK) nicht eingehalten, da Grundrechtseingriffe in zu hohem Maße vorgenommen werden (vgl. Aichele 2016, S. 26). Eine weitere Vorgabe für mildere Mittel in der psychiatrischen Behandlung ergibt sich aus der Forderung des Artikels 12 UN-BRK. Alle Regelwerke der ersetzenden Entscheidung müssen von Regelwerken unterstützter Entscheidungsfindung abgelöst werden, um so die Autonomie der betroffenen Personen zu gewährleisten (vgl. UN 2014, Rn. 28 f.). Für die Psychiatrie heißt das, dass sie Angebote schaffen muss, in denen die Selbstbestimmung der Betroffenen in Krisensituationen und ihrer Angehörigen gewährleistet oder zumindest mehr in den Fokus gerückt wird (vgl. ebd.; vgl. auch Aichele 2016, S. 30; vgl. auch DIMR 2015, Rn. 105). Betroffene und ihre Angehörigen wären dann keine „passiven Objekte psychiatrischer Versorgung, von Profis verplant und organisiert“, sondern aktive Akteur\*innen in der Behandlung (Heißler 2015, S. 309). So kann sich die Psychiatrie den menschenrechtlichen Vorgaben annähern (vgl. Aichele 2016, S. 30) und Zwang gleichzeitig entbehrlich werden.

## **5.2 Situation in Deutschland**

In Deutschland – und damit auch in NRW – fehlt es an der Fortentwicklung geeigneter, weniger eingreifender Alternativen zu Zwang (vgl. Aichele 2016, S. 26; vgl. DIMR 2015, Rn. 104). In diesem Zusammenhang sieht die Monitoring-Stelle zur UN-BRK in Deutschland sowohl die Politik als auch Berufsgruppen, die im psychiatrischen Bereich tätig sind, in der Pflicht (vgl. DIMR 2015, Rn. 104). Diese sollen Alternativen entwickeln und somit ein neues psychiatrisches Versorgungssystem mit dem Fokus auf Vermeidung von Zwang auf die Beine stellen (vgl. ebd.). Im zweiten und dritten Staatenbericht Deutschlands zur UN-BRK wird auf den erfolgten Ausbau der vor- und nachsorgenden Hilfen in Deutschland hingewiesen (vgl. BMAS 2019, S. 28). Zu diesen zählen Psychiatriekoordinator\*innen, Patientenfürsprecher\*innen sowie gemeindepsychiatrische Verbände (vgl. ebd.). Hierbei handelt es sich mehr um strukturelle Veränderungen, die die Entwicklung weniger eingreifender Maßnahmen begünstigen können, weniger um konkrete alternative Maßnahmen.

Da eine Krisensituation von vielfältigen Faktoren beeinflusst wird, können Menschen in solch einer Situation nicht durch ein und dieselbe Maßnahme aufgefangen werden (vgl. Neumann 2017, S. 243). Vielmehr muss die Möglichkeit bestehen, aus einer „Vielfalt von Reaktionsmöglichkeiten“ die geeignetste Maßnahme individuell auszuwählen (Steinhart 2015, S. 99). Daher sollten vor allem Maßnahmen zur Verfügung stehen, die nicht nur zur Abwendung der Selbst- oder Fremdgefährdung dienen, sondern auch auf die Bedürfnisse des\*der Betroffenen zugeschnitten werden können (vgl. Neumann 2017, S. 243; vgl. auch Schleuning 2014, S. 31). Verschiedenartige Betroffene mit unterschiedlichen Anforderungen an die Kontinuität der therapeutischen Beziehung müssen bedarfsgerecht behandelt (vgl. ebd.) und die Selbstbestimmung des\*der in der Krise befindlichen Betroffenen muss gefördert werden (vgl. Heinz, Müller 2016, S. 40). Einige Betroffene benötigen lediglich eine „kurzfristige[...] Begegnung am Telefon des Krisendienstes“, andere eine „persönliche[...] mehrstündige[...] Begegnung mit einem Krisenteam ggf. zuhause“ und wieder andere sind auf ein „langfristige[s.] über viele Jahre dauernde[s.] Einzelfall bezogene[s] Engagement der intensiven Unterstützung durch einen und stets denselben Professionellen“ angewiesen (Steinhart 2015, S. 99). Wenn man die Angebote für in Krisen befindliche Menschen in Deutschland betrachtet, scheint bereits eine Vielfalt vorzuliegen. Betroffene und ihre Angehörigen können sich beispielsweise an ärztliches Fachpersonal, sozialpsychiatrische Dienste, psychiatrische Institutsambulanzen, Kliniken oder Rettungsdienste wenden (vgl. DGPPN 2018, S. 358; vgl. auch Schleuning 2014, S. 32). Bei den ambulanten Angeboten besteht allerdings das Problem, dass diese nur zu bestimmten Öffnungszeiten verfügbar und teilweise zusätzlich mit Wartezeiten (Fachärzt\*innen) verbunden und/oder nicht flächendeckend ausgebaut sind (vgl. ebd., S. 32 f.). Somit sind diese Angebote nur bedingt für die Reaktion auf akute Krisensituationen, die schnelle und flexible Intervention und Unterstützung fordern, qualifiziert (vgl. ebd.). Betroffene in akuten Krisen oder ihre Angehörigen haben in NRW – insbesondere außerhalb der Öffnungszeiten anderer Dienste – also häufig nur die Möglichkeit, mit dem ärztlichen Bereitschaftsdienst, dem Rettungsdienst oder der Polizei Kontakt aufzunehmen (vgl. LZG NRW 2017, Teil B, S. 43). Insbesondere, wenn der\*die Betroffene nicht selbst Kontakt zur Polizei aufgenommen hat, kann dies die Eskalation der Situation begünstigen (vgl. Neumann 2017, S. 256). Daher und aus Mangel an Kapazitäten kann es häufiger zu Maßnahmen gegen den Willen des\*der Betroffenen kommen, die mit vorheriger fachärztlicher Einschätzung oder mit ambulanten Angeboten hätten verhindert werden können, und es wird notgedrungen auf die Klinik zurückgegriffen (vgl. Schleuning 2014, S. 34, vgl. auch APK 2020, S. 1).

### 5.3 Vermeidung von Unterbringungen

In NRW mangelt es an Maßnahmen, die die oben beschriebenen, aus der UN-BRK resultierenden Forderungen erfüllen (vgl. LZG NRW 2017, Teil A, S. 4). Insbesondere ambulante Angebote sind nicht flächendeckend oder nicht bedingungslos vorhanden (vgl. ebd.). Um allerdings eine Alternative zur Akutpsychiatrie zu schaffen, müssen flächendeckend vorsorgende und kurzfristige Angebote zur Verfügung stehen (vgl. Bundesregierung Staatenbericht, S. 28; vgl. auch SoVD NRW 2014, S. 3). Kann eine Unterbringung gegen den Willen des\*der Betroffenen vermieden werden und eine Krise erfolgreich ambulant oder teilstationär behandelt werden, ist damit auch die Vermeidung von Zwangsbehandlungen verbunden (vgl. Heinz, Müller 2016, S. 39).

Das Konzept des „Home Treatment“, bei dem Menschen mit akuten psychischen Störungen zu Hause behandelt werden (vgl. DGPPN 2018, S. 104), kann ein geeignetes milderes Mittel darstellen (vgl. Jürgens § 1906 BGB Rn. 25; vgl. auch Aichele 2016, S. 33). Die Versorgung wird durch Hausbesuche von mobilen multiprofessionellen Teams sichergestellt (vgl. ebd.). Somit lassen es im Bedarfsfall die personellen und strukturellen Gegebenheiten zu, Menschen in Krisensituationen und ihre Angehörigen flexibel und kurzfristig rund um die Uhr zu begegnen (vgl. ebd.). Durch diese Form von Behandlung kann die Angebotsstruktur nach dem sozialpsychiatrischen Grundsatz „ambulant vor stationär“ weiter ausgebaut werden.

Die DGPPN berichten in ihrer S-3 Leitlinie nach Auswertung verschiedener Studien, dass durch das Home Treatment im Vergleich zur herkömmlichen Behandlung stationäre Aufenthalte verhindert oder verkürzt werden können, Betroffene und ihre Angehörigen zufriedener mit der Behandlung sind und diese seltener abbrechen sowie dass die Behandlung kostengünstiger ist (vgl. DGPPN 2018, S. 109). Daher kommen sie zu dem Schluss, dass „Menschen mit schweren psychischen Störungen in akuten Krankheitsphasen ... die Möglichkeit haben [sollen], von mobilen multiprofessionellen Teams definierter Versorgungsregionen in ihrem gewohnten Lebensumfeld behandelt zu werden“ (DGPPN 2018, S. 112; vgl. auch SoVD NRW 2014, S. 3). Aber auch an teilstationären und sonstigen stationären Alternativangeboten zur Klinik, die je nach Sichtweise des\*der Betroffenen auch ein milderes Mittel darstellen können, mangelt es in NRW (vgl. LZG NRW 2017, Teil A, S. 4). Hier sind beispielsweise Nachtkliniken oder Krisenwohnungen denkbar (vgl. DGPPN 2018, S. 368).<sup>11</sup>

---

<sup>11</sup> Weitere Ausführungen, die in dieser Arbeit allerdings nicht aufgenommen werden können, sind in der S-3 Leitlinie zu finden (s. DGPPN 2018, S. 368).

## 5.4 Vermeidung von Zwangsbehandlungen und unterbringungsähnlichen Maßnahmen

Zwangsbehandlungen und unterbringungsähnliche Maßnahmen kommen auf psychiatrischen Stationen häufig zum Einsatz, „um die Sicherheit ... zu gewährleisten und den therapeutischen Rahmen aufrecht zu erhalten“ (Sollberger, Lang 2014, S. 312). Zur Vermeidung von Zwangsbehandlungen sollte in erster Linie versucht werden, eine informierte Einwilligung ohne Druck einzuholen (Art. 25 lit d UN-BRK; vgl. UN 2014, Rn. 38 lit. b; vgl. auch §§ 630c-e BGB). „Die Informiertheit des Patienten [\*der Patientin – I.K.] ist Grundlage gemeinsamer Entscheidungsfindung und Voraussetzung gesundheitsfördernden Verhaltens“ (DGPPN 2018, S. 197). Um dies ohne informellen Zwang möglich zu machen, müssen beispielsweise ausreichend Personal, Zeit und Gesprächskompetenzen auf Seiten des\*der Beraters\*in vorhanden sein (vgl. Aichele 2016, S. 33). Bei der Vergabe von Medikamenten können beispielsweise die Art, Dauer und Dosierung in Absprache mit dem\*der Betroffenen im Sinne einer unterstützten Entscheidungsfindung variiert werden (vgl. Dodegge, Zimmermann 2018, S. 295 Rn. 6). Hier spielt auch die Psychoedukation eine wichtige Rolle, durch die die Betroffenen über ihre Krankheit informiert werden. Für Menschen, die ohne Psychopharmaka behandelt werden möchten, sollten Behandlungswege ohne Medikamentenvergabe zur Verfügung stehen (vgl. Aichele 2016, S. 33).

Auch durch Konzepte wie das der „offenen Türen“ auf psychiatrischen Stationen kann die Anwendung von Zwangsbehandlungen und unterbringungsähnlichen Maßnahmen sinken (vgl. Kowalinski et al. 2019, S. 705; vgl. ZEKO 2013, S. 1338). Das Konzept der offenen Türen bzw. offen geführten Stationen wird in NRW beispielsweise in Herne angewendet (vgl. Steinert 2019a, S. 686). Hier bleiben die Ausgänge pausenlos geöffnet „und das Konzept ist auch beim Personal aller Berufsgruppen tradiert und tief verankert“ (ebd.). Die Öffnung der Türen hat einen positiven Effekt auf das Klima der Station (vgl. Kowalinski et al. 2019, S. 706). Durch die erhöhte Autonomie der Betroffenen und die Verantwortung des Personals, statt auf Zwang durch Einschließen auf Angebote zurückzugreifen, die auf Beziehung basieren – wie beispielsweise Gespräche – wird das Machtverhältnis zwischen Personal und Betroffenen abgeflacht (vgl. Sollberger, Lang 2014, S. 316). Zur Durchsetzung des Konzepts ist also mehr als nur das Öffnen der Türen nötig: Mitarbeiter\*innen müssen geschult, Deeskalationskompetenzen gefördert und eventuell bauliche Veränderungen geschaffen werden (vgl. ebd., S. 317). Die Vermeidung von Zwang ist hier vermutlich nicht lediglich auf das Öffnen der Türen zurückzuführen, sondern auch auf Behandlungskonzepte, die mit der Öffnung einhergehen (vgl. Kowalinski et al. 2019, S. 706; vgl. auch Steinert 2019a, S. 687). In diesem Zusammenhang ist auch darauf hinzuweisen, dass das Klima auf geschlossenen Stationen von Betroffenen durch die damit einherge-

hende „Gefängnisatmosphäre“ als negativ empfunden wird (Sollberger, Lang 2014, S. 316). Diese Atmosphäre kann laut einer von Lang et al. durchgeführten Studie auch aggressive Zwischenfälle begünstigen, denen dann wiederum mit Zwang begegnet wird (vgl. Lang 2010, S. 202). Die Sicherheitsfunktion durch das Schließen der Türen ist nicht bestätigt, da trotzdem viele Betroffene – vermutlich gerade aus dem unerträglichen Gefühl heraus, eingesperrt zu sein – versuchen aus der Klinik zu entkommen (vgl. ebd.). Bei geöffneten Türen traten weniger Klinikentweichungen auf (vgl. ebd.). Die Risiken, die mit der Öffnung von Türen einhergehen können (denkbar wäre das Entweichen eines\*r suizidgefährdeten Patienten\*in), sind im Gegensatz dazu kaum erforscht (vgl. Steinert 2019a, S. 686). Bei der Öffnung der Türen ist der Überprüfung, dass die Vermeidung von gesetzlich verankerten Zwangsmaßnahmen nicht auf der Anwendung von nicht kontrollierbarem, informellem Zwang beruht, besondere Aufmerksamkeit zu schenken (vgl. Jäger 2019, S. 203).

## **5.5 Ausschöpfen milderer Mittel**

In einer bundesweit durchgeführten Onlinebefragung von 343 akut-psychiatrisch tätigen Ärzt\*innen wurde untersucht, wie häufig mildere Mittel zu Zwang in der psychiatrischen Praxis zum Einsatz kommen (vgl. Teichert, Schäfer, Lincoln 2016, S. 101). 46% der Befragten gaben an, „vor Veranlassung der letzten Zwangsmaßnahme lediglich 2 oder weniger Alternativen eingesetzt“ zu haben (ebd.). Zum Einsatz kamen laut Befragten häufig informative Alternativen, wie beispielsweise die Aufklärung des\*der Betroffenen über das Vorgehen, weniger häufig patientenorientierte Alternativen, wie etwa der Versuch, den\*die Betroffenen von der geplanten Maßnahme zu überzeugen oder Empathie zu zeigen, und schon deutlich seltener direktive Alternativen, wie das Angebot von Gesprächen, Auszeit oder Sedierung (vgl. ebd., S. 103). Hier ist allerdings die Anmerkung der Autoren zu beachten, dass die häufig angewendeten informativen Maßnahmen im Grunde zu jedem Patientenkontakt gehören und daher streng genommen nicht als Alternative definiert werden können (vgl. ebd., S. 104). Außerdem wurde manchmal auf Alternativen wie das Einschalten von Kolleg\*innen und das Rückmelden von eigenen Gefühlen und sehr selten auf kreative Alternativen, wie etwa das Angebot von Entspannung oder einer Tätigkeit zurückgegriffen (vgl. ebd.). Da das Gesetz allerdings Zwang als „ultima ratio“ zulässt, kann durch das Ergebnis der Studie gezeigt werden, dass dieser Forderung in der psychiatrischen Praxis lange nicht im vollen Maße nachgegangen wird (vgl. ebd.). Auch die Zentrale Ethikkommission der Bundesärztekammer bemängelt, dass in Situationen, in denen eine Zwangsmaßnahme in Betracht kommt, nicht in ausreichendem Maße versucht

wird, der Situation mit geeigneten milderer Mitteln zu begegnen (vgl. ZEKO 2013, S. 1335).

## **5.6 Ausblick für die Praxis**

Laut DIMR wird im derzeitigen System nicht nach dem Prinzip der „ultima ratio“ gehandelt (vgl. DIMR 2012, S. 6). Außerdem wird die Selbstbestimmung der betroffenen Personen missachtet, wenn Krisen zu häufig mit Zwangsmaßnahmen begegnet wird (vgl. Aichele 2016, S. 39). Es besteht daher dringender Bedarf, das Repertoire an milderer Mitteln auszubauen, um möglichst vielen unterschiedlichen Krisensituationen begegnen zu können, ohne Zwang anzuwenden (vgl. ebd., S. 34) und menschenrechtliche Vorgaben einzuhalten (vgl. ebd., S. 27). Nur wenn die im psychiatrischen Versorgungssystem Tätigen auf Alternativen zurückgreifen können, kann das „kreative Potenzial von Krise [und] ihre Chancen“ ausgeschöpft werden und es muss nicht voreilig und „allein aus einer Notfall-Logik heraus“ Zwang angewendet werden (Neumann 2017, S. 255). Dann ist aber auch eine personenorientierte und für Alternativen offene Haltung der Mitarbeiter\*innen gefragt (vgl. Osterfeld, Zinkler 2016, S. 12). Ansonsten tappt das psychiatrische System in die „Ultima-Ratio-Falle“, da aus Mangel an milderer Mitteln und mangelhafter Ausschöpfung dieser Mittel, Zwang als letztes Mittel vermeintlich legitimiert wird (vgl. Aichele 2016, S. 34).

An Konzepten wie dem des Ombudsmanns aus Skåne, durch das sich die unterstützte Entscheidungsfindung etablierte, sieht man, dass sich ein Blick über den Tellerrand hinaus lohnen kann. Ein Konzept, das regional eine Bereicherung der psychiatrischen Angebote darstellt, kann auch flächendeckend einen Mehrwert bedeuten. Wenn überall ein Konglomerat an (regional erprobten) Maßnahmen zur Verfügung steht, wächst die Wahrscheinlichkeit, dass auf eine Krise bedürfnisangepasst und die Selbstbestimmung bewahrend reagiert werden kann. So werden Mitarbeiter\*innen nicht in dem Dilemma gelassen, Zwang anwenden zu müssen, um sich gegenüber möglicher Kritik des Trägers oder der Öffentlichkeit abzusichern (vgl. Staub-Bernasconi 2019, S. 91). Gerade durch solche Konzepte können auch Werte und Potenziale der Sozialen Arbeit mehr in den Fokus der psychiatrischen Behandlung rücken und Synergien gestärkt werden.

## **6 Das Konzept des offenen Dialogs**

Wie weiter oben erwähnt, kritisieren zahlreiche relevante Fachleute für Deutschland den Mangel an ambulanten Soforthilfen für Menschen in psychischen Krisen, wie sie auch von

der UN-BRK gefordert werden. Für eine Verbesserung der Situation ist ein Blick auf das finnische Konzept des offenen Dialogs lohnend.

Der offene Dialog ist in Westlappland das Standardverfahren zur Krisenintervention (vgl. Seikkula, Arnkil 2007, S. 68). Es ist eine „netzwerkorientierte Behandlung“ (ebd., S. 69), die sich in erster Linie an Menschen in akut psychotischen Krisen richtet (vgl. Aderhold 2010, S. 264). Durch die unterstützte Entscheidungsfindung, die im offenen Dialog dem\*der Betroffenen und seinem\*ihrem Netzwerk angeboten wird, können insbesondere Zwangseinweisungen und Zwangsmedikationen vermieden werden (vgl. Aderhold 2016, S. 130).

Der offene Dialog wurde von Jaakko Seikkula (mit)entwickelt, daher basiert die folgende Vorstellung des Konzepts überwiegend auf seinen Aussagen. Das Vorgehen nach dem offenen Dialog, wie es in Westlappland praktiziert wird, stellt sich wie folgt dar:

Wenn einer psychiatrischen Einrichtung eine (akute) Krise – meist telefonisch – gemeldet wird, gleichgültig ob durch den Betroffenen, Angehörige oder Institutionen, wird ein mobiles Krisenteam tätig (vgl. Seikkula, Arnkil 2007, S. 67)<sup>12</sup>. Das Krisenteam besteht aus zwei bis drei Mitarbeiter\*innen unterschiedlicher Professionen (vgl. ebd., S. 68), die sowohl aus dem ambulanten als auch aus dem stationären Bereich kommen können (vgl. ebd.). Zentrale Aufgabe des Teams ist die Einberufung einer Therapieversammlung (vgl. ebd., S. 67), welche innerhalb der ersten 24 Stunden nach Meldung der Krise stattfinden soll (vgl. ebd., S. 69). An der Versammlung nehmen Betroffene, Angehörige, weitere wichtige Kontaktpersonen sowie das Krisenteam teil (vgl. ebd., S. 70). Mit Einwilligung des\*der Betroffenen und seiner\*ihrer Familie findet die Therapieversammlung bei ihm\*ihr zu Hause statt (vgl. ebd., S. 73). Allerdings wird der offene Dialog auch nach (zwangsweisen) Klinikeinweisungen in den Räumlichkeiten der Klinik eingesetzt (vgl. ebd., S. 67). In den Therapieversammlungen, die im weiteren Verlauf der Behandlung regelmäßig mit allen beteiligten Personen abgehalten werden, steht dann der Dialog im Fokus (vgl. ebd., S. 77). Dem Konzept liegt das Verständnis zugrunde, dass eine Veränderung der Situation nur durch das Anhören der Standpunkte aller Beteiligten möglich ist (vgl. Haselmann 2008, S. 289). „Jede neue Antwort kann dabei die vorhandenen Bedeutungen verändern, insofern ist der Dialog offen und niemals abgeschlossen“ (Aderhold 2010, S. 267).

---

<sup>12</sup> In Westlappland wird das Krisenteam insbesondere aus klinikinternem Personal gebildet, wenn die Meldung bei der Klinik eingeht und eine Klinikaufnahme in Betracht gezogen wird. Wenn abzusehen ist, dass eine Hospitalisierung unwahrscheinlich ist, wird das Team aus Personal der Nachsorgeklinik zusammengestellt (vgl. Seikkula; Arnkil 2007, S. 68).

## 6.1 Prinzipien des offenen Dialogs

Das Konzept des offenen Dialogs basiert auf sieben handlungsleitenden Prinzipien (eine Auflistung der Prinzipien findet sich in Seikkula, Arnkil 2007, S.68). Diese sollen im Folgenden detaillierter vorgestellt werden.

### 1) Sofortige Hilfe

Wie bereits erwähnt, soll das Krisenteam gewährleisten, dass die erste Netzwerkversammlung innerhalb von 24 Stunden nach Meldung der Krise durchgeführt wird (vgl. ebd., S. 69). Die sofortige Eröffnung eines Dialogs ermöglicht in akuten Phasen einer Krise „über Dinge zu sprechen, die sich später schwer thematisieren lassen“ (ebd., S. 70). Dadurch wird es möglich, sich mit den psychotischen Erlebnissen des\*der Betroffenen zu beschäftigen (vgl. ebd.). „Es scheint, als bestünde für das Aussprechen subjektiv extremer Erfahrungen öfter nur ein kurzes Zeitfenster von wenigen Tagen“ (Aderhold 2010, S. 266). Das folglich so wichtige sofortige Handeln wird für das Team auch dadurch möglich, dass es neben der Einladung des Netzwerks keinerlei Vorbereitungen treffen muss (vgl. Seikkula, Arnkil 2007, S. 153). Es ist sogar von Vorteil unvorbereitet und somit auch unvoreingenommen in den Dialog zu gehen, um möglichst offen für die Erzählungen und Informationen der Betroffenen zu sein (vgl. ebd.).

### 2) Einbeziehung des sozialen Netzwerks

Die Therapieversammlungen finden möglichst mit dem sozialen Netzwerk des\*der Betroffenen statt. Teilnehmen sollen die Personen, die Anteil am Anlass der Therapieversammlungen haben (insbesondere alltägliche Kontaktpersonen) und Personen, die in irgendeiner Weise Unterstützung bieten können (beispielsweise bereits bestehende professionelle Kontakte) (vgl. ebd., S. 71). Über die Teilnahme und eventuelle Nicht-Teilnahme entscheidet die Person, die Kontakt mit dem Krisenteam aufgenommen hat (vgl. ebd.). Bei problembehafteten Beziehungen, die beispielsweise von Gewalt oder Missbrauch geprägt sind, kann die Einbeziehung dieser Personen in die Netzwerkversammlung Gefahren mit sich bringen (vgl. Olson, Seikkula, Ziedonis 2014, S. 9). In solchen Fällen kann eine Einbeziehung in die Behandlung durch Einzelgespräche mit dem Team möglich sein (vgl. ebd.).

Hinter der Einbeziehung des gesamten Netzwerks steht der Gedanke, dass alle, die empfinden und äußern, dass ein Problem besteht, an der Problembearbeitung teilnehmen sollen, da nur so eine umfassende Bearbeitung des Problems erzielt werden kann (vgl. ebd., S. 70). Die Versammlungen mit dem sozialen Netzwerk bilden das Kernstück des Konzepts, das alle anderen Prinzipien bestimmt (vgl. Peter 2019, S. 4). Ausschließlich hier und im Austausch mit allen beteiligten Personen werden behandlungsrelevante Entscheidungen getroffen und die weitergehende Behandlung geplant (vgl. Seikkula, Arnkil

2007, S. 70). Im offenen Dialog ist die aktive Mitarbeit des\*der Betroffenen und seines\*ihrer gesamten Netzwerks gefordert, um die ihm innewohnenden Ressourcen zu mobilisieren und somit die Bearbeitung der jeweiligen Anliegen zu fördern (vgl. ebd.). Hier ist es von Vorteil, nicht nur den\*die Betroffene\*n und seine\*ihre Kernfamilie, sondern das gesamte Netzwerk des\*der Betroffenen einzubeziehen, um möglichst viele Ressourcen zugänglich zu machen (vgl. Aderhold 2010, S. 271).

### 3) Flexibilität und Mobilität

Durch mobile Krisenteams kann eine Behandlung akuter Krisen – falls gewünscht – im Wohnumfeld (Home-Treatment) angeboten werden (vgl. Seikkula Arnkil 2007 S. 73). So ist es möglich, dass der\*die Betroffene in einer Krise weiterhin Kontakt zu seinen\*ihren Bezugspersonen hat und nicht durch eine (zwangsweise) Klinikaufnahme gänzlich aus dem gewohnten Umfeld ausgeschleust wird, was „die Gefahr der Verkennung birgt, verbunden mit der Entstehung von Paralleluniversen“ (Heißler 2015, S. 301). Während den Mitarbeiter\*innen bei einer Behandlung in der Klinik die Lebenswelt des\*der Betroffenen lediglich durch Erzählungen vermittelt werden, können sie dem Kriseninterventionsteam durch einen Besuch des\*der Betroffenen zu Hause erlebbar werden, sodass sich hieraus behandlungsrelevante Informationen ziehen lassen (vgl. ebd., S. 300). Dem Team ist es dann möglich, die Krise im Kontext des sozialen Umfelds zu betrachten (vgl. Aderhold 2010, S. 271). „Dadurch können Sie erfahren, dass Symptome und Verhalten nicht sinnlos sind, sondern im Kontext des Lebensfeldes Sinn machen“ (Heißler 2015, S. 310).

Durch die Behandlung im Lebensfeld wird es auch möglich, die Unterstützungsmaßnahmen bedürfnisangepasst in den Alltag des\*der Betroffenen und seiner\*ihrer Familie einzuflechten (vgl. Seikkula Arnkil 2007 S. 110). Denn eine bedürfnisangepasste Behandlung muss nicht nur die Symptome, sondern auch soziale Gegebenheiten, wie beispielsweise die individuelle Lebensführung des\*der jeweiligen Betroffenen, mit einbeziehen (vgl. ebd., S. 72). So entsteht ein „therapeutische[r] Maßanzug, der aus dem Lebensfeld heraus entworfen und im Lebensfeld im Kontext des sozialen Raumes umgesetzt werden muss“ (Heißler 2015, S. 301). Das Konzept des offenen Dialogs ist auch im weiteren Behandlungsverlauf flexibel ausgelegt: es gibt keinen standardisierten Plan der Behandlung, der Ort der Behandlung ist veränderbar, die Häufigkeit der Therapieverksammlungen kann individuell angepasst werden (vgl. Aderhold 2010, S. 266).

### 4) Teamverantwortung

Das Konzept des offenen Dialogs fordert von den Mitarbeiter\*innen ein hohes Maß an Verantwortungsübernahme. Der\*die Mitarbeiter\*in der psychiatrischen Einrichtung, dem\*der die Krise gemeldet wird, hat innerhalb von 24 Stunden die Aufgabe, die erste Therapieverammlung einzuleiten (vgl. Seikkula, Arnkil 2007, S. 73). Er\*Sie muss somit

ermitteln, wer an der Versammlung teilnehmen soll, wer das Krisenteam bildet und die Einladung dieser Personen koordinieren (vgl. ebd., S. 71). Durch diese Vorgehensweise soll vermieden werden, dass Betroffene und ihre Angehörigen abgewiesen bzw. an andere Stellen weitervermittelt werden und somit keine sofortige Unterstützung erhalten (vgl. ebd., S. 74; vgl. auch Schleuning 2014, S. 40). Insbesondere in der ersten Therapieversammlung hat das Team dann die Aufgabe, behandlungsrelevante Informationen einzuholen, um dann eine Basis zu haben, auf der die nächsten Sitzungen geplant werden können (vgl. Seikkula, Arnkil 2007, S. 74). Es kann sich beispielsweise in der ersten Sitzung ergeben, dass das Team durch weitere Personen erweitert werden muss oder dass weitere Teilnehmer\*innen eingeladen werden müssen (vgl. ebd.). Da die Planung ausschließlich in den Versammlungen vollzogen wird, ist es möglich, dass der\*die Betroffene und seine\*ihre Angehörigen an allen Entscheidungen beteiligt werden (vgl. ebd.).

#### 5) Psychologische Kontinuität

Das für die erste Therapieversammlung einberufene Team ist bis zum Ende des Behandlungsprozesses kontinuierlich verantwortlich (vgl. ebd., S. 74). Das bedeutet im Einzelfall, dass es in den ersten zwei Wochen der Behandlung meist täglich und danach so häufig wie erforderlich Versammlungen mit dem gesamten Netzwerk abhält (vgl. Aderhold 2016, S. 131f.), die ca. 1,5 Stunden beanspruchen (vgl. Aderhold 2010, S. 265). Neben der Behandlung durch die Therapieversammlung können je nach individuellen Anliegen weitere Angebote, wie beispielsweise Therapieangebote für den\*die Betroffene\*n alleine, kombiniert werden (vgl. Aderhold 2010, S. 268). Die aus parallel laufenden Angeboten resultierenden Informationen können dann in die Versammlungen integriert werden, indem die Mitarbeiter\*innen aus diesen Angeboten an den Therapieversammlungen teilnehmen (vgl. DGPPN 2018, S. 102). Dadurch beugt das Konzept einem ständigen Verlust bzw. Wechsel von Kontaktpersonen vor, der mit einer kleinteiligen Aufteilung der Unterstützung auf verschiedene Institutionen häufiger einhergeht (vgl. Aderhold 2010, S. 267). Außerdem kann sich die sofortige Unterstützung für den\*die Betroffene\*n und seine\*ihre Angehörigen, die dann kontinuierlich zugesichert wird, positiv auf das Vertrauensverhältnis zwischen ihnen und dem Behandlungsteam auswirken (vgl. Schleuning 2014, S. 46). Die meisten Behandlungen (65 Prozent) waren zwar laut der Studie von 2002 nach Ende des zweiten Jahres beendet (vgl. Seikkula 2002, S.150), dennoch ergibt sich hieraus eine personelle Herausforderung: von Beginn der Behandlung an muss bestenfalls ein Krisenteam aufgestellt werden, das erstens regelmäßig für Netzwerkversammlungen zur Verfügung steht und zweitens über mehrere Jahre konstant bleibt.

## 6) Unsicherheitstoleranz

Eine sofortige Unterstützung des\*der Betroffenen soll nicht bedeuten, dass überstürzte Behandlungsschritte eingeleitet werden (vgl. Seikkula, Arnkil 2007, S. 76). Daher wird dem Prozess eben nicht ein präziser Behandlungsplan zugrunde gelegt, der keine flexible und individuelle Reaktionsmöglichkeit zulassen würde (vgl. ebd.). Vielmehr liegt „der Fokus auf dem nächsten Schritt, der zu tun ist, und nicht auf fest formulierten Behandlungs- oder Hilfeplänen“ (ebd., S. 110). Während der Versammlung wird daher lediglich der Termin für die nächste Sitzung bestimmt (vgl. Aderhold 2010, S. 266). Außerdem sollen Psychopharmaka nicht vorschnell zum Einsatz kommen, da sie den negativen Effekt haben, dass neben den Symptomen auch die für die Bearbeitung des Problems wichtigen psychischen Ressourcen eingeschränkt werden (vgl. Seikkula, Arnkil 2007, S. 76)

Eine solch flexible und offene Herangehensweise muss allerdings auch Aspekte der Sicherheit gewährleisten, damit der\*die Betroffene und seine\*ihre Angehörigen sich gut aufgehoben fühlen. Die Unsicherheit kann insbesondere durch die Prinzipien der Teamverantwortung und der psychologischen Kontinuität ausgeglichen werden. So schafft beispielsweise das vorerst tägliche Abhalten von Therapieversammlungen, in denen das weitere Vorgehen transparent gemacht wird, eine Orientierung für alle Beteiligten (vgl. ebd.). Auch der Aspekt, dass das Team innerhalb der Versammlungen gewährleisten soll, dass sowohl der\*die Betroffene als auch alle anderen Beteiligten einbezogen und gehört werden, schafft Sicherheit und Vertrauen (vgl. ebd., S. 77; vgl. auch Aderhold 2010, S. 267). Dadurch entsteht eine beständige, tragfähige Atmosphäre, in der es dem\*der Betroffenen und seinen\*ihren Angehörigen möglich ist, belastende Themen anzusprechen (vgl. Seikkula, Trimble 2005, S. 467).

Somit liegt die „Offenheit“ des Dialogs ein Stück weit in der Hand des Krisenteams mit seinen Fähigkeiten, eine solche Atmosphäre herzustellen (vgl. Aderhold 2010, S. 267). Hierfür hat es die Aufgabe, Sicherheiten zu schaffen, indem es dem\*der Betroffenen und seinen\*ihren Angehörigen Gehör schenkt, seine Aufgaben sinnvoll aufteilt und gut aufeinander abgestimmt ist (vgl. Seikkula, Arnkil 2007, S. 77). Außerdem kann es für das Gespräch förderlich sein, dass auch das Team offen mit eigenen Gefühlen umgeht und es somit eine „menschliche Begegnung“ gestaltet (Aderhold 2010, S. 267). Gleichzeitig muss es mit eigenen Unsicherheiten umgehen. Denn für die Teammitarbeiter\*innen ergeben sich Schwierigkeiten im Hinblick auf vorschnelle Bewertungen der Situation und der beteiligten Personen (vgl. Utschakowski 2017, S. 299). Oder es entstehen Erwartungen an den\*die Betroffene\*n oder seine\*ihre Angehörigen, Veränderungen der Situation vorzunehmen (vgl. Haselmann 2008, S. 312). Diese Schwierigkeiten müssen sie zugunsten eines flexiblen und bedürfnisangepassten Behandlungsverlaufs hintanstellen.

## 7) Dialogik

Wie bereits erwähnt, ist das oberste Ziel der Therapieversammlungen, das Gespräch zwischen allen Beteiligten und den Austausch von Blickwinkeln zu initiieren und zu fördern (vgl. Seikkula, Arnkil 2007, S. 77). Hinter diesem Ziel steht die Theorie des sozialen Konstruktivismus, nach der „Wirklichkeit, Wahrheit und Selbst ... als Ergebnis sozialer und kultureller Prozesse aufgefasst“ werden (Aderhold 2016, S. 132). Im Dialog können die individuellen Wahrheiten ausgetauscht, abgeglichen und dadurch neue Erkenntnisse gewonnen werden (vgl. ebd.).

Durch die belastende Krisensituation kann die Kommunikation innerhalb des gesamten Netzwerks blockiert sein (vgl. Seikkula, Trimble 2005, S. 462). Diese Blockade kann aber durch das gemeinsame Gespräch über die verschiedenen Sichtweisen zum gemeinsam belastenden Thema und dem daraus entstehenden detaillierten, gemeinschaftlichen Verständnis ein Stück weit aufgehoben werden (vgl. ebd., S. 467). Es werden die Standpunkte und Anliegen aller Beteiligten im Hinblick auf das Problem erkundet (vgl. ebd., S. 78). „Die Probleme der Einzelnen, die miteinander in Beziehung stehen, berühren sich und bedingen sich sogar in gewisser Weise gegenseitig, aber sie sind nicht kongruent, nicht deckungsgleich“ (Seikkula Arnkil 2007 S. 56). Daher werden der\*die Betroffene und sein\*ihr Netzwerk in den Versammlungen animiert, ihre persönliche Erfahrung in Worte zu fassen, um dann einen Austausch auf der Grundlage der von allen wahrgenommenen Äußerungen zu schaffen (vgl. ebd., S. 77). Auch das psychotische Erleben soll von dem\*der Betroffenen möglichst mitgeteilt und von allen Beteiligten als ein Standpunkt unter vielen gesehen werden (vgl. ebd., S. 70). So ist es möglich, die unterschiedlichen Wahrnehmungen zu einem gemeinsamen Verständnis des Problems zu ergänzen (vgl. Aderhold 2010, S. 267). Erst auf Grundlage der gemeinsamen, offenen und umfassenden Reflexion können neue Vorgehensweisen eröffnet und Veränderungen möglich werden (vgl. Haselmann 2008, S. 289). Anstatt eine vermeintlich „richtige“ Intervention von oben herab zu bestimmen (vgl. Seikkula, Trimble 2005, S. 462), können die geäußerten Wünsche und Präferenzen dann in den weiteren Behandlungsverlauf einbezogen werden (vgl. Aderhold 2010, S. 267).

## 6.2 Schlüsselemente

In den Netzwerkversammlungen ist das Vorgehen des Krisenteams auf zwölf Schlüsselemente ausgerichtet (vgl. Olson, Seikkula, Ziedonis 2014, S. 2). Jeder Dialog ist grundsätzlich einzigartig (vgl. ebd., S. 7), kann aber dennoch durch die folgenden Elemente beeinflusst werden (eine Auflistung der Elemente findet sich ebd., S. 8).

### 1) Zwei (oder mehr) Therapeuten in den Netzwerkversammlungen

Das Konzept des offenen Dialogs sieht vor, dass das Krisenteam multiprofessionell aufgestellt ist. Als Teammitglieder kommen z. B. Psychiater\*innen aus dem stationären Bereich, Psycholog\*innen aus dem ambulanten Bereich und Sozialarbeiter\*innen in Frage (vgl. Haselmann 2008, S. 312). Sozialarbeiter\*innen nehmen also eine aktive Rolle in der Krisenintervention ein. Zudem besteht auch die Möglichkeit Erfahrungsexpert\*innen, also Personen, die beispielsweise selbst eine Krise durchlebt haben, somit Hoffnung vermitteln, und ihre auf individuellen Kenntnissen basierende Sichtweise in die sofortige Unterstützung einzubeziehen. Durch die Multiprofessionalität soll gewährleistet werden, dass komplexe Problemlagen unter Beachtung unterschiedlicher fachlicher Bezüge bearbeitet werden können (vgl. DGPPN 2018, S. 98). „Psychologische, medizinische und soziale Aspekte der Krise [können so – I.K.] gleichermaßen wahrgenommen werden und in die Entscheidung zum weiteren Vorgehen einfließen“ (Schleuning 2014, S. 36). Außerdem ist durch ein aus mehreren Mitarbeiter\*innen bestehendes Krisenteam eine vereinfachte Absprache und eine Aufgabenteilung möglich: ein\*e Mitarbeiter\*in kann beispielsweise die Versammlung leiten, während der\*die andere zuhört und reflektiert (vgl. Olson, Seikkula, Ziedonis 2014, S. 8).

### 2) Partizipation der Familie und des Netzwerks

Dieses Schlüsselement ist gleichzeitig ein Grundprinzip des Konzepts (s. Prinzip Nr. 2). Es wird daher nicht noch einmal definiert.

### 3) Anwendung von offenen Fragen

Wenn alle Beteiligten frei sprechen können und nicht das Gefühl vermittelt bekommen, ihre Aussage sei falsch oder unangebracht, fördert dies die offene Atmosphäre im Dialog (vgl. Seikkula 2007, S. 146). Daher werden sowohl der\*die Betroffene als auch alle anderen Beteiligten anhand von offenen Fragen dazu animiert, sich und ihr Anliegen mitzuteilen (vgl. ebd., S. 148f.). Somit geht die Themensetzung nicht vorrangig vom Team aus, sondern der\*die Betroffene und sein\*ihr Netzwerk haben es selbst in der Hand, dass die für sie relevanten Themen angesprochen werden (vgl. ebd.). Zu Beginn der Behandlung können beispielsweise zwei Fragen nach Tom Andersen, dem Entwickler des reflektierenden Teams (s. Schlüsselement Nr. 10), gestellt werden: „Welches Interesse haben die Anwesenden an diesem Treffen? (...) Wie würden Sie diese Sitzung gerne nutzen?“ (Andersen 1990, S. 60f.). Der Fokus des Teams liegt dann auf dem Zuhören (vgl. Seikkula, Arnkil 2007, S. 148f.).

#### 4) Beantworten der Aussagen aller Beteiligten

Auf die Aussagen des\*der Betroffenen und seiner\*ihrer Angehörigen soll in einer angebrachten, den Gesprächsfluss aufrechterhaltenden Weise reagiert werden, um ihnen zu zeigen, dass sie Gehör bekommen (vgl. ebd., S. 147). Die Reaktion des Teams kann dann auf den Worten des\*der Betroffenen bzw. seiner\*ihrer Angehörigen basieren und diese um weitere Sichtweisen und nonverbale Beobachtungen ergänzen (vgl. ebd., vgl. auch Olson, Seikkula, Ziedonis 2014, S. 13). Mit einer an die Teilnehmer\*innen angepassten Sprache soll verhindert werden, dass sie sich nicht ernst genommen, nicht verstanden oder sogar abgewertet fühlen, wie es mit Fachsprache häufig einhergeht (vgl. Seikkula, Arnkil 2007, S. 146). Das Team sollte in der Reaktion auf die Äußerungen allerdings keine fachliche Erklärung oder Lösung präsentieren, da dies den Dialog auf Augenhöhe und die Selbstbestimmung beeinträchtigt (vgl. ebd., S. 147).

#### 5) Hervorhebung des gegenwärtigen Augenblicks

Eine offene Atmosphäre wird gefördert, wenn das Krisenteam flexibel auf alle Beteiligten reagiert, die im Dialog auftretenden Gefühle zulässt und auf sie eingeht (vgl. Olson, Seikkula, Ziedonis 2014, S. 15).

#### 6) Ermittlung vielfältiger Standpunkte

Durch die Anhörung der verschiedenen Sichtweisen aller Beteiligten entsteht eine Viestimmigkeit (Polyphonie) (vgl. Seikkula, Arnkil 2007, S. 150), in der jede Stimme respektiert wird (vgl. Aderhold 2016, S. 130). Auch die Äußerungen des Krisenteams werden zu gleichwertigen Stimmen unter vielen (vgl. Peter et al. 2019, S. 4). Auf Grundlage der Viestimmigkeit ist es nicht das Ziel, einen Konsens zu finden, sondern einen Austausch der verschiedenen Sichtweisen zu schaffen (vgl. Olson, Seikkula, Ziedonis 2014, S. 16). Nur so kann sich der komplexen, polyphonen Wahrheit angenähert werden, auf die mögliche Handlungsschritte aufgebaut werden können (vgl. Aderhold 2016, S. 132 f.).

#### 7) Beziehungen im Dialog fokussieren

Das Team sieht die angesprochenen Themen immer im Rahmen der Beziehungen innerhalb des Netzwerks (vgl. Olson, Seikkula, Ziedonis 2014, S. 20). Daher werden auftretende Emotionen als Reaktion auf die derzeitige Interaktion gedeutet (vgl. ebd.). Um die Beziehungen im Netzwerk besser zu begreifen, kann das Team Fragen stellen, die sich an mehr als eine Person richten oder die auf die Qualität der Beziehungen gerichtet sind (vgl. ebd.).

#### 8) Reaktion auf Problemdiskurse oder -verhalten mit Fokus auf dem Sinngehalt

Die Symptome, die zum Ausdruck gebracht werden, werden als nachvollziehbare, alternativlose Reaktionen auf schwierige Situationen aufgefasst (vgl. Olson, Seikkula, Ziedonis

2014, S. 22). Das Team sollte folglich nicht über Aussagen oder Verhalten urteilen (vgl. DGPPN 2018, S. 102), sondern seine Aufmerksamkeit darauf richten, diejenigen Aspekte und Diskurse zu ermitteln und aufzugreifen, die Symptomen oder problematischem Verhalten einen Sinn verleihen (vgl. Olson, Seikkula, Ziedonis 2014, S. 22). Es reagiert auch auf psychotische Aussagen sachlich und normalisiert diese dadurch, statt sie zu pathologisieren (vgl. ebd.). Wenn das Team solch ein wertschätzendes Verhalten an den Tag legt, kann auch das gesamte Netzwerk erfahren, dass die Krise – in sozialen, biographischen und anderen Zusammenhängen betrachtet – eine nachvollziehbare Reaktion ist (vgl. ebd., S. 22).

#### 9) Hervorhebung der Worte und Erzählungen der beteiligten Personen, nicht der Symptome

Der Fokus des Teams liegt nicht auf den Symptomen des\*der Betroffenen, sondern auf den Aussagen der beteiligten Personen (Seikkula, Arnkil 2007 S. 148). Mit Einbeziehung des gesamten Netzwerks wird versucht, den Sinn der Krise gemeinsam zu ergründen (vgl. ebd., S. 124). Eine Diagnose ist folglich nicht das oberste Ziel der Behandlung (vgl. Aderhold 2010, S. 267). Der Ansatz ist daher weniger defizitorientiert, sondern mehr auf „Respekt, Achtung und Verständnis“ ausgerichtet (Osterfeld, Zinkler 2016, S. 14).

#### 10) Konversation und Reflexion unter den Mitarbeiter\*innen in den Netzwerkversammlungen

Das Team sollte sich nicht als Expertenteam präsentieren, das durch berufliche Ausbildung dem Netzwerk Interventionen überstülpen kann (vgl. Olson, Seikkula, Ziedonis 2014, S. 27). Dennoch hat es die Möglichkeit, eigene Gedanken zu teilen, da das Konzept des offenen Dialogs die Methode des reflektierenden Teams nach Tom Andersen integriert. Sie kann eingesetzt werden, wenn es das Team für sinnvoll erachtet oder wenn es die Beteiligten wünschen (vgl. Seikkula, Trimble 2005, S. 462). Die Mitarbeiter\*innen des Krisenteams tauschen sich dann in Anwesenheit des Netzwerks untereinander über die Gedanken und Einschätzungen, die sie zum gerade Gehörten haben, aus (vgl. Andersen 1990, S. 55). Das Netzwerk hört zu und kann im Nachhinein Stellung zu der Reflexion des Teams beziehen (vgl. ebd.). Durch diese Methode ist es dem Team möglich, die professionellen Sichtweisen und Überlegungen zu Handlungsperspektiven offenzulegen (vgl. Seikkula, Arnkil 2007, S. 80). So kann außerdem offen über die positiven und negativen Einschätzungen des Teams hinsichtlich der Indikation einer stationären Aufnahme, von Medikamentenvergabe oder anderen Therapieangeboten gesprochen werden (vgl. ebd., S. 154). Seikkula empfiehlt z. B. vor der dauerhaften Vergabe von Medikamenten, in mindestens zwei Sitzungen darüber zu diskutieren (vgl. ebd., S. 76).

## 11) Transparenz

Die transparenten Einschätzungen durch die Methode des reflektierenden Teams bieten dem\*der Betroffenen und seinem\*ihrem Netzwerk die Möglichkeit, eigene Entscheidungen über weitere Handlungsschritte zu treffen (vgl. ebd.). Durch die Behandlungsstruktur ist gewährleistet, dass alle, die Anteil an einem Problem haben, informiert und einbezogen werden (vgl. Olson, Seikkula, Ziedonis 2014, S. 26).

Transparenz wird auch dadurch hergestellt, dass die Mitarbeiter\*innen des Teams ihre eigenen Emotionen preisgeben, statt sich als neutrale, gefühlskalte Therapeut\*innen zu präsentieren (vgl. Seikkula, Trimble 2005, S. 462). Durch empathische Antworten wirkt das Team vertrauenerweckend und animiert gleichzeitig auch alle anderen Personen, ihre Emotionen zu teilen (vgl. ebd.). Allerdings ist zu beachten, dass die Emotionen, die im Gespräch auftreten, für das Team persönlich belastend sein können (vgl. ebd.).

## 12) Unsicherheitstoleranz

Auch dieses Schlüsselement ist gleichzeitig ein Grundsatz des Konzepts und wird daher nicht erneut vorgestellt (s. Prinzip Nr. 6).

### **6.3 Zwangsvermeidende Aspekte des „offenen Dialogs“**

Durch die Prinzipien und Schlüsselemente, auf denen das Konzept des offenen Dialogs aufbaut, liegt es nahe, dass mit Anwendung dieses Konzepts Zwang vermieden werden kann und Menschen in Krisen den Vorgaben der UN-BRK entsprechend behandelt werden können. Dies ist im Folgenden zu prüfen.

#### **Unterstützte Entscheidungsfindung im Rahmen des Netzwerks**

Dem offenen Dialog liegt ein Verständnis von Krise als „verstehbare Reaktion auf unerträgliche und ungelöste Lebensprobleme“ zugrunde, durch das die Krise im individuellen Kontext betrachtet wird (Aderhold 2016, S. 134). Dieses Verständnis korrespondiert mit dem sozialen Modell von Behinderung, auf dem die UN-BRK basiert (Art. 1 UN-BRK) (vgl. Peter et al. 2019, S. 3). Da die Krankheit nicht als ein ausschließlich der Person inhärentes Merkmal definiert wird, wird der\*die Betroffene nicht auf Symptome reduziert (vgl. Olson, Seikkula, Ziedonis 2014, S. 29). Dadurch kann – anders als mit dem medizinischen Modell von Behinderung, nach dem sich die klassische Psychiatrie überwiegend ausrichtet – der Stigmatisierung und Exklusion von psychisch kranken Menschen entgegengewirkt werden (vgl. Peter et al. 2019, S. 3). Weil die Krise kontextabhängig ist (Art. 1 UN-BRK), muss in der Behandlung der Kontext einbezogen werden, da er zum Problemverständnis und zur Ermittlung von Lösungen hilfreich ist (vgl. Peter, Bieler 2017).

Aus diesem Verständnis heraus erwächst das zentrale Prinzip der Einbeziehung des Netzwerks, dem eine besondere Bedeutung zugesprochen wird (vgl. Peter et al. 2019, S. 2).

Durch Gespräche in den Netzwerkversammlungen ist es dem\*der Betroffenen und seinen\*ihrer Angehörigen möglich, die Hintergründe der Krise zu eröffnen und anderen zugänglich zu machen.

Das Hineinversetzen in die Perspektive von jemandem, der wahnhaft, ängstlich oder aggressiv ist, bietet ... Behandlern dabei die Chance zu verstehen, was in einer akuten Bedrohungssituation als hilfreich erlebt werden könnte. Intuitiv würden die wenigsten dann an eine Isolierung oder Fixierung als Maßnahme zur Beruhigung denken. Die meisten Menschen hingegen wünschen sich in einer seelischen Krise Zuspruch, Kontakt, Beruhigung oder Nähe – da sind sich Betroffene, Psychiaterinnen, Pflegende, Psychologen, Angehörige und Laien vermutlich einig. (Teichert, Schäfer, Lincoln 2016, S. 126)

Indem im Dialog der Sinnzusammenhang der Krise ergründet wird, können die Verunsicherungen über sich selbst, die Beziehungen und die Situation, die im gesamten Netzwerk durch die Krise entstanden sind, ein Stück weit aufgelöst werden (vgl. Utschakowski 2017, S. 293). Gelingt dies, sieht sich das Netzwerk der Situation weniger machtlos gegenüberstehen, sondern kann Kapazitäten für die Ermittlung möglicher Handlungsschritte nutzen (vgl. ebd., S. 299). Eine Prävention von Zwangsmaßnahmen ist also vor allem durch Gespräche möglich (vgl. Buck 2016, S. 7). Hier spielt auch die Haltung der Mitarbeiter\*innen des Krisenteams eine leitende Rolle. Im offenen Dialog ist sie dadurch geprägt, dass das Kernanliegen des Krisenteams die Wahrung der Autonomie sowie die Achtung der eigenen Entscheidung von Menschen in Krisen ist (vgl. Peter et al. 2019, S. 5). Dies ist ebenso ein Grundsatz der UN-BRK (Art. 3 lit. a UN-BRK). Außerdem wird auch das Recht auf freie Meinungsäußerung, Meinungsfreiheit und Zugang zu Informationen (Art. 21 UN-BRK) gewahrt, indem auch psychotische Äußerungen angehört und als gleichwertig anerkannt werden (vgl. ebd., S. 5). Diese Praxis fördert die Behandlung ohne Diskriminierung von Menschen in Krisen (Art. 5 UN-BRK).

Wenn ein Gespräch von einer offenen, nachfragenden und mitfühlenden Haltung des Behandlers gekennzeichnet ist, wird in vielen Fällen der erste Baustein für eine tragfähige Beziehung und die Voraussetzung für den Einsatz milderer Mittel gelegt sein (Teichert, Schäfer, Lincoln 2016a, S. 127).

Anstatt dass Entscheidungen ersetzend getroffen und ggf. mit Zwang umgesetzt werden, werden Menschen in Krisen durch den offenen Dialog bei der Ausübung ihrer Rechts- und Handlungsfähigkeit unterstützt (Art. 12 Abs. 3 UN-BRK) und ihre Ressourcen und Fähigkeiten mobilisiert. Der Rahmen des Konzepts befähigt das Krisenteam dazu, einen kontinuierlichen Unterstützungsprozess hervorzubringen. Auch als nicht einwilligungsfähig eingestufte Personen können im offenen Dialog in die sie betreffenden (rechtlichen) Entscheidungen – beispielsweise über den Aufenthaltsort oder die Einnahme von Medikamenten – einbezogen werden (vgl. Peter et al. 2019, S. 5). In diesem Zusammenhang

bietet die Einbeziehung des Netzwerks den Vorteil, dass es bei der Ermittlung des (antizipiert geäußerten oder mutmaßlichen) Willens hilfreich sein kann. Durch die Unterstützung kann die Selbstbestimmung des\*der Betroffenen sowie seiner\*ihrer Angehörigen so weit wie möglich gewahrt werden (vgl. Engel 2016, S. 174). „Netzwerkgespräche werden in diesem Ansatz zum moderierten Rahmen für unterstützende Entscheidungsprozesse“ (Aderhold et al. 2019, S. 82). Auch der UN-Ausschuss fordert mit Blick auf das Recht, in der Gemeinschaft zu leben (Art. 19 UN-BRK), bei der Unterstützung nach Artikel 12 Abs. 3 UN-BRK die Netzwerkperspektive mit einzubeziehen (vgl. UN 2014, Rn. 45). Er sieht in Netzwerken den „key to supported decisionmaking“ (ebd.), da sie Ressourcen bieten, die in die Unterstützung des\*der Betroffenen mit einfließen und so seine\*ihre Handlungsmöglichkeiten erhöhen können (vgl. ebd.; vgl. auch Engel 2016, S. 174).

„Die Selbstbestimmung von Menschen mit Behinderungen kann also gestärkt werden, wenn Angehörige und Freunde von Anfang an in die Situation im Sinne des ‚supported decision making‘ einbezogen werden können“ (Heinz, Müller 2016, S. 39). Betroffene und ihre Angehörigen werden durch die Anwendung des offenen Dialogs aktive Akteur\*innen in der Behandlung (vgl. Peter et al. 2019, S. 3), sind also weniger auf bevormundende Interventionen von Expert\*innen aus dem psychiatrischen Bereich angewiesen, sondern werden selbst zu Expert\*innen über die eigenen Handlungsmöglichkeiten (vgl. Engel 2016, S. 174). Mit der unterstützten Entscheidungsfindung fördert das Konzept des offenen Dialogs „die Erfahrung von Selbstwirksamkeit“ des\*der Betroffenen und seines\*ihrer Netzwerks (Aderhold 2016, S. 130). Der offene Dialog kann daher als Konzept des Empowerments aufgefasst werden, durch das den Betroffenen und ihren Angehörigen Einflussmöglichkeiten in Bezug auf ihr eigenes Leben eröffnet werden (vgl. Haselmann 2008, S. 312; vgl. auch Engel 2016, S. 174).

Es ist allerdings zu beachten, dass dem\*der Betroffenen die Möglichkeit gegeben werden soll, die Unterstützung abzulehnen (vgl. UN 2014, Rn. 29 lit. g), denn auch ein ungewolltes Gespräch kann Zwang darstellen. Hier ist beispielsweise an Personen zu denken, die ihr Recht auf Selbstbestimmung nicht wahrnehmen wollen und die Verantwortung, zu entscheiden, bei den Behandler\*innen sehen (vgl. Knuf 2016, S. 43). „Aus dem Recht zur Selbstbestimmung darf keine Pflicht werden“ (ebd., S. 42). Netzwerkversammlungen im Rahmen des offenen Dialogs können beispielsweise auch ohne den\*die Betroffene\*n stattfinden, wenn diese\*r darüber informiert wird oder ihm\*ihr ermöglicht wird, vom Nebenzimmer aus zuzuhören (vgl. Aderhold 2010, S. 266). Solche Versammlungen eignen sich vorzugsweise zum Sammeln von Handlungsoptionen. Entscheidungen, die sich direkt auf den\*die Betroffene\*n auswirken, können dagegen nur unter Absprache mit ihm\*ihr bzw. nach seiner\*ihrer Benachrichtigung getroffen werden (vgl. ebd.). Neben der Ablehnung durch den\*die Betroffenen können auch Kommunikationsbarrieren die Durch-

führung des offenen Dialogs verhindern, denn für den Unterstützungsprozess ist eine gemeinsame Ebene der Kommunikation notwendig.

### **Niedrigschwelligkeit des Behandlungsangebots**

Die Unterstützung, die der offene Dialog bietet, ist durch telefonische Erreichbarkeit rund um die Uhr und durch das Aufsuchen zu Hause kurzfristig abrufbar und niedrigschwellig. Somit korrespondiert das Konzept mit den Forderungen aus Artikel 25 UN-BRK, Menschen mit Behinderungen Frühintervention zur Kompensation oder Vermeidung weiterer Behinderungen (lit. b) und gemeindenahen Leistungen (lit. c) anzubieten. Die sofortige Unterstützung durch das Krisenteam dient der Krankheitsfrüherkennung und damit der sekundären Prävention (vgl. Schleuning 2014, S. 46). Außerdem soll durch die sofortige, kontinuierliche und individuelle Behandlung, die insbesondere auf Gesprächen basiert, eine Eskalation der Situation sowie eine (zwangsweise) Klinikaufnahme vermieden werden (vgl. Seikkula Arnkil 2007, S. 69; vgl. auch Stein 2009, S. 151). Schon das Bewusstsein, dass in akuten Krisen schnelle Unterstützung garantiert ist, kann den Betroffenen und ihren Angehörigen ein Gefühl von Sicherheit vermitteln und somit ebenfalls deeskalierend wirken. Diese Sicherheit lässt „die Notwendigkeit von Medikation und Hospitalisierung sinken“ (Aderhold 2010, S. 265).

### **Reduktion von Hospitalisierungen**

Durch die Integration des Home Treatments erfüllt das Konzept die Forderung der UN-BRK, Menschen mit Behinderungen eine unabhängige Lebensführung und die Einbeziehung in die Gemeinschaft – beispielsweise durch die freie Wahl des Aufenthaltsortes (lit. a) und gemeindenahen Angebote (lit. b und c) – zu ermöglichen (Art. 19 UN-BRK). Unterstützungsangebote sollen die Isolation von Menschen mit Behinderungen verhindern und den Grundsatz der Inklusion fördern (Art. 19 UN-BRK). Auch durch die offene Atmosphäre in den Netzwerkversammlungen, durch die ein Gemeinschaftsgefühl gefördert wird (vgl. Seikkula, Trimble 2005, S. 472), kann dem Grundsatz der vollen und wirksamen Einbeziehung in die Gesellschaft (Art. 3 lit. c UN-BRK) entsprochen werden (vgl. Peter et al. 2019, S. 4). In einer finnischen Studie aus dem westlichen Lappland wurden Vergleiche zwischen einer Gruppe von herkömmlich behandelten, schizophrenen ersterkrankten Personen und einer Gruppe von schizophrenen ersterkrankten Personen, die mit dem offenen Dialog behandelt wurden, gezogen (vgl. Seikkula 2002, S. 142 f.). Es wurde festgestellt, dass innerhalb der ersten zwei Jahre nach Behandlungsbeginn erstere im Durchschnitt 117 Tage und letztere durchschnittlich 24 Tage in einer Klinik behandelt wurden (vgl. ebd., S. 144). Unter anderem durch die Möglichkeit einer Behandlung zu Hause, die das Konzept des offenen Dialogs bietet, kann also verhindert werden, dass Menschen in Krisen stationär aufgenommen und so aus ihrer gewöhnlichen Gemeinschaft exkludiert

werden (vgl. Aderhold 2010, S. 271). Im Gegensatz dazu wird bei einer zwangsweisen Unterbringung, die mit einer ersetzenden Entscheidung über den Aufenthaltsort von Menschen in Krisen einhergeht, eine Eskalation der Situation durch die drohende Exklusion in Kauf genommen (vgl. Heißler 2015, S. 297). Der offene Dialog ist somit ein Ansatz, der die Deinstitutionalisierung, wie sie im General Comment gefordert ist (vgl. UN 2014, Rn. 46), fokussiert (vgl. Peter et al. 2019, S. 3). Mit der Möglichkeit des Home Treatments würde das Konzept des offenen Dialogs somit eine bisher unzureichend gefüllte Lücke im derzeitigen deutschen psychiatrischen Hilfesystem schließen.

### **Reduktion von Medikation**

Der Einsatz von Medikamenten zählt zu den Standardmaßnahmen der klassischen Psychiatrie in Deutschland (vgl. Utschakowski 2017, S. 297), auch wenn die Effektivität oft zweifelhaft ist und unerwünschte Wirkungen auftreten (vgl. UN 2017a, Rn. 19). In der erwähnten Studie wurde verzeichnet, dass 100 Prozent der herkömmlich behandelten, schizophrenen Personen zu Beginn der Behandlung Neuroleptika verabreicht wurden, während es bei den mit dem offenen Dialog behandelten Personen nur 35 Prozent waren (vgl. Seikkula 2002, S. 144). Im Gegensatz zur klassischen Behandlung kann also – alleine schon, weil sie nicht als reguläre Maßnahme angesehen werden – auch die (zwangsweise) Vergabe von Medikamenten durch das Konzept in vielen Fällen vermieden werden (vgl. Peter et al. 2019, S. 2). Das vorrangige Ziel des offenen Dialogs ist es nämlich nicht, Symptome zu fokussieren, sondern durch den Austausch ein gemeinsames Verständnis der Krise zu schaffen (vgl. Teichert, Schäfer, Lincoln 2016a, S. 126). Wenn eine Medikation eingesetzt werden soll, wird über die Art, Dosierung und Dauer der Anwendung in mehreren Netzwerkversammlungen diskutiert und im Sinne einer unterstützten Entscheidungsfindung entschieden (vgl. Aderhold 2010, S. 268).

### **Reduktion des Chronifizierungsrisikos**

Das Konzept des offenen Dialogs mit dem Fokus auf der Selbstbestimmung von Menschen in Krisen beugt durch die Vermeidung von Zwang den mit letzterem einhergehenden möglichen Gefahren wie Traumatisierung oder Therapieabbruch vor. Wenn Menschen in Krisen und ihre Angehörigen erfolgreich bei der Entwicklung von Handlungsmöglichkeiten unterstützt werden können, bietet das Konzept die Chance, das Risiko einer Chronifizierung zu verringern und das kreative Potenzial von Krisen zu aktivieren (vgl. Stein 2009, S. 20). Auch hier zeigt die oben genannte Studie beachtliche Ergebnisse: Während 71 Prozent der herkömmlich behandelten, schizophrenen Personen in den ersten zwei Jahren der Behandlung ein Rezidiv erleiden und mehr chronische Symptome aufweisen, tritt ein Rückfall lediglich bei 26 Prozent der Personen, die mit dem offenen Dialog behandelt wurden, auf (vgl. Seikkula 2002, S. 145). In der erstgenannten Gruppe

waren nach zwei Jahren 21 Prozent der Personen erwerbstätig oder im Studium, in letztgenannter Gruppe 61 Prozent (vgl. ebd.).

### **Bewertung des Potenzials zur Zwangsvermeidung**

Auf Zwangsmaßnahmen wird vor allem in Krisen zurückgegriffen, die von Gewalt begleitet sind. „Gewalt entsteht in der Regel, wenn eine Situation bedrohlich erlebt wird, wenn Verständnis fehlt, wenn Freiheit eingeschränkt wird, wenn Ohnmacht erlebt wird usw.“ (Aderhold 2016, S. 130). Im offenen Dialog können, wie oben beschrieben, solche Zuspitzungen und die Begegnung der Situation mit Zwang durch die Prinzipien und Schlüsselemente vermieden werden (vgl. ebd.). Durch die subjektorientierte, dialogische und lebensweltorientierte Herangehensweise kann die Behandlung von Menschen in Krisen nach menschenrechtlichen Vorgaben ausgerichtet werden (vgl. Peter et al. 2019, S. 2). Dennoch ist nicht auszuschließen, dass der\*die Betroffene sich selbst oder andere in so erheblichem Maße gefährdet, dass ein (drastisches) Eingreifen nötig wird (vgl. Aderhold 2010, S. 266). Aber auch in solchen Situationen sollte das Team im Rahmen seiner Möglichkeiten das Gespräch suchen und ggf. über mögliche bevorstehende (Zwangs-)Maßnahmen aufklären (vgl. ebd.).

Um Zwang, Exklusion und Verletzungen der Menschenwürde entgegenzuwirken sieht der UN-Sonderberichterstatter über das Recht aller Menschen auf bestmögliche körperliche und seelische Gesundheit, Dainius Pūras, die Anwendung des offenen Dialogs als sinnvoll und notwendig an (vgl. UN 2017a, Rn. 81 und 83). Auch Mental Health Europe, eine Nichtregierungsorganisation, die sich vor allem auf politischer Ebene für die Verbesserung der Situation psychisch kranker Menschen und ihrer Angehörigen einsetzt, fordert eine breitere Aufstellung des Gesundheitssystems mit Maßnahmen, mit denen Zwang vermieden werden kann und schlägt hierfür unter anderem den offenen Dialog als ein auf den Menschenrechten basierendes Konzept vor (vgl. MHE 2019, S. 7 und 11).

Das Konzept bzw. Elemente des offenen Dialogs wird bzw. werden bereits von Gesundheitsdiensten weltweit umgesetzt (vgl. Freeman et al. 2019, S. 47). Um das Konzept weiter zu etablieren, ist allerdings die Durchführung weiterer quantitativer und qualitativer Studien vonnöten (vgl. ebd., S. 58). Die Aussagekraft der Studie von 2002 wird beispielsweise dadurch beeinträchtigt, dass die Stichprobengrößen klein sind und es daher leicht zu Verzerrungen kommen kann und sich die Aussagen ausschließlich auf die Praxis in einer kleinen Region beziehen (vgl. ebd., S. 51). Es wird insbesondere gefordert, in zukünftigen Studien größere Stichproben einzubeziehen und zu belegen, welche Prinzipien und Schlüsselemente in den erforschten Behandlungen eingehalten wurden, um die Wirksamkeit des Konzepts mit möglichst aussagekräftigen Daten zu belegen (vgl. ebd., S. 57 f.). Auch Studien zum offenen Dialog, die mögliche Auswirkungen auf die Anwendung

von Zwang beleuchten, existieren bisher nicht, werden allerdings als sinnvoll erachtet (vgl. Peter et al. 2019, S. 5). Dennoch stellt das Konzept regional eine Bereicherung des psychiatrischen Angebots dar. Das Konzept könnte sich auch flächendeckend als geeignet erweisen und die Vielfalt der Reaktionsmöglichkeiten auf wirksame Weise erweitern.

Auch für die Soziale Arbeit ist das Konzept von Bedeutung: „Der offene Dialog [ist ein] Konzept ...[, das] der ganzheitlichen multifokalen Sichtweise der Sozialen Arbeit entspr[icht]“ (Utschakowski 2017, S. 306). Es weist mit den Prinzipien des offenen Dialogs, dem Einbezug des\*der Betroffenen und seiner\*ihrer Angehörigen in Entscheidungen, der Förderung der Teilhabe und der ressourcenorientierten, ganzheitlichen statt defizitorientierten Sichtweise viele Gemeinsamkeiten mit den professionsethischen Prinzipien der Sozialen Arbeit auf. Für die Etablierung des Konzepts kann die Soziale Arbeit daher eine wichtige Rolle einnehmen.

## **7 Die Einbindung der Sozialen Arbeit in die psychiatrische Krisenintervention – Chancen und Ausblick**

Im fünften Kapitel wurde aufgezeigt, dass mildere Mittel der Schlüssel zur Vermeidung von Zwang sind. Die psychiatrische Praxis kann sich nur an menschenrechtliche Vorgaben, wie die der UN-BRK, annähern, wenn Grundrechtseingriffe und Missachtungen der Selbstbestimmung auch in Krisensituationen auf das absolut unvermeidliche Maß reduziert werden. Wie die Soziale Arbeit einen Beitrag zur Annäherung an die Menschenrechte leisten kann, wird im folgenden Kapitel betrachtet.

Um den eigenen Anspruch, eine Menschenrechtsprofession zu sein, erfüllen zu können, muss die Soziale Arbeit im psychiatrischen Kontext die Einhaltung der Menschenrechte prüfen und sich mit eventuellen Eingriffen in die Grundrechte beschäftigen. Kommt sie zu dem Schluss, dass die vorgefundenen Strukturen menschenverachtend sind, ist sie durch das professionelle Mandat dazu befähigt und sogar in der Verantwortung, sich selbst ein Mandat zu stellen (vgl. Staub-Bernasconi 2019, S. 94). Soziale Arbeit steht dann in der Pflicht – im Dienst der von diesem Missstand Betroffenen – Arbeitgeber\*innen, Politiker\*innen und die Öffentlichkeit auf ungerechte Policies und Praktiken aufmerksam zu machen, Kritik an den bestehenden Strukturen zu üben und neue, menschenrechtskonforme Handlungsoptionen einzubringen, ohne seitens der Gesellschaft oder eines Trägers dazu aufgefordert worden zu sein (vgl. ebd.; vgl. auch IASSW 2018, S. 5 und S. 8). Die Menschenrechte dienen dabei als grundlegender Maßstab, um menschenverachtende Praktiken zu analysieren und – beispielsweise im politischen Diskurs – für menschengerechte Praktiken zu argumentieren.

Vor dem Hintergrund des in Deutschland vorherrschenden Mangels und der unzureichenden Ausschöpfung milderer Mittel zu Zwang ist die Soziale Arbeit gefordert, auf die dadurch bedingte inkonsequente Beachtung des Verhältnismäßigkeitsgrundsatzes und die damit einhergehenden übermäßigen Eingriffe in die Grundrechte aufmerksam zu machen. Denn „bevor nicht alle Möglichkeiten ausgeschöpft sind, die Entscheidungsfähigkeit und schließlich eine Entscheidung der betroffenen Person herbeizuführen, widerspricht paternalistisches Handeln den ethischen Prinzipien Sozialer Arbeit“ (Kaminsky 2017, S. 164). Es gibt in diesem Zusammenhang drei Handlungsebenen: die individuelle, die institutionelle und die öffentliche bzw. politische Ebene.

### **7.1 Individuelle Ebene**

Auf der individuellen Ebene müssen Sozialarbeiter\*innen ihr eigenes Handeln hinsichtlich menschenrechtlicher Vorgaben hinterfragen und ggf. angleichen. Angelehnt an die im Konzept des offenen Dialogs transportierte Haltung könnten sie sich beispielsweise fragen: Betrachte ich die Krise als eine nachvollziehbare Situation und kann ich dadurch Gründe für psychotisches Verhalten entdecken und Empathie entwickeln? Stelle ich Standardmaßnahmen wie die Medikamentenvergabe infrage und kann ich alternative Wege aufzeigen und anbieten, mit denen der\*die Betroffene einverstanden wäre? Insbesondere in akuten Krisensituationen können Sozialarbeiter\*innen anhand von Kommunikations- und Deeskalationskompetenzen versuchen, den Weg für mildere Mittel zu Zwang zu ebnen und somit Eingriffe in die Grundrechte der Betroffenen aktiv verhindern (vgl. Brosey, Osterfeld 2017, S. 144). Durch eine ressourcenorientierte Sicht – etwa auf die Kompetenzen des\*der Betroffenen oder seine\*ihre Lebenswelt – können sie außerdem alternative Möglichkeiten entdecken, die die Selbstwirksamkeit fördern (vgl. Neumann 2017, S. 256). Aufgrund ihres professionsethischen Hintergrunds sollten sie besonderen Wert auf die unterstützte Entscheidungsfindung legen, um die Sichtweise ihrer Klient\*innen, insbesondere in solch dramatischen Situationen wie es Krisensituationen sind, zu erfahren und sie an den Entscheidungen, die sie selbst betreffen, teilhaben zu lassen (vgl. IAASW 2018, S. 6). Da die Einwilligungsunfähigkeit ein variabler Zustand ist, können Sozialarbeiter\*innen auf den momentanen Zustand achten und dadurch sogenannte „Inseln der Klarheit“ ausfindig machen und nutzen (vgl. Kaminsky 2017, S. 165). Im Zuge unterstützter Entscheidungsfindung haben Sozialarbeiter\*innen auch die Aufgabe, ihre Klient\*innen und ggf. auch Angehörige über ihre Rechte aufzuklären: beispielsweise können sie die Reichweite der Selbstbestimmungsrechte, wie das Recht auf das erreichbare Höchstmaß an Gesundheit, das die freie, informierte Einwilligung umfasst (Art. 25 lit. d UN-BRK), und die relevanten menschenrechtlichen Vorgaben aufzeigen sowie

Beschwerdemöglichkeiten nennen (vgl. IAASW 2018, S. 4). Andererseits können auch Grenzpunkte, bei denen Zwang zur gesetzlichen Pflicht wird, thematisiert werden. Aber auch in Situationen, in denen Zwang nicht vermieden werden kann und der Wille des\*der Betroffenen überwunden wird, können Sozialarbeiter\*innen ihre ganzheitliche Sichtweise, die die Lebenswelt, Ressourcen und Rechte des\*der Betroffenen mit einbezieht, einbringen und vertreten (vgl. Brosey, Osterfeld 2017, S. 154).

Für die individuelle Auseinandersetzung mit Zwangsmaßnahmen wäre eine spezifische Leitlinie hilfreich, die Sozialarbeiter\*innen, die im psychiatrischen Bereich kooperativ an Zwangsmaßnahmen beteiligt sind, an die Hand gegeben werden kann. Damit könnte ihr sicheres, auf der Professionsethik beruhendes Verhalten gefördert werden.

## **7.2 Institutionelle Ebene**

Auch auf institutioneller Ebene können sich Sozialarbeiter\*innen wirkungsvoll für einen Paradigmenwechsel einsetzen, indem sie menschenrechtskonforme Strukturen in der psychiatrischen Einrichtung, in der sie tätig sind, fördern und einfordern. Im Zuge dessen können sie beispielsweise den offenen Dialog in ihrem (multiprofessionellen) Team vorstellen und die zwangsvermeidenden Aspekte herausstellen. Anhand des Konzepts, als Best-Practice-Beispiel, kann auch die eigene Praxis in der psychiatrischen Institution analysiert werden, um Schwachstellen, in denen nicht alle Möglichkeiten zur Förderung der Selbstbestimmung ausgeschöpft werden, zu identifizieren. Ebenso können Sozialarbeiter\*innen anregen, dass der Umgang mit Betroffenen in Krisensituationen und Grundhaltungen im Team analysiert und deeskalierende, zwangsvermeidende Elemente eingeführt werden (vgl. Teichert, Schäfer, Lincoln 2016, S. 105). Es wäre beispielsweise denkbar, vermehrt Netzwerkgespräche in die derzeitige Praxis im ambulanten wie im stationären Bereich zu integrieren (vgl. Aderhold 2016, S. 156). In NRW sind für medizinische und psychosoziale (ambulante) Vor- und Nachsorgemaßnahmen auch Sozialarbeiter\*innen im Rahmen von sozialpsychiatrischen Diensten verantwortlich (§ 5 Abs. 1 PsychKG NRW). Auch in Psychiatrischen Institutsambulanzen (§118 SGB V) und im Rahmen der Integrierten Versorgung (§ 140 SGB V) sind sie in multiprofessionellen Teams im ambulanten Bereich tätig. Insbesondere in diesen Arbeitsfeldern könnten sich Sozialarbeiter\*innen dafür einsetzen, dass Netzwerkgespräche und die Methode des reflektierenden Teams in die bereits vorhandenen Kriseninterventionsstrukturen integriert werden.

Um eine Verbesserung der Praxis zu erreichen, sind Fortbildungen des Personals im psychiatrischen Bereich sinnvoll, beispielsweise um Know-How zur Unterstützung von Entscheidungsprozessen zu erlangen (vgl. DGPPN 2018, S. 103). Fortbildungen können aber im Endeffekt nicht das „Allheilmittel“ zur Vermeidung von Zwang sein, weil auch die

Grundhaltung des Personals eine maßgebliche Rolle spielt. Von Mitarbeiter\*innen ist in diesem Kontext im Vergleich zur klassischen Psychiatrie ein Rollenwechsel gefordert: Um Entscheidungsfindungen zu unterstützen, müssen sie den Prozess transparent, bedürfnisorientiert und ergebnisoffen begleiten sowie die Selbstbestimmung fördern, statt die Prozessverantwortung zu übernehmen und Standardinterventionen anzubieten (vgl. Aderhold 2016, S. 140). Mit einer patienten- und bedürfnisorientierten Haltung könnte sich dem Paradigmenwechsel von der „medizinisch-fürsorgende[n] Perspektive“ hin zur „menschenrechtliche[n] Perspektive“ (Aichele 2016, S. 38), der durch die UN-BRK ange-regt wurde, auch im psychiatrischen Bereich ein Stück weit genähert werden.

Insbesondere gegenüber Ärzt\*innen und Psycholog\*innen können Sozialarbeiter\*innen mildere Mittel, wie die unterstützte Entscheidungsfindung, in den Vordergrund stellen und ggf. einfordern (vgl. Brosey, Osterfeld 2017, S. 141). Wenn es um die Anordnung von Zwang geht, können sie außerdem mögliche negative Auswirkungen, wie Verlust des Vertrauens zu Behandler\*innen und Traumatisierung, in einen Teamdiskurs einbringen. Ebenso dienen in diesem Zusammenhang die allgemeingültige Bindung an menschenrechtliche Grundsätze und der professionsethische Hintergrund der Sozialarbeiter\*innen als Grundlage, um Stellung zu beziehen (vgl. Kaminsky 2017, S. 168 f.). Allerdings sind dem sozialarbeiterischen Einsatz auch Grenzen gesetzt: Sie sind letztendlich in Hinblick auf die Einhaltung ihrer professionsethischen Prinzipien darauf angewiesen, dass ihre Arbeitgeber\*innen und Institutionen ihrer Verpflichtung zur Unterstützung ethischer Praktiken nachkommen (vgl. IASSW 2018, S. 2).

### **7.3 Öffentliche bzw. politische Ebene**

Die Soziale Arbeit als Disziplin ist auch auf öffentlicher und politischer Ebene in besonderer Weise berufen, Kritik an der psychiatrischen Praxis zu üben und sich für die Etablierung menschenrechtskonformer Konzepte, die die Selbstbestimmung von Betroffenen respektieren, einzusetzen. Um zunächst ein genaueres Bild des Status Quo zu erhalten, sollte die Soziale Arbeit sich für die Erfüllung des Artikels 31 UN-BRK einsetzen, der den Staat zur Erhebung von Daten verpflichtet. Wie in Kapitel zwei dargestellt, ist sind aktuell erhobene Daten zu Zwang in Deutschland lückenhaft und haben daher nur bedingt Aussagekraft. Umfassende Informationen über Zwangsmaßnahmen wären allerdings wichtig, um die Umsetzung der UN-BRK in Deutschland zu beurteilen, „Hindernisse, denen sich Menschen mit Behinderungen bei der Ausübung ihrer Rechte gegenübersehen zu ermitteln“ und letztendlich die Notwendigkeit alternativer, menschenrechtskonformer Konzepte begründen zu können (Art. 31 Abs. 2 UN-BRK). Die Soziale Arbeit als Disziplin ist damit ebenso aufgefordert, Forschungsprojekte mit dem Fokus auf Zwang durchzuführen. Da

es, wie im fünften Kapitel aufgezeigt, in Deutschland an milderem Mitteln zu Zwang mangelt, sollte sich die Soziale Arbeit auch mit weniger eingreifenden Mitteln wissenschaftlich beschäftigen<sup>13</sup>. Sie kann im Rahmen dessen Konzepte wie offen geführte Stationen in den Blick nehmen, aber auch, wie in dieser Arbeit, die psychiatrische Praxis in anderen Ländern näher betrachtet. Ziel ist es, eine Erweiterung des Reaktionsrepertoires zu erreichen und in sozialpolitischen Gremien dessen Umsetzung einzufordern. Hierbei muss in besonderer Weise die gleiche Anerkennung vor dem Recht (Art. 12 UN-BRK) und die unterstützte Entscheidungsfindung hervorgehoben werden, weil ihnen in der Krisenintervention mehr Bedeutung beigemessen werden muss. Aber auch ein Verweis auf offen geführte Stationen oder Deeskalationskompetenzen, durch die der Weg zur menschenrechtskonformen Praxis beschriftet werden kann (vgl. Teichert, Schäfer, Lincoln 2016a, S. 119), kann durch die Soziale Arbeit erfolgen.

Im Zuge einer Aufführung von Handlungsoptionen sollte die Soziale Arbeit auf neue soziale Institutionen und Instrumente aufmerksam machen, die insbesondere auf das Wohlbefinden und die Teilhabe von Menschen in Krisensituationen sowie psychisch kranken Menschen ausgerichtet sind (vgl. Walther, Deimel 2017, S. 54). Sie kann beispielsweise auf den positiven Effekt, der in Finnland durch das Konzept des offenen Dialogs zu verzeichnen ist, verweisen und sich für eine Etablierung hierzulande einsetzen, um auch in Deutschland einer Krise rund um die Uhr und netzwerkorientiert begegnen zu können. Hierfür wären bereits Möglichkeiten der Implementierung gegeben: In Deutschland kann das Konzept beispielsweise in die Integrierte Versorgung, eine „interdisziplinäre fachübergreifende Versorgung“ (§ 140a SGB V), implementiert werden. An dieser besonderen Versorgung, die von der Regelversorgung abweichende sektorübergreifende (ambulante, stationäre und rehabilitative) Angebote beinhaltet, können Versicherte durch eine schriftliche Erklärung teilnehmen (§140a Abs. 4 SGB V). In den meisten Versorgungsregionen ermöglicht die Integrierte Versorgung eine Behandlung durch ein multiprofessionelles Team, das 24 Stunden erreichbar ist, Home Treatment anbietet und Krisenpensionen betreibt (vgl. DGPPN 2018, S. 111). In NRW werden im Rahmen der Integrierten Versorgung der Gesellschaft für psychische Gesundheit bereits Elemente des offenen Dialogs angewendet (vgl. Greve 2014, S. 150). Die Umsetzung der integrierten Versorgung ist allerdings noch ausbaufähig, weil sie nicht flächendeckend verfügbar und die Teilnahme nur bei bestimmten Krankenkassen und mit bestimmten Erkrankungen möglich ist (vgl. LZG NRW 2017, Teil A, S. 5). Weil die Angebote der Integrierten Versorgung nicht im PsychKG NRW verankert und an eine schriftliche Erklärung des\*der Betroffenen gebunden sind, kommen sie Erstbetroffenen in akuten Krisen nicht zugute. Auch die Mög-

---

<sup>13</sup> Soziale Arbeit kann sich im Rahmen dessen mit Konzepten wie offen geführte Stationen beschäftigen, aber auch, wie in dieser Arbeit, die psychiatrische Praxis in anderen Ländern näher betrachten.

lichkeit, den offenen Dialog im Rahmen eines Modells des Regionalen Psychriatriebudgets nach § 64b SGB V einzuführen, könnte in NRW genutzt werden (vgl. DGPPN 2018, S. 364). Somit könnte die Fragmentierung der Angebote für psychisch kranke Menschen in unterschiedliche Finanzierungssysteme (SGB V, SGB IX, SGB XII) übergangen werden (vgl. ebd.). Eine Schwierigkeit bei diesen Implementierungsmöglichkeiten stellt dar, Behandlungskontinuität und regelmäßige Netzwerkversammlungen gewährleisten zu können, denen im Konzept des offenen Dialogs ein bedeutender Einfluss auf den weiteren Verlauf der Behandlung zugesprochen wird. Insbesondere, wenn Betroffene im Laufe der Zeit sowohl ambulante als auch stationäre Angebote nutzen müssen, ist dies mit einem Personalwechsel verbunden. Hier kann Soziale Arbeit eine Diskussion über neue, bisher im deutschen Versorgungssystem noch nicht verankerte Möglichkeiten der Implementierung, in denen der offene Dialog von einem beständigen Krisenteam sowohl in der Klinik als auch zu Hause angeboten wird, anstoßen.

Öffentlich Gehör könnte die Soziale Arbeit sich verschaffen, indem Institutionen wie der DBSH oder die DGSA aus Sicht der Sozialen Arbeit Stellung zur derzeitigen psychiatrischen Praxis beziehen – dies ist bisher leider noch nicht geschehen (vgl. Kaminsky 2017, S. 170). Im Zuge dessen könnten diese Institutionen die Notwendigkeit von niedrigschwelligen, wohnortnahen Angeboten, die zu jeder Tages- und Nachtzeit erreichbar sind, betonen, indem sie auch die hier aufgeführten Implementierungsmöglichkeiten nennen.

Ein weitreichendes Projekt, in das die Soziale Arbeit gewinnbringend eingebunden werden könnte, wäre eine Überarbeitung der für die psychiatrische Praxis relevanten rechtlichen Regelungen, um Gleichbehandlung herzustellen (vgl. Aichele 2016, S. 39). Positive Möglichkeiten würde dabei die Umsetzung des Vorschlags von Marschner bringen, die negative Sonderstellung von Menschen in Krisensituationen in eine positive umzudeuten, indem ihnen per Gesetz gesundheitliche und rehabilitative Hilfen zugesprochen werden (vgl. Marschner 2013, S. 215). Um diesem Projekt einen Anstoß zu geben, sollte die Soziale Arbeit mahndend darauf hinweisen, dass bereits in der abschließenden Bemerkung des UN-Ausschusses zum ersten Staatenbericht Deutschlands dazu aufgefordert wurde, alle unmittelbar erforderlichen gesetzgeberischen, administrativen und gerichtlichen Maßnahmen zu ergreifen, um Zwangsunterbringungen zu verbieten und alternative Maßnahmen, die den Artikeln 14, 19 und 22 UN-BRK entsprechen, zu fördern (vgl. UN 2015, Rn. 30 lit. a).

Menschenrechte werden in den UN-Konventionen ausformuliert, aber nur zögerlich und nur sehr bedingt eingelöst; sie müssen verstanden werden als soziale Zielorientierung einer sich globalisierenden Welt, als deren soziale Vision. (Thiersch 2015, S. 334)

Staub-Bernasconi betitelt die Menschenrechte daher als eine „Realutopie“, also eine Utopie, die sich verwirklichen lässt, da jeder Mensch Anspruch darauf hat (Art. 28 AEMR)

(vgl. Staub-Bernasconi 2008, S. 16). Auch die Psychiatrie hat damit die Auflage, die Menschenrechte zu verwirklichen, dabei darf der Blick für das realistisch Erreichbare aber nicht verloren gehen. In Krisensituationen können Eingriffe zum Schutz des Rechts auf Leben und damit einhergehend die Missachtung der Selbstbestimmung nötig sein. Mit den aufgezeigten Handlungsoptionen kann sich die Soziale Arbeit jedoch auf allen Ebenen für die Verhinderung von Grundrechtsverletzungen und damit für eine Praxis, die sich an Menschenrechte annähert, einsetzen.

## **8 Fazit**

Die vorliegende Arbeit hat sich mit der Frage beschäftigt, wie Menschen in Krisensituationen im Rahmen der psychiatrischen Praxis bei Entscheidungsfindungen unterstützt werden können, statt ihnen mit Zwang zu begegnen. In diesem Zusammenhang wurde untersucht, welche menschenrechtlichen Vorgaben insgesamt bedeutsam für die Krisenintervention sind. Als ein Musterbeispiel zur Vermeidung von Zwang wurde das Konzept des offenen Dialogs vorgestellt. Des Weiteren wurde überlegt, welchen Beitrag die Soziale Arbeit leisten kann, insbesondere wenn sie sich als Menschenrechtsprofession definiert.

Personen, die sich selbst oder andere gefährden und (beschränkt) einwilligungsunfähig sind, können Maßnahmen gegen ihren Willen erfahren. In NRW kann sowohl auf Grundlage des Betreuungsrechts als auch der des PsychKG NRW Zwang in Form von freiheitsentziehender Unterbringung, unterbringungsähnlichen Maßnahmen und Zwangsbehandlung zur Anwendung kommen. Hierbei spielt jedoch das Verhältnismäßigkeitsprinzip eine zentrale Rolle, da jede Form von Zwang einen Eingriff in die Grundrechte der Betroffenen darstellt. Wie sich allerdings im Zuge der Ausarbeitung herausstellte, ist in Deutschland ein Mangel an milderem Mitteln zu Zwang zu verzeichnen, wodurch das derzeitige System den unterschiedlichen Bedürfnissen von Betroffenen nur begrenzt gerecht wird. Außerdem zeigte sich anhand einer Studie von Teichert, Schäfer und Lincoln, dass ärztliches Personal die ihm zur Verfügung stehenden Alternativen nicht im Sinne des Verhältnismäßigkeitsprinzips ausnutzt (vgl. Teichert, Schäfer, Lincoln 2016, S. 101–106). Betroffenen und ihren Angehörigen bleibt in Krisensituationen – insbesondere außerhalb von Öffnungszeiten der Regelversorgungsangebote – häufig nur der Anruf bei der Polizei bzw. dem Rettungsdienst, der nicht selten eine stationäre Aufnahme (gegen den Willen des\*der Betroffenen) zur Folge hat (vgl. Schleunig 2014, S. 34). Auch wenn die Datenlage zu Zwangsmaßnahmen lückenhaft ist, zeichnet sich bei den Genehmigungen der freiheitsentziehenden Unterbringungen eher ein aufsteigender Trend ab (vgl. BfJ 2018, S. 1–3; vgl. Deinert 2017, S. 27), und seit Jahren werden hierzulande die zweitmeisten Unter-

bringungen im Vergleich zum europäischen Ausland vollzogen (vgl. Rains et al. 2019, S. 405). Mit der stationären Aufnahme gegen den Willen ist auch der Weg zu anderen Formen von Zwang geebnet. In der derzeitigen Praxis werden somit die negativen Folgen wie Ablehnung der Behandlung, Exklusion aus dem eigenen Umfeld, Traumatisierung und Chronifizierung psychischer Erkrankungen, die mit Zwang einhergehen können, in zu hohem Maße heraufbeschworen.

Insbesondere seit Inkrafttreten der UN-BRK, die die Menschenrechte explizit für Menschen mit Behinderungen garantiert und damit deren Rechts- und Handlungsfähigkeit stärkt, wird Kritik an der derzeitigen psychiatrischen Praxis laut. Es ist umstritten, ob die Versagung der Einwilligungsfähigkeit, ersetzende Entscheidungen in Form von Zwang und die damit einhergehende Einschränkung der Selbstbestimmung konventionskonform sind. Der UN-Ausschuss für die Rechte von Menschen mit Behinderungen fordert daher, die rechtlichen Regelungen zu Zwang in Deutschland zu überdenken und durch alternative Regelungen zu ersetzen (vgl. UN 2014, Rn. 15 und Rn. 42; vgl. UN 2015, Rn. 30 lit. a und Rn. 33). Insbesondere die unterstützte Entscheidungsfindung und die Deinstitutionalisierung sollen gefördert werden, damit der Wille und die Präferenzen von Menschen in Krisensituationen so weit wie möglich geachtet und Inklusion gefördert wird (vgl. UN 2014, Rn. 26, 27 und Rn. 46). Die UN-BRK kann daher als Paradigmenwechsel verstanden werden, durch den die Selbstbestimmung von Menschen in Krisensituationen gleiche Anerkennung erhalten muss (vgl. UN 2014, Rn. 18 und Rn. 42).

Es besteht also dringender Handlungsbedarf, das psychiatrische Versorgungssystem nach den Vorgaben der UN-BRK auszurichten. In diesem Zusammenhang kann die Soziale Arbeit eine aktive Rolle einnehmen, insbesondere, wenn sie sich als Menschenrechtsprofession definiert. In erster Linie müssen Sozialarbeiter\*innen ihre eigene Praxis hinsichtlich menschenrechtlicher Vorgaben überdenken und neu ausrichten. Die Soziale Arbeit als Disziplin muss auf verschiedenen Handlungsebenen auf den Mangel an milderen Mitteln aufmerksam machen, weil hierdurch die Rechte von Menschen in Krisensituationen unverhältnismäßig stark beschnitten werden. Im Zuge dessen sollte sie neue Handlungsoptionen vorstellen, die menschenrechtskonform sind und mit denen eine Reduktion von Zwang erreicht werden kann. Hierfür bringt das Konzept des offenen Dialogs, das niedrighochschwellig zugänglich und netzwerkorientiert ist und die Möglichkeit zum Home Treatment durch mobile Krisenteams bietet, gewichtige Qualitäten mit. Während der Netzwerkversammlungen, die das Kernstück des Konzepts darstellen, werden der\*die Betroffene und sein\*ihr Netzwerk bei Entscheidungsfindungen unterstützt. Ihre Wünsche und Präferenzen beeinflussen daher maßgeblich den weiteren Behandlungsverlauf inklusive die Behandlung mit Medikamenten. Somit kann der offene Dialog als Konzept des Empowerments definiert werden, durch das der\*die Betroffene und seine\*ihre Angehör-

rigen Einflussmöglichkeiten auf das eigene Leben gewinnen können (vgl. Haselmann 2008, S. 312; vgl. auch Engel 2016, S. 174). Die für die Ergebnisoffenheit nötige Flexibilität kann vor allem dadurch getragen werden, dass die therapeutische Beziehung eine hohe Kontinuität aufweist und Beziehungsabbrüche vermieden werden. Außerdem ist das Konzept des offenen Dialogs auf sofortige Hilfe ausgerichtet. Unabhängig davon, ob es sich um eine psychosoziale Krise oder einen psychiatrischen Notfall handelt, kann der Person zunächst ohne Zwang begegnet werden, bis eine genauere und qualifizierte Einschätzung der Situation getroffen wird. Das Konzept kann damit den Interventionsdruck von Behandler\*innen nehmen und die Ausschöpfung des kreativen Potenzials einer Krise begünstigen, damit sie als Chance genutzt werden kann. Schließlich spielt auch die lebensweltorientierte Haltung des Krisenteams eine gewichtige Rolle: Es wird möglich, die Krise als eine nachvollziehbare Reaktion auf schwierige Situationen zu behandeln und damit ein gemeinsames Verständnis der Situation zu generieren. Durch diese Haltung kann häufig der Weg für mildere Mittel zu Zwang geebnet werden und (Zwangs-)Unterbringungen und (Zwangs-)Medikationen vermieden werden. Insgesamt hat sich gezeigt, dass die Praxis des offenen Dialogs in hohem Maße mit dem biopsychosozialen Modell von Behinderung und den professionsethischen Prinzipien der Sozialen Arbeit – also der Anerkennung der Menschenwürde, der Förderung der Menschenrechte, der sozialen Gerechtigkeit, des Selbstbestimmungsrechts und des Rechts auf Teilhabe sowie der Behandlung des Menschen in seiner Gesamtheit (vgl. IASSW 2018, S. 3–6) – vereinbar ist.

Ein solches regional wirksames Konzept könnte auch flächendeckend einen Mehrwert für die Reaktion auf Krisensituationen bieten. Um den offenen Dialog in das deutsche psychiatrische Versorgungssystem zu implementieren, sind ggf. neue Institutionen zu gründen, an denen mobile Krisenteams eingerichtet werden können. Denkbar sind aber auch Anbindungen des offenen Dialogs an bereits bestehende Strukturen, wie die Integrierte Versorgung oder Modellvorhaben nach § 64a SGB V. Durch die Multiprofessionalität, die der offene Dialog fordert, wäre die Soziale Arbeit dann auch an der Umsetzung beteiligt. Die Soziale Arbeit wäre damit eine feste Komponente der Krisenintervention, in die sie ihre auf Teilhabe ausgelegte, ressourcenorientierte Herangehensweise einbringen kann. Da Elemente des offenen Dialogs bereits in der Praxis der Integrierten Versorgung in NRW verwirklicht werden, bietet sich hier – u. a. für die Soziale Arbeit als wissenschaftliche Disziplin – die Möglichkeit, qualitativ hochwertige Forschung zur Effektivität des offenen Dialogs zu betreiben. Mithilfe von aussagekräftigen Daten könnte insbesondere auf politischer Ebene für eine flächendeckende Realisierung argumentiert werden.

## Literaturverzeichnis

- Aderhold, Volkmar (2010): Krisenintervention bei psychotischen Krisen – Was wir von den Skandinaviern lernen können. In: Ortiz- Müller, Wolf; Scheuermann, Ulrike; Gahleitner, Silke Birgitta (Hrsg.): Praxis Krisenintervention. Handbuch für helfende Berufe: Psychologen, Ärzte, Sozialpädagogen, Pflege- und Rettungskräfte. 2. Auflage. Stuttgart, S. 264–272.
- Aderhold, Volkmar (2016): Netzwerkgespräche im Offenen Dialog. In: Zinkler, Martin; Laupichler, Klaus; Osterfeld, Margret (Hrsg.): Prävention von Zwangsmaßnahmen. Menschenrechte und therapeutische Kulturen in der Psychiatrie. Köln, S. 130–158.
- Aderhold, Volkmar et al. (2019): Unterstützte Entscheidungsfindung bei Psychosen. In: Zinkler, Martin; Mahlke, Candelaria; Marschner, Rolf (Hrsg.): Selbstbestimmung und Solidarität. Unterstützte Entscheidungsfindung in der psychiatrischen Praxis. Köln, S. 79–98.
- Aichele, Valentin (2016): Menschenrechte und Psychiatrie. In: Zinkler, Martin; Laupichler, Klaus; Osterfeld, Margret (Hrsg.): Prävention von Zwangsmaßnahmen. Menschenrechte und therapeutische Kulturen in der Psychiatrie. Köln, S. 18–40.
- APK – Aktion psychisch Kranke e. V. (2020): Stellungnahme zum Referentenentwurf „Gesetz zur Reform der Notfallversorgung“ vom 08. Januar 2020. [https://www.apk-ev.de/fileadmin/downloads/Stellungnahmen/STN\\_NoKS\\_Notfallversorgung\\_APK\\_200207.pdf](https://www.apk-ev.de/fileadmin/downloads/Stellungnahmen/STN_NoKS_Notfallversorgung_APK_200207.pdf) [Zugriff: 06.04.2020]
- Andersen, Tom (1990): Das Reflektierende Team. In: Andersen, Tom (Hrsg.): Das Reflektierende Team. Dialoge und Dialoge über Dialoge. Dortmund, S. 19–110.
- Behindertenbeauftragte – Beauftragte der Bundesregierung für die Belange von Menschen mit Behinderung (2017): Die UN-Behindertenrechtskonvention. Übereinkommen über die Rechte von Menschen mit Behinderung. Die amtliche, gemeinsame Übersetzung von Deutschland, Österreich, Schweiz und Lichtenstein. [https://www.behindertenbeauftragte.de/SharedDocs/Publikationen/UN\\_Konvention\\_deutsch.pdf?\\_\\_blob=publicationFile&v=2](https://www.behindertenbeauftragte.de/SharedDocs/Publikationen/UN_Konvention_deutsch.pdf?__blob=publicationFile&v=2) [Zugriff: 20.03.2020]
- Bischkopf, Jeannette; Lütjen, Reinhard (2017): Beziehungsaufbau und Beziehungsgestaltung. In: Bischkopf, Jeannette et al. (Hrsg.): Soziale Arbeit in der Psychiatrie. Lehrbuch. Köln, S. 191–208.
- Brosey, Dagmar (2014): Der General Comment No. 1 zu Art. 12 der UN-BRK und die Umsetzung im deutschen Recht. In: BtPrax, Jg. 23, 5/2014, S. 211–215.

Brosey, Dagmar; Osterfeld, Magret (2017): Die Rechte von Klientinnen und Klienten. In: Bischkopf, Jeannette et al. (Hrsg.): Soziale Arbeit in der Psychiatrie. Lehrbuch. Köln, S. 139–157.

Brosey, Dagmar; Osterfeld, Margret (2017a): Menschenrechte, die UN-BRK und ihre Bedeutung für eine ethische Entscheidungsfindung in der Psychiatrie. In: Vollmann, Jochen (Hrsg.): Ethik in der Psychiatrie. Ein Praxisbuch. Köln, S. 43–52.

Buck, Dorothea (2016): Vorwort. In: Zinkler, Martin; Laupichler, Klaus; Osterfeld, Margret (Hrsg.): Prävention von Zwangsmaßnahmen. Menschenrechte und therapeutische Kulturen in der Psychiatrie. Köln, S. 7–9.

BfJ – Bundesamt für Justiz (2018): Betreuungsverfahren. Zusammenstellung der Bundesergebnisse für die Jahre 1992 bis 2017. [https://www.bundesjustizamt.de/DESharedDocs/Publikationen/Justizstatistik/Betreuungsverfahren.pdf?\\_\\_blob=publicationFile&v=11](https://www.bundesjustizamt.de/DESharedDocs/Publikationen/Justizstatistik/Betreuungsverfahren.pdf?__blob=publicationFile&v=11) [Zugriff: 20.03.2020]

BMAS – Bundesministerium für Arbeit und Soziales (2016): Zweiter Teilhabebericht der Bundesregierung über die Lebenslagen von Menschen mit Beeinträchtigungen. Teilhabe – Beeinträchtigung – Behinderung. [https://www.bmas.de/SharedDocs/Downloads/DE/PDF-Publikationen/a125-16-teilhabebericht.pdf;jsessionid=AAC560647AAC20BB537D1BCB8C1FD611?\\_\\_blob=publicationFile&v=9](https://www.bmas.de/SharedDocs/Downloads/DE/PDF-Publikationen/a125-16-teilhabebericht.pdf;jsessionid=AAC560647AAC20BB537D1BCB8C1FD611?__blob=publicationFile&v=9) [Zugriff: 20.03.2020]

BMAS – Bundesministerium für Arbeit und Soziales (2019): Zweiter und dritter Staatenbericht der Bundesrepublik Deutschland zum Übereinkommen der Vereinten Nationen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen. [https://www.bmas.de/SharedDocs/Downloads/DE/Thema-Internationales/staatenbericht-un-behindertenrechtskonvention.pdf?\\_\\_blob=publicationFile&v=1](https://www.bmas.de/SharedDocs/Downloads/DE/Thema-Internationales/staatenbericht-un-behindertenrechtskonvention.pdf?__blob=publicationFile&v=1) [Zugriff: 25.03.2020]

Deintert, Horst (2017): Betreuungszahlen 2015. Amtliche Erhebungen des Bundesamtes für Justiz, der Sozialministerien der Bundesländer, der überörtlichen Betreuungsbehörden, der Bundesnotarkammer sowie des Statistischen Bundesamtes. <https://www.horstdeinert.de/app/download/15972337325/Grafische+Darstellungen+der+Betreuungsstatistik+2015.pdf?t=1497552896> [Zugriff: 20.03.2020]

Deloie, Dario (2017): Sozialtherapeutische Grundhaltung. In: Bischkopf, Jeannette et al. (Hrsg.): Soziale Arbeit in der Psychiatrie. Lehrbuch. Köln, S. 178–190.

DBSH – Deutscher Berufsverband für Soziale Arbeit (2014): Berufsethik de DBSH. Ethik und Werte. Forum Sozial, Jg. 18, 4/2014,

<https://www.dbsh.de/profession/berufsethik/berufsethik-des-dbsh.html> [Zugriff: 18.04.2020]

Deutscher Bundestag (2019): Drucksache 19/13813. Antwort der Bundesregierung auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Katrin Helling-Plahr, Stephan Thomae, Grigorios Aggelidis, weiterer Abgeordneter und der Fraktion der FDP – Drucksache 19/13394. <https://dip21.bundestag.de/dip21/btd/19/151/1915164.pdf> [Zugriff: 06.04.2020]

Deutscher Ethikrat (2018): Hilfe durch Zwang? Professionelle Sorgebeziehungen im Spannungsfeld von Wohl und Selbstbestimmung. Stellungnahme. <https://www.ethikrat.org/fileadmin/Publikationen/Stellungnahmen/deutsch/stellungnahme-hilfe-durch-zwang.pdf> [Zugriff: 18.03.2020]

DGPPN – Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e. V. (2018): S3-Leitlinie. Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen. Berlin: Springer Verlag. 2. Auflage. <https://doi.org/10.1007/978-3-662-58284-8> [Zugriff: 23.03.2020]

DIMR – Deutsches Institut für Menschenrechte (2012): Stellungnahme der Monitoring-Stelle zur UN-Behindertenrechtskonvention anlässlich der Öffentlichen Anhörung am Montag, den 10. Dezember 2012, im Rahmen der 105. Sitzung des Rechtsausschusses. [https://www.institut-fuer-menschenrechte.de/uploads/tx\\_commerce/Stellungnahme\\_der\\_Monitoring\\_Stelle\\_zur\\_UNBRK\\_anlaesslich\\_der\\_Oeffentlichen\\_Anhoerung\\_am\\_10\\_12\\_2012\\_im\\_Rahmen\\_der\\_105\\_Sitzung\\_des\\_Rechtsausschusses.pdf](https://www.institut-fuer-menschenrechte.de/uploads/tx_commerce/Stellungnahme_der_Monitoring_Stelle_zur_UNBRK_anlaesslich_der_Oeffentlichen_Anhoerung_am_10_12_2012_im_Rahmen_der_105_Sitzung_des_Rechtsausschusses.pdf) [Zugriff: 20.03.2020]

DIMR – Deutsches Institut für Menschenrechte (2015): Parallelbericht an den UN-Fachausschuss für die Rechte von Menschen mit Behinderungen anlässlich der Prüfung des ersten Staatenberichts Deutschlands gemäß Artikel 35 der UN-Behindertenrechtskonvention. [https://www.institut-fuer-menschenrechte.de/fileadmin/user\\_upload/PDF-Dateien/Parallelberichte/Parallelbericht\\_an\\_den\\_UN-Fachausschuss\\_fuer\\_die\\_Rechte\\_von\\_Menschen\\_mit\\_Behinderungen\\_150311.pdf](https://www.institut-fuer-menschenrechte.de/fileadmin/user_upload/PDF-Dateien/Parallelberichte/Parallelbericht_an_den_UN-Fachausschuss_fuer_die_Rechte_von_Menschen_mit_Behinderungen_150311.pdf) [Zugriff: 20.03.2020]

Dodegge, Georg; Zimmermann, Walter (2018): PsychKG NRW. Gesetz über Hilfen und Schutzmaßnahmen bei psychischen Krankheiten. Praxiskommentar. 4. Auflage. Essen, Passau: Boorberg Verlag.

Engel, Alexander (2016): „Gemeinsam statt einsam?“ – Das soziale Netzwerk als Ressource bei der unterstützten Entscheidungsfindung. In: *Betreuungsrechtliche Praxis*. Jg. 25, 5/2016, S. 172–176.

- Freeman, Abigail M. et al. (2019): Open Dialogue: A Review of the Evidence. In: Psychiatric Services. Jg. 70, 1/2019, DOI: 10.1176/appi.ps.201800236, S. 46–59. [Zugriff: 18.04.2020]
- Greve, Nils (2014): Krisenhilfe in Solingen und in der Integrierten Versorgung. In: Aktion Psychisch Kranke; Weiß, Peter; Heinz, Andreas (Hrsg.): Ambulante Hilfe bei psychischen Krisen. Tagungsdokumentation 24. und 25. September 2013. Bonn, S. 143–151.
- Haselmann, Sigrid (2008): Psychosoziale Arbeit in der Psychiatrie – systemisch oder subjektorientiert? Ein Lehrbuch. Göttingen: Verlag Vandenhoeck & Ruprecht.
- Heinz, Andreas; Müller, Sabine (2016): Zwangsbehandlung bei Selbstgefährdung aus medizinischer Sicht. In: Coester-Waltjen, Dagmar et al. (Hrsg.): Zwangsbehandlungen bei Selbstgefährdung. 14. Göttinger Workshop zum Familienrecht 2015. Göttinger Juristische Schriften, Band 19. Göttingen, S. 33–41.
- Heißler, Matthias (2015): Behandlung im Lebensfeld: Beziehungsorientierte Behandlung. In: Aktion Psychisch Kranke; Weiß, Peter; Heinz, Andreas (Hrsg.): Qualität therapeutischer Beziehung. Tagungsdokumentation 24. und 25. September 2014. Bonn, S. 294–315.
- IASSW – International Association of Schools of Social Work (2018): Global Social Work Statement of Ethical Principles. <https://www.iassw-aiets.org/de/wp-content/downloads/global-social-work-statement-of-ethical-principles-2018/Global-Social-Work-Statement-of-Ethical-Principles-IASSW-27-April-2018-01-English.pdf> [Zugriff: 21.04.2020]
- IFSW – International Federation of Social Workers (2014): Globale Definition für Soziale Arbeit. <https://www.ifsw.org/what-is-social-work/global-definition-of-social-work/> [Zugriff: 21.04.2020]
- Jäger, Matthias (2019): Unterstützte Entscheidungsfindung und informeller Zwang. In: Zinkler, Martin; Mahlke, Candelaria; Marschner, Rolf (Hrsg.): Selbstbestimmung und Solidarität. Unterstützte Entscheidungsfindung in der psychiatrischen Praxis. Köln, S. 193–205.
- Jesperon, Maths (2007): Der Personenbezogene Ombudsman in Skåne. Eine nutzerkontrollierte Dienstleistung mit persönlichen Agenten. In: Lehmann, Peter; Stastny, Peter (Hrsg.): Statt Psychiatrie 2. Berlin, S. 311–315
- Jürgens, Andreas (2019): Betreuungsrecht Kommentar. München: C. H. Beck Verlag. 6. Auflage. (abgerufen unter Beck-Online)

- Kaminsky, Carmen (2015): Soziale Arbeit zwischen Mission und Nötigung: ethische Probleme sozialberuflichen Handelns in Zwangskontexten. In: EthikJournal. Jg. 3, 2/2015, [https://www.ethikjournal.de/fileadmin/user\\_upload/ethikjournal/Texte\\_Ausgabe\\_6\\_12\\_2015/Kaminsky\\_Soziale\\_Arbeit\\_zwischen\\_Mission\\_und\\_Noetigung-ethische\\_Probleme\\_sozialberuflichen\\_Handelns\\_in\\_Zwangskontexten\\_EthikJournal\\_3\\_2015\\_2.pdf](https://www.ethikjournal.de/fileadmin/user_upload/ethikjournal/Texte_Ausgabe_6_12_2015/Kaminsky_Soziale_Arbeit_zwischen_Mission_und_Noetigung-ethische_Probleme_sozialberuflichen_Handelns_in_Zwangskontexten_EthikJournal_3_2015_2.pdf), S. 1–17 [Zugriff: 18.03.2020]
- Kaminsky, Carmen (2017): Ethik in der Sozialen Arbeit. In: Bischoff, Jeannette et al. (Hrsg.): Soziale Arbeit in der Psychiatrie. Lehrbuch. Köln, S. 158–174.
- Knuf, Andreas (2016): Empowerment und Recovery. 5. Auflage. Köln: Psychiatrie Verlag.
- Kowalinski, Eva et al. (2019): Sechs Jahre „offene Türen“ an den Universitären Psychiatrischen Kliniken Basel. In: Der Nervenarzt, Jg. 90, 7/2019, <https://doi.org/10.1007/s00115-019-0733-3>, S. 705–708 [Zugriff: 04.04.2020]
- Kunze, Inken (2017): § 23 Psychiatrische Kliniken. In: Huster, Stefan; Kaltenborn, Markus (Hrsg.): Krankenhausrecht. Praxishandbuch zum Recht des Krankenhauswesens. 2. Auflage. München, § 23. (abgerufen unter Beck-Online)
- LZG NRW – Landeszentrum Gesundheit Nordrhein-Westfalen (2017): Angebotssituation und Qualität der Versorgung von Menschen mit psychischen Störungen/ Erkrankungen in spezifischen psychiatrischen Handlungsfeldern. Studie im Auftrag des LZG.NRW. Bielefeld.
- Lang, Udine et al. (2010): Do locked doors in psychiatric hospitals prevent patients from absconding? In: European Journal of Psychiatry, Jg. 24, 4/2010, [https://www.researchgate.net/profile/Bernadette\\_Mcsherry2/publication/267731383\\_Locked\\_mental\\_health\\_wards\\_the\\_answer\\_to\\_absconding/links/5459b28b0cf2cf516483d915/Locked-mental-health-wards-the-answer-to-absconding.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Bernadette_Mcsherry2/publication/267731383_Locked_mental_health_wards_the_answer_to_absconding/links/5459b28b0cf2cf516483d915/Locked-mental-health-wards-the-answer-to-absconding.pdf), S. 199–204 [Zugriff: 04.04.2020]
- Marschner, Rolf (2009): Rechtliche Grundlagen für die Arbeit in psychiatrischen Einrichtungen. Bonn: Psychiatrie Verlag.
- Marschner, Rolf (2013): Menschen in Krisen: Unterbringung und Zwangsbehandlung in der Psychiatrie. In: Aichele, Valentin (Hrsg.): Das Menschenrecht auf gleiche Anerkennung vor dem Recht. Baden-Baden, S. 203–230.
- MDS – Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (2017): 5. Pflege-Qualitätsbericht des MDS nach §114a Abs. 6 SGB XI. Qualität in der ambulanten und stationären Pflege. <https://www.mds->

ev.de/fileadmin/dokumente/Pressemitteilungen/2018/2018\_02\_01/\_5.\_PflegeQualitaetsbericht\_des\_MDS.pdf [Zugriff:25.03.2020]

MHE – Mental Health Europe (2019): Promising practices in prevention, reduction and elimination of coercion across Europe. <https://mhe-sme.org/wp-content/uploads/2019/01/Coercion-Report.pdf> [Zugriff: 12.04.2020]

Neumann, Olaf (2017): Krisenintervention. In: Bischof, Jeannette et al. (Hrsg.): Soziale Arbeit in der Psychiatrie. Lehrbuch. Köln, S. 241–258.

Olson, Mary; Seikkula, Jaakko; Ziedonis, Douglas (2014): The key elements of dialogic practice in Open Dialogue. Fidelity criteria. The University of Massachusetts Medical School. Worcester, MA. <https://www.umassmed.edu/globalassets/psychiatry/open-dialogue/keyelements/v1.109022014.pdf> [Zugriff:04.04.2020]

Osterfeld, Margret; Zinkler, Martin (2016): Einführung – Gewalt, Macht und Zwang ein ungelöstes Problem. In: Zinkler, Martin; Laupichler, Klaus; Osterfeld, Margret (Hrsg.): Prävention von Zwangsmaßnahmen. Menschenrechte und therapeutische Kulturen in der Psychiatrie. Köln, S. 10–16.

Peter, Sebastian von; Bieler, Patrick (2017): How to Study Chronic Disease – Implications of the Convention on the Rights of Persons with Disabilities for Research Designs. In: *Frontiers in Public Health*, 2017, 5:88, DOI: 10.3389/fpubh.2017.00088 [Zugriff:04.04.2020]

Peter, Sebastian von et al. (2019): Open Dialogue as a Human Rights-Aligned Approach. In: *Frontiers in Psychiatry*, 2019, 10:387, DOI: 10.3389/fpsy.2019.00387 [Zugriff:04.04.2020]

Pick, Ina (2019): Kommunikation in der rechtlichen Betreuung: Ansatzpunkte für Selbstbestimmung beim unterstützten Entscheiden in der rechtlichen Betreuung. Teil 2. In: *Betreuungsrechtliche Praxis*. Jg. 28, 5/ 2019, S. 180–185.

Rains, Luke Sheridan et al. (2019): Variations in patterns of involuntary hospitalisation and in legal frameworks: an international comparative study. In: *The Lancet – Psychiatry*, Jg. 6, 5/2019, [http://dx.doi.org/10.1016/S2215-0366\(19\)30090-2](http://dx.doi.org/10.1016/S2215-0366(19)30090-2), S. 403–417 [Zugriff:20.03.2020]

Schleunig, Gabriele (2014): Soforthilfe bei seelischen Krisen – psychiatrische Versorgung neu aufstellen! In: *Aktion Psychisch Kranke*; Weiß, Peter; Heinz, Andreas (Hrsg.): *Ambulante Hilfe bei psychischen Krisen*. Tagungsdokumentation 24. und 25. September 2013. Bonn, S. 30–49.

- Scholten, Matthé; Vollmann, Jochen (2017): Patientenselbstbestimmung und Selbstbestimmungsfähigkeit. In: Vollmann, Jochen (Hrsg.): Ethik in der Psychiatrie. Köln, S. 26–34.
- Seikkula, Jaakko (2002): Offener Dialog mobilisiert selbst bei schwierigen Psychriatriepatienten die verborgenen Ressourcen. In: Greve, Nils; Keller, Thomas (Hrsg.): Systemische Praxis in der Psychiatrie. Heidelberg, S. 141–162.
- Seikkula, Jaakko; Trimble, David (2005): Healing Elements of Therapeutic Conversation: Dialogue as an Embodiment of Love. In: Family Process, Jg. 44, 4/2005, DOI: 10.1111/j.1545-5300.2005.00072.x, S. 461–475 [Zugriff: 12.04.2020]
- Seikkula, Jaakko; Arnkil, Tom Erik (2007): Dialoge im Netzwerk. Neue Beratungskonzepte für die psychosoziale Praxis. Neumünster: Paranus Verlag.
- Sollberger, Daniel; Lang, Udine (2014): Psychiatrie mit offenen Türen. Teil 1: Rational für Türöffnungen in der Akutpsychiatrie. In: Der Nervenarzt, Jg. 85, 3/2014, DOI 10.1007/s00115-013-3769-9, S. 312–318 [Zugriff: 04.04.2020]
- SoVD NRW – Sozialverband Deutschland NRW e.V. (2014): Stellungnahme zum Gesetz über Hilfen und Schutzmaßnahmen bei psychischen Krankheiten (PsychKG NRW). [https://www.sovd-nrw.de/fileadmin/landesverbaende/nrw/downloads/stellungnahmen/stellungnahmen\\_2014/PsychKG\\_Stellungnahme\\_SoVD\\_NRW.pdf](https://www.sovd-nrw.de/fileadmin/landesverbaende/nrw/downloads/stellungnahmen/stellungnahmen_2014/PsychKG_Stellungnahme_SoVD_NRW.pdf) [Zugriff: 18.03.2020]
- Staub-Bernasconi, Silvia (2008): Menschenrechte in ihrer Relevanz für die Theorie und Praxis Sozialer Arbeit. Oder: Was haben Menschenrechte überhaupt in der Sozialen Arbeit zu suchen? In: Widersprüche. Zeitschrift für sozialistische Politik im Bildungs-, Gesundheits- und Sozialbereich. Jg. 28, 03/2008, S. 9–32.
- Staub-Bernasconi, Silvia et al. (2012): Soziale Arbeit und Psychiatrie. Positionspapier zum professionellen Beitrag der Sozialen Arbeit bei Menschen mit psychischen Störungen und Erkrankungen im stationären, teilstationären und ambulanten Gesundheitsbereich. [https://irf.fhnw.ch/bitstream/handle/11654/22308/POSITIONSPAPIER\\_SOZIALE\\_ARBEIT\\_PSYCHIATRIE%20.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://irf.fhnw.ch/bitstream/handle/11654/22308/POSITIONSPAPIER_SOZIALE_ARBEIT_PSYCHIATRIE%20.pdf?sequence=1&isAllowed=y) [Zugriff: 26.04.2020]
- Staub-Bernasconi, Silvia (2018): Soziale Arbeit als Handlungswissenschaft. Soziale Arbeit auf dem Weg zu kritischer Professionalität. 2. Auflage, Opladen, Toronto.
- Staub-Bernasconi, Silvia (2019): Menschenwürde – Menschenrechte – Soziale Arbeit. Die Menschenrechte vom Kopf auf die Füße stellen. Opladen, Berlin & Toronto.
- Stein, Claudius (2009): Spannungsfelder der Krisenintervention. Ein Handbuch für die psychosoziale Praxis. Stuttgart: W. Kohlhammer.

- Steinert, Tilman (2008): Umgang mit Gewalt in der Psychiatrie. Bonn: Psychiatrie Verlag.
- Steinert, Tilman; Vollmann, Jochen (2017): Zwangsbehandlung und Zwangsmaßnahmen. In: Vollmann, Jochen (Hrsg.): Ethik in der Psychiatrie. Ein Praxisbuch. Köln, S. 62–72.
- Steinert, Tilman; Flammer, Erich (2019): Häufigkeit von Zwangsmaßnahmen als Qualitätsindikator für psychiatrische Kliniken? In: Der Nervenarzt, Jg. 90, 1/2019, <https://doi.org/10.1007/s00115-018-0611-4>, S. 35–39 [Zugriff: 23.03.2020]
- Steinert, Tilman et al. (2019a): Offene Türen in psychiatrischen Kliniken. Eine Übersicht über empirische Befunde. In: Der Nervenarzt, Jg. 90, 7/2019, <https://doi.org/10.1007/s00115-019-0738-y>, S. 680–689 [Zugriff: 04.04.2020]
- Steinhart, Ingmar (2015): Beziehungskontinuität – Ein[e – I.K.] Anforderung an die Ausgestaltung psychiatrischer Hilfesysteme. Einleitung. In: Aktion Psychisch Kranke; Weiß, Peter; Heinz, Andreas (Hrsg.): Qualität therapeutischer Beziehung. Tagungsdokumentation 24. und 25. September 2014. Bonn, S. 98–100.
- Teichert, Maria; Schäfer, Ingo; Lincoln, Tania M. (2016): Wo ein Wille ist, ist auch ein Weg? Eine bundesweite Onlinebefragung von Psychiatern zum Einsatz von Alternativen zu Zwangsmaßnahmen. In: Psychiatrische Praxis, Jg. 43, 2/2016, <http://dx.doi.org/10.1055/s-0034-1387431>, S. 101–106 [Zugriff:30.03.2020]
- Teichert, Maria; Schäfer, Ingo; Lincoln, Tania (2016a): Welche Alternativen zu Zwangsmaßnahmen kennen Behandler? In: Zinkler, Martin; Laupichler, Klaus; Osterfeld, Margret (Hrsg.): Prävention von Zwangsmaßnahmen. Menschenrechte und therapeutische Kulturen in der Psychiatrie. Köln, S. 115–127.
- Thiersch, Hans (2015): Soziale Arbeit und Lebensweltorientierung: Konzepte und Kontexte. Gesammelte Aufsätze, Band 1. Weinheim und Basel.
- United Nations (2013): Report of the Special Rapporteur on torture and other cruel, inhuman or degrading treatment or punishment, Juan E. Méndez. Twenty-second session, A/HRC/22/53,  
[https://www.ohchr.org/documents/hrbodies/hrcouncil/regularsession/session22/a.hrc.2.2.53\\_english.pdf](https://www.ohchr.org/documents/hrbodies/hrcouncil/regularsession/session22/a.hrc.2.2.53_english.pdf) [Zugriff: 23.03.2020]
- United Nations (2014): General comment No. 1, Article 12: Equal recognition before the law. Eleventh session 31 March – 11 April 2014, CRPD/C/GC/1. <https://www.ohchr.org/EN/HRBodies/CRPD/Pages/GC.aspx> [Zugriff: 18.03.2020]
- United Nations (2015): Concluding observations on the initial report of Germany CRPD/C/DEU/CO/1.

[https://tbinternet.ohchr.org/\\_layouts/15/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=CRPD/C/DEU/CO/1&Lang=En](https://tbinternet.ohchr.org/_layouts/15/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=CRPD/C/DEU/CO/1&Lang=En) [Zugriff: 18.03.2020]

United Nations (2017): Guidelines on the right to liberty and security of persons with disabilities. In: United Nations (Hrsg.): Report of the Committee on the Rights of Persons with Disabilities. Seventy-second session. Supplement No. 55, A/72/55. <http://docstore.ohchr.org/SelfServices/FilesHandler.ashx?enc=dtYoAzPhJ4NMy4Lu1TOebOyWznln3F6u2vVtkqo%2FomXtSn4CLtA238Fdsx9hOv5ZF626c2zYyRNX0SwvVArEwf0cfrjBsIIHMTGZ5DMpgmMA%3D>, S. 16–21 [Zugriff: 23.03.2020]

United Nations (2017a): Report of the Special Rapporteur on the right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health. Thirty-fifth session. 6 – 23 June 2017. A/HRC/35/21. <https://undocs.org/A/HRC/35/21> [Zugriff: 18.04.2020].

Utschakowski, Jörg (2017): Psychiatrie-Erfahrung anerkennen und nutzen. In: Bischoff, Jeannette et al.: Soziale Arbeit in der Psychiatrie. Lehrbuch. Köln, S. 292–308.

Walter, Christoph (2017): Soziale Arbeit und Psychiatrie. In: Bischoff et al. (Hrsg.): Soziale Arbeit in der Psychiatrie. Lehrbuch. Köln, S. 18–37

Walther, Christoph; Deimel, Daniel (2017): Theorie Klinischer Sozialarbeit in der Psychiatrie. In: Bischoff et al. (Hrsg.): Soziale Arbeit in der Psychiatrie. Lehrbuch. Köln, S. 38–58.

ZEKO (2013): Stellungnahme der Zentralen Kommission zur Wahrung ethischer Grundsätze in der Medizin und ihren Grenzgebieten (Zentrale Ethikkommission) bei der Bundesärztekammer. Zwangsbehandlung bei psychischen Erkrankungen. In: Deutsches Ärzteblatt, Jg. 110, 26/2013, [https://www.zentrale-ethikkommission.de/fileadmin/user\\_upload/downloads/pdf-Ordner/Zeko/ZwangsbehandlungPsych2013.pdf](https://www.zentrale-ethikkommission.de/fileadmin/user_upload/downloads/pdf-Ordner/Zeko/ZwangsbehandlungPsych2013.pdf), S. 1334–1338 [Zugriff: 18.03.2020]

ZEKO (2016): Stellungnahme der Zentralen Kommission zur Wahrung ethischer Grundsätze in der Medizin und ihren Grenzgebieten (Zentrale Ethikkommission) bei der Bundesärztekammer. Entscheidungsfähigkeit und Entscheidungsassistenz in der Medizin. <https://cdn.aerzteblatt.de/download/files/2016/04/down135797753.pdf> [Zugriff: 18.03.2020]

## **Entscheidungsverzeichnis**

Bayerisches Oberstes Landesgericht

BayObLG, BayObLGZ, 1993, S. 18 (BayObLG, Beschluss v. 21.01.1993 – 3Z BR 7/93)

BayObLG, BayObLGZ, 1996, S. 34 (BayObLG, Beschluss v. 14.02.1996 – 3Z BR 15/96)

BayObLG, NJWE-FER, 2001, S. 150 (BayObLG, Beschluss v. 29.11.2000 – 3Z BR 331/00)

BayObLG, BayObLGZ, 2001, S. 352 (BayObLG, Beschluss v. 30. 11. 2001 – 3Z BR 360/01) Beck-Online-Recherche <https://beck-online.beck.de/Dokument?vpath=bibdata%2Fzeits%2FBayObLGZ%2F2001%2Fcont%2FBAYOBLGZ.2001.352.1.htm&pos=1&hlwords=on&lasthit=True> [Zugriff: 18.03.2020]

BayObLG, Beschluss v. 17.12.2001 – 3 Z BR 386 / 01 Revugis-Online-Recherche [https://www.reguvis.de/xaver/btrecht/start.xav?start=%2F%2F\\*%5B%40attr\\_id%3D%27btrecht\\_xav\\_id\\_2361%27%5D#\\_\\_btrecht\\_\\_%2F%2F\\*%5B%40attr\\_id%3D%27btrecht\\_xav\\_id\\_2361%27%5D\\_\\_1584541341176](https://www.reguvis.de/xaver/btrecht/start.xav?start=%2F%2F*%5B%40attr_id%3D%27btrecht_xav_id_2361%27%5D#__btrecht__%2F%2F*%5B%40attr_id%3D%27btrecht_xav_id_2361%27%5D__1584541341176) [Zugriff: 18.03.2020]

#### Bundesgerichtshof

BGH, NJW, 2001, S. 888 (BGH, Beschluss v. 11.10.2000 – XII ZB 69/00)

BGH, DNotZ, 2019, S. 457 (BGH, Beschluss v. 09.01.2019 – XII ZB 280/18)

BGH, NJW-RR, 2018, S. 1477 (BGH, Beschluss v. 12.09.2018 – XII ZB 87/18)

#### Bundesverfassungsgericht

BVerfG, NJW, 1982, S. 691 ff. (BVerfG, Beschluss v. 07.10.1981 – 2 BvR 1194/80)

BVerfG, NJW, 2011, S. 2113 ff. (BVerfG, Beschluss v. 23.03.2011 – 2 BvR 882/09)

BGH, NJW, 2011, S. 3518 (BGH, Beschluss v. 17.08. 2011 – XII ZB 241/11)

BVerfG, Beschluss v. 26.07.2016 – 1 BvL 8/15 Online-Publikation [https://www.bundesverfassungsgericht.de/SharedDocs/Entscheidungen/DE/2016/07/lis20160726\\_1bvl000815.html](https://www.bundesverfassungsgericht.de/SharedDocs/Entscheidungen/DE/2016/07/lis20160726_1bvl000815.html)

BVerfG, NJW, 2017, S. 53 ff.(BVerfG, Beschluss v. 26.07.2016 – 1 BvL 8/15)

BVerfG, NJW, 2018, S. 2619 ff. (BVerfG, Urteil vom 24.7.2018 – 2 BvR 309/15, 2 BvR 502/16)

#### Oberlandesgericht Düsseldorf

OLG Düsseldorf, NJW, 1963, S. 398 (OLG Düsseldorf, Beschluss v. 02.11.1962 – 3 W 362, 383/62)