Hummel Kaleck
Rechtsanwälte | Fachanw

Dieter Hummel
Fachanwalt für Arbeitsrecht und
Fachanwalt für Sozialrecht
Wolfgang Kaleck
Fachanwalt für Strafrecht
Martin Rubbert
Fachanwalt für Strafrecht
Mechtild Kuby
Fachanwältin für Arbeitsrecht
Gerd Denzel
Mediator
Sönke Hilbrans
Fachanwalt für Strafrecht
Sebastian Scharmer
Rechtsanwalt
Christian Fraatz
Fachanwalt für Sozialrecht
Tobias Wolters
Fachanwalt für Arbeitsrecht
Mediator (DAA)

Immanuelkirchstraße 3–4
10405 Berlin-Prenzlauer Berg
Telefon 030 4467920
Telefax 030 44679220
kanzlei@diefirma.net
www.diefirma.net

Hummel | Kaleck · Immanuelkirchstraße 3–4 · 10405 Berlin

Vorab per FAX an 0721/910 1382
Bundesverfassungsgericht
2. Senat
Schloßbezirk 3
76131 Karlsruhe

Bitte wählen Sie direkt
Tel.-Nr. (030) 44 67 92 18
Sekretariat Frau Schröder

Berlin, den 12.02.2010 / JSC
Unser Zeichen 128/2010 SSC
Bitte stets angeben

In dem Verfassungsbeschwerdeverfahren
des Herrn [redacted]

2 BvR 882/09

ist der Bundesverband Psychiatrie-Erfahrener e. V., Wittener Straße 87, 44789 Bochum durch den Senat unter dem 25.11.2009 ersucht worden, gem. § 27a BVerfGG als sachkundige Dritter zum Verfahren Stellung zu nehmen.

Der Bundesverband Psychiatrie-Erfahrener e. V. hat daraufhin den Unterzeichner unter dem 23.01.2010 bevollmächtigt, die vom Verband rechtspolitisch vertretenen Ansichten und verfassungsrechtlichen Bedenken zum vorliegenden Fall zu formulieren.

Der Bundesverband Psychiatrie-Erfahrener e. V. vertritt die Auffassung, dass eine zwangsweise Behandlung gegen den erklärten Willen des Betroffenen grundsätzlich verfassungs- und menschenrechtswidrig ist. Im Speziellen ist die Behandlung mit (unkonkretisierten) Neuroleptika im gegebenen Fall grundgesetzwidrig und findet im Übrigen auch keine einfach gesetzliche Grundlage in § 6 MVollzG Rh-Pf.

Im Arbeitsrecht in Kooperation mit:

- Düsseldorf — Bell* & Windirsch* Anwaltsbüro
- Frankfurt — Franzmann* Büdel* Bende
- Freiburg — Michael Schubert*
- Hamburg — Klaus Müller-Knapp* Jens Peter Hjort* Wolfgang Brinkmeier* Manfred Wulff*
- Hannover — Detlef Fricke Joachim Klug*
- Konstanz — Kanzlei Haenel Wirlitsch
- München — Kanzlei Rüdiger Helm Menschenrechte im Betrie
- Nürnberg — Manske* & Partner
- Wiesbaden — Reinhard Schütte* Wilfried Jancke* Claudia Heer* Kathrin Schlegel*

*Fachanwälte für Arbeitsrecht
www.arbeitnehmer-anwaelte.de

Im Strafrecht in Kooperation mit:

- Freiburg — Prof. Dr. Jörg Arnold

A) Für die Stellungnahme maßgebliche Fragestellung

Die zwangsweise Behandlung so genannter psychisch Kranker ist sowohl in der Maßregel nach § 63 StGB, als auch im Rahmen der Unterbringung nach Betreuungsrecht eine nicht selten angewandte Maßnahme durch die behandelnden Ärzte. Dazu zählt insbesondere die Behandlung mit persönlichkeitsbeeinflussenden bzw. persönlichkeitsverändernden Psychopharmaka u. a. auch durch Neuroleptika. Die Zahl der nach § 63 StGB Untergebrachten, aber auch der nach Betreuungsrecht zwangsweise Behandelten erfährt seit Jahren eine erhebliche und kontinuierliche Steigerung[1]. Der Kreis der (potentiell) von Zwangsbehandlung Betroffenen in deutschen Psychiatrien dürfte damit nicht gering sein. Insoweit ist der, dem Bundesverfassungsgericht hier vorliegende Einzelfall exemplarisch anzusehen für eine ganze Vielzahl von täglich existenten Fällen der Zwangsbehandlung in der Bundesrepublik Deutschland.

Demnach soll sich die Stellungnahme des Bundesverbandes Psychiatrie-Erfahrener e. V. auf folgende (grundsätzliche) Fragen beziehen:

- Findet eine solche, wie in der Verfassungsbeschwerde konkret beschriebene Zwangsbehandlung mit atypischen Neuroleptika überhaupt eine gesetzliche Grundlage?
- Ist die gesetzliche Grundlage, aufgrund derer die Fachgerichte die Zwangsbehandlung für rechtmäßig eracht haben, mit Art. 2 Abs. 2 S. 1 GG vereinbar?
- Ist die in der Verfassungsbeschwerde bezeichnete angedrohte zwangsweise Medikamentierung konkret, aber auch die Zwangsbehandlung allgemein vereinbar mit den Bestimmungen der UN-Konvention über die Rechte behinderter Menschen (nachfolgend Behindertenrechtskonvention (BRK)) und ihrer mit Zustimmungsgesetz vom 21.12.2008[2] in der Bundesrepublik Deutschland ab dem 01.01.2009 eingetretenen Wirkung?

---

[1] Allein die Zahl der nach § 63 StGB Untergebrachten hat sich von 1996 bis 2009 um 217 % erhöht, die Anzahl der Betreuungsverfahren stieg von 1992 bis 2008 um 316 %; Quelle: Statistisches Bundesamt, Verfahren nach dem Betreuungsgesetz, Zusammenstellung der Bundesergebnisse für die Jahre 1992 bis 2008 und Rechtspflegestatistik, Fachserie 10 / Reihe 4.1 zum 31.03.2009; www.destatis.de.

[2] Gesetz zu dem Übereinkommen der Vereinten Nationen vom 13. Dezember 2006 über die Rechte von Menschen mit Behinderungen sowie zu dem Fakultativprotokoll vom 13. Dezember 2006 zum Übereinkommen der Vereinten Nationen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen vom 21. Dezember 2008; BGBl. II, 2008, S. 1419ff.

B) Verstoß gegen Art. 2 Abs. 2 S. 1, Art. 1 Abs. 1 GG

I. Zulässigkeit von Zwangsbehandlung nach § 6 MVollzG Rh-Pf

1. Gesetzeslage

a) § 6 MVollzG Rh-Pf

§ 6 MVollzG Rh-Pf bestimmt, unter welchen Voraussetzungen operative Eingriffe, Behandlungen und Untersuchungen bei einem untergebrachten Patienten zulässig sind. Dabei unterscheidet der Gesetzgeber zwischen Maßnahmen, die nur mit Einwilligung des Patienten zulässig sind, und solchen, die auch ohne dessen Einwilligung vorgenommen werden können (Zwangsbehandlung). Dabei gilt gesetzlich für alle Maßnahmen, dass diese für den untergebrachten Patienten zumutbar sein müssen und nicht außer Verhältnis zu dem erwarteten Erfolg stehen dürfen. Sie dürfen auch nur auf Anordnung und unter Leitung eines Arztes durchgeführt werden (§ 6 Abs. 4 Satz 1, 2 MVollzG Rh-Pf).

Nach § 6 Abs. 1 Satz 1 Hs. 1 MVollzG Rh-Pf sind operative Eingriffe, Behandlungen und Untersuchungen, die mit einem wesentlichen gesundheitlichen Risiko oder einer Gefahr für das Leben des untergebrachten Patienten verbunden sind, nur bei Einwilligung des untergebrachten Patienten zulässig.

Operative Eingriffe, Behandlungen und Untersuchungen ohne Einwilligung sind nur zulässig bei Lebensgefahr, bei schwerwiegender Gefahr für die Gesundheit des untergebrachten Patienten oder bei Gefahr für die Gesundheit anderer Personen (§ 6 Abs. 1 Satz 1 Hs. 2 MVollzG Rh-Pf). Des Weiteren dürfen Behandlungen und Untersuchungen zur Erreichung des Vollzugsziels ohne Einwilligung der untergebrachten Person durchgeführt werden (§ 6 Abs. 1 Satz 2 Hs. 1 MVollzG Rh-Pf). Demnach sind zumindest operative Eingriffe zur Erreichung des Vollzugsziels ohne Einwilligung des Patienten unzulässig. Schließlich dürfen Behandlungen und Untersuchungen, soweit sie nicht mit einem Eingriff verbunden sind, auch zum allgemeinen Gesundheitsschutz und zur Hygiene ohne Einwilligung des untergebrachten Patienten vorgenommen werden (§ 6 Abs. 1 Satz 2. Hs. 2 MVollzG Rh-Pf).

Soweit die untergebrachte Person nicht in der Lage sein soll, Grund, Bedeutung und Tragweite der Maßnahmen einzusehen oder seinen Willen nach dieser Einsicht zu bestimmen, so ist die Einwilligung seines gesetzlichen Vertreters maßgebend (§ 6 Abs. 4 Satz 1 MVollzG Rh-Pf).

Die einfachgesetzliche Möglichkeit einer Zwangsbehandlung ist daher von zwei Seiten her eingeschränkt: von der Seite der zulässigen Maßnahmen und von der Seite der Zielsetzung. Maßnahmen, die mit einem wesentlichen gesundheitlichen Risiko oder einer Gefahr für das Leben des untergebrachten Patienten verbunden sind, können daher ausschließlich nur mit dessen Einwilligung vorgenommen werden. Ist ein solches Risiko oder eine solche Gefahr nicht mit der Maßnahme verbunden, kann diese auch ohne Einwilligung des untergebrachten Patienten vorgenommen werden, wenn eine Lebensgefahr, eine schwerwiegende Gefahr für die Gesundheit des untergebrachten Patienten oder eine Gefahr für die Gesundheit anderer Personen abgewendet werden soll. Soweit es sich bei der Maßnahme nicht um einen operativen Eingriff handelt, ist auch dann eine Einwilligung entbehrlich, wenn sie der Erreichung des Vollzugsziels dient. Ist die Behandlung oder Untersuchung sogar ohne jeden Eingriff möglich, kann sie schon zum allgemeinen Gesundheitsschutz oder zur Hygiene vorgenommen werden.

b) einschlägige Alternativen

In dem der Verfassungsbeschwerde zugrunde liegenden Fall soll die Verabreichung der Neuroleptika weder zur Abwendung einer Lebensgefahr, einer schwerwiegenden Gefahr für die Gesundheit des untergebrachten Patienten oder einer Gefahr für die Gesundheit anderer Personen, noch zum allgemeinen Gesundheitsschutz oder zur Hygiene eingesetzt werden. Ziel der Behandlung durch Neuroleptika ist allein die behauptete Behandlung der Anlasskrankheit, womit sie der Erreichung des Vollzugsziels dienen soll. § 6 Abs. 1 Satz 1, Hs. 2 und Satz 2 Hs. 2 MVollzG Rh-Pf sind damit für die hiesige Untersuchung nicht von Relevanz.

Die in § 6 Abs. 4 MVollzG Rh-Pf normierte Konstellation, dass der Untergebrachte nicht in der Lage sein soll, Grund, Bedeutung und Tragweite der Maßnahme einzusehen oder seinen Willen nach dieser Einsicht zu bestimmen, und daher die Einwilligung seines gesetzlichen Vertreters als maßgeblich angesehen wird, ist für den vorliegenden konkreten Fall ebenfalls nicht relevant, da an dem der Behandlung entgegenstehenden Willen des Beschwerdeführers auch nach Einschätzung der Fachgerichte keine Zweifel bestehen.

Gegenstand der einfachgesetzlichen Prüfung ist also allein, ob die Verabreichung von Neuroleptika erstens einen operativen Eingriff, Behandlung oder Untersuchung darstellt, die mit einem wesentlichen gesundheitlichen Risiko oder einer Gefahr für das Leben des untergebrachten Patienten verbunden ist. In dem Fall wäre sie schon ohne Einwilligung des untergebrachten Patienten nach einfachem Recht unzulässig. Sollten mit der zwangsweisen

Verabreichung von Neuroleptika derartige Folgen nicht verbunden sein, stellt sich zweitens die Frage, ob diese auch ohne Einwilligung des Patienten allein zur Erreichung des Vollzugsziels zulässig ist. Dabei kommt es maßgeblich darauf an, ob diese gesetzliche Grundlage mit dem einschlägigen Verfassungsrecht, namentlich Art. 2 Abs. 2 Satz 1 GG und Art. 1 Abs. 1 GG, vereinbar ist.

2. Zwangsbehandlung nach § 6 Abs. 1 Satz 1 Hs. 1 MVollzG Rh-Pf

Zu prüfen ist also zunächst, ob mit der Verabreichung von Neuroleptika ein wesentliches gesundheitliches Risiko oder eine Gefahr für das Leben des untergebrachten Patienten verbunden ist. Sollte dies der Fall sein, wäre sie nur mit der Einwilligung des untergebrachten Patienten zulässig. Auf den Zweck der Erreichung des Vollzugsziels käme es insofern nicht an.

Neuroleptika sind Standardmedikation bei der Behandlung und Vorbeugung von Psychosen. Diese werden unterschieden in so genannte „klassische" und „atypische" Neuroleptika.

„Klassische" Neuroleptika zeichnen sich vor allem durch die Verursachung von Früh- und Spätdyskinesien (Bewegungsstörungen) aus, wobei es auch zu einem irreversiblen Verlauf kommen kann[3]. Untersuchungen haben ergeben, dass in 20% der Fälle von längerer Anwendung von Neuroleptika irreversible Bewegungsstörungen (tardive Dyskinesien) aufgetreten sind[4]. Andere Quellen sprechen sogar davon, dass auch bei schwach wirksamen Neuroleptika in bis zu 40% der Fälle auch nach relativ kurzem Gebrauch irreversible extrapyramidal-motorische Störwirkungen, meist in Form von zirkumoralen terminalen Hyperkinesen, auftreten können[5]. Alle Neuroleptika können ein akut lebensbedrohliches malignes Neuroleptikasyndrom auslösen, das durch Rigor, Akinese, Fieber, kardiovaskuläre und Bewusstseinsstörungen gekennzeichnet ist und eine hohe Letalität besitzt (20%)[6].

Auch atypische Neuroleptika zeichnen sich durch vielfältige Nebenwirkungen aus, die im wesentlichen Maße die Gesundheit des Betroffenen schädigen und sein körperliches Wohlbefinden beeinträchtigen. So konnten bei der Anwendung des atypischen Neuroleptika Abilify (Aripiprazol) u. a. in 15-26% der Fälle extrapyramidale Symptome (=Bewegungsstörungen), in 25% der Fälle Angstzustände, in 32% der Fälle Kopfschmerzen

---

[3] Dazu Lehmann, Der chemische Knebel, Berlin 1986; ders., Schöne neue Psychiatrie, Berlin 1996.
[4] Vgl. Aderholt/ Bock/ Greve, Fachliche Stellungnahme zu den geplanten gesetzlichen Änderungen durch den § 1906a BGB und § 70o FGG, Pkt 3b; http://www.bpe-online.de/infopool/recht/andere/ambu_zwang_aderhold.htm.
[5] Arzneimitteldatenbank des Arznei-Telegramms, www.arznei-telegramm.de.
[6] Arzneimitteldatenbank des Arznei-Telegramms, www.arznei-telegramm.de.

und in 12% der Fälle Brechreiz und Erbrechen festgestellt werden. Bei der Anwendung von Zyprexa (Olanzapin) konnten als Nebenwirkungen u. a. in 15% der Fälle eine gesteigerte Aggressivität, in bis zu 19% der Fälle extrapyramidale Symptome und in 15% der Fälle Verstopfungen festgestellt werden[7]. Zwei Drittel aller Neuroleptikakonsumenten klagen über schwere Depressionen. Fast immer wird durch den Konsum der Antrieb gehindert. Eine vergleichende unabhängige Studie hat ergeben, dass der Großteil der „atypischen" Neuroleptika" keinen Wirkvorteil gegenüber den „klassischen" Neuroleptika erkennen lässt. Auch hinsichtlich der Gesamtverträglichkeit gibt es keine wesentlichen Unterschiede zwischen den Neuroleptika. Extrapyramidal-motorische Störungen kommen unter den geprüften Neuroleptika ähnlich häufig vor[8]. Insgesamt kann man sagen, dass die Bewertung „atypischer" Neuroleptika keine Vorteile erkennen lässt[9].

Da demnach mit der Verabreichung von Neuroleptika ein wesentliches gesundheitliches Risiko für den Beschwerdeführer einhergeht, findet die Zwangsbehandlung vorliegend nach § 6 Abs. 1 Satz 1 Hs. 1 MVollzG Rh-Pf schon keine gesetzliche Grundlage, weshalb sie gegen Art. 2 Abs. 2 S. 1 GG verstößt.

Selbst wenn man allerdings die Voraussetzungen von § 6 Abs. 1 Satz 1 Hs. 1 MVollzG Rh-Pf - wie die Fachgerichte - nicht als erfüllt ansehen würde, bliebe die Zwangsbehandlung verfassungswidrig.

II. Zwangsbehandlung nach § 6 Abs. 1 Satz 2 Hs. 1 MVollzG Rh-Pf und dessen Verfassungsmäßigkeit

Allein nach einfachem Gesetzesrecht kann eine Behandlung oder Untersuchung, hier in Form der Verabreichung von Neuroleptika, soweit sie denn nicht mit einem wesentlichen gesundheitlichen Risiko oder einer Gefahr für das Leben verbunden ist, vorgenommen werden, ohne dass es auf die Einwilligung des untergebrachten Patienten ankommen würde. Unterstellt, die Behandlung mit Neuroleptika würde auch eine Behandlung der behaupteten Anlasskrankheit bewirken oder zumindest Voraussetzungen für eine Behandlung geschaffen werden, wäre eine solche Maßnahme einfach gesetzlich nach § 6 Abs. 1 Satz 2 Hs 1 MVollzG Rh-Pf zulässig.

---

[7] Arzneimitteldatenbank des Arznei-Telegramms, www.arznei-telegramm.de.
[8] Vgl. arznei-telegramm 11/2005, 36:98-100 (http://www.arznei-telegramm.de/html/2005_11/0511098_01.html).
[9] Arzneimitteldatenbank des Arznei-Telegramms, www.arznei-telegramm.de.

Da eine solche Behandlung sowohl in die Grundrechte des untergebrachten Patienten nach Art. 2 Abs. 2 Satz 1 GG, als auch nach Art. 1 Abs. 1 GG eingreifen kann, ist vorliegend zu prüfen, ob § 6 Abs. 1 Satz 2 Hs. 1 MVollIzG Rh-Pf verfassungsgemäß ist.

1. Eingriff in Art. 2 Abs. 2 Satz 1 GG

Nach der verfassungsrechtlichen Rechtsprechung ist bei einer ärztlichen Behandlung, durch die zunächst die körperliche Unversehrtheit geschädigt wird, das Vorliegen eines Eingriffs in das Recht auf körperliche Unversehrtheit nicht auszuschließen[10]. Vor dem Hintergrund des grundgesetzlichen Schutzes der Würde und der Freiheit des Menschen kann es aber für die Bestimmung, ob ein Eingriff in die körperliche Unversehrtheit vorliegt, bei ärztlichen Heileingriffen nicht auf deren Zielsetzung ankommen. Lediglich eine wirksam erteilte Einwilligung kann den Eingriff nicht nur rechtfertigen, sondern sogar begrifflich ausschließen.[11]

Anders verhält es sich bei Zwangsbehandlungen. Zwangsweise durchgeführte Injektionen von Neuroleptika stellen Maßnahmen dar, die in das durch Art. 2 Abs. 2 Satz 1 GG geschützte Recht des Untergebrachten auf körperliche Unversehrtheit eingreifen und deshalb einer gesetzlichen Grundlage bedürfen. An dieser verfassungsrechtlichen Lage ändert sich auch nichts, wenn Mediziner diese Spritzen zu Heilzwecken verabreichen würden selbst dann, wenn objektiv durch das Medikament die Gesundheit des Untergebrachten gefördert werden würde. Durch ihre mögliche Heilwirkung verliert die Behandlung nicht ihren den Untergebrachten belastenden Charakter, wenn sie ihm gegen seinen Willen verabreicht worden ist. Es ist anerkannt, dass niemand – auch kein Arzt – sich zum Richter in der Frage aufschwingen darf, unter welchen Umständen ein anderer vernünftigerweise bereit wäre, einen Eingriff in seine körperliche Unversehrtheit zu dulden[12]. Zwangsbehandlungen stellen daher einen schweren Eingriff in das Grundrecht des Betroffenen aus Art. 2 Abs. 2 Satz 1 GG dar[13].

2. Vorliegen einer gesetzlichen Ermächtigung

Wie bereits festgestellt, sind die formellen Voraussetzungen für eine verfassungsrechtliche Rechtfertigung aufgrund des Vorliegens einer einfachgesetzlichen Grundlage nach Art. 2 Abs. 2 Satz 2 GG in Form des § 6 Abs. 1 Satz 2 Hs. 1 MVollzG Rh-Pf gegeben. Gegenstand

---

[10] BVerfGE 52, 131 (171 [173 f., 175 f., 177 f.]).
[11] BVerfGE 5, 13 (15); 52, 131 (169 f.); KG, Beschl. v. 23.12.1988, NJW 1987, 2311.
[12] KG StV 1998, 209 (210).
[13] BVerfG (Kammer), 2 BvR 882/09 v. 22.06.2009, Abs. 31.

der folgenden Prüfung ist die Frage, ob diese gesetzliche Grundlage und die fachgerichtliche Auslegung mit den verfassungsrechtlichen Vorgaben vereinbar sind.

3. Verfassungsmäßigkeit der gesetzlichen Ermächtigung

a) Formelle Verfassungsmäßigkeit

Die Gesetzgebungskompetenz für die Behandlung von Anlasserkrankungen bei nach § 63 StGB untergebrachten Personen ergibt sich aus der Regelung für die konkurrierende Gesetzgebung nach Art. 74 Abs. 1 Nr. 1 GG, wonach für den Bereich des Strafrechts die Länder nur insoweit die Gesetzgebungskompetenz haben, wie der Bund nicht von seiner Gesetzgebungskompetenz Gebrauch gemacht. Da der Bundesgesetzgeber durch das Strafgesetzbuch von seiner Gesetzgebungskompetenz Gebrauch gemacht hat, bedarf es insoweit einer bundesgesetzlichen Übertragung einer weiteren Gesetzgebungsermächtigung an die Länder, die sich vorliegend aus § 138 Abs. 1 S. 1 StVollzG ergibt.

b) Materielle Verfassungsmäßigkeit

aa) Legitimer Zweck

Teilweise wird in der Literatur vertreten, dass grundsätzlich eine Behandlung gegen den Willen des Betroffenen verfassungsrechtlich nicht zulässig sei.[14] Andere schließen zumindest die Zulässigkeit von operativen Eingriffen ohne Vorliegen einer wirksamen Einwilligung verfassungsrechtlich grundsätzlich aus.[15]

Vorwiegend wird eine Unterscheidung danach getroffen, zu welchem Zweck der Eingriff ohne die Einwilligung des Betroffenen erfolgt. Grundsätzlich ist zu unterscheiden, ob die Zwangsbehandlung der vollzugszielfördernden Behandlung wegen der Hilfsbedürftigkeit des Betroffenen (Fürsorgegedanke) und/ oder der Abwehr von Gefahren, die von ihm ausgehen (Gefahrenabwehrgedanke), dient.[16] So sollen Zwangsbehandlungen bei Patienten möglich sein, die an hoch ansteckenden Krankheiten leiden und daher eine Gefahr für die Volksgesundheit darstellen.[17] Allerdings seien in diesem Fall die Anforderungen an eine Rechtfertigung hoch anzusetzen. Zielt die Behandlung nicht auf die Abwehr von hoch

---

[14] Tondorf 1982; 1983; Bernsmann 1984, S. 156 ff.; Marschner 1985, S. 105.
[15] Volckart/ Grünebaum, Maßregelvollzug, S. 225.
[16] Vgl. Rinke NJW 1988, 10 (12).
[17] Vgl. zur Frage der Zwangsbehandlung nach dem Bundesseuchengesetz BVerwGE 9, 78 (79); BGHSt 4, 375 (377).

ansteckenden Krankheiten ab, sollen Zwangsheilungen und entsprechende vorbeugende Maßnahmen, wie z.B. ein Impfzwang, unzulässig sein.[18]

Zwangsbehandlungen seien weiterhin auch legitim, wenn die Behandlungsmaßnahme unaufschiebbar ist, wenn also ein Abwarten zu irreversiblen Nachteilen führen würde. Den Ärzten soll ein sofortiges Einschreiten ermöglicht werden, wenn der Zustand des Patienten für diesen selbst oder einen Dritten eine akute Gefahr darstellt.[19]

Im vorliegenden Fall handelt es sich um eine so genannte allein fürsorgerische Maßnahme. Weder soll mit der Verabreichung von Neuroleptika von dem Untergebrachten eine akute Gefahr für sich selbst oder für Dritte abgewendet werden, noch stellt sie eine akute Behandlungsmaßnahme dar, die aufgrund der zeitlichen Vorgaben eine Unaufschiebbarkeit erfordern würde. Vielmehr ist Ziel des Maßregelvollzugs durch die Verabreichung von Neuroleptika ausschließlich die Voraussetzungen schaffen, den untergebrachten Patienten irgendwann (zwangsweise) entlassungsfähig zu machen.

bb) Legitimes Mittel

Im zweiten Schritt ist prüfen, ob die zwangsweise Verabreichung von Neuroleptika auch ein verfassungsrechtlich zulässiges Mittel darstellt, um den untergebrachten Patienten entlassungsfähig zu machen.

(1) Zunächst stellt sich die Frage, ob sich aus der Verfassung eine Pflicht ergibt, die Anlasskrankheit von untergebrachten Patienten auch zwangsweise zu behandeln. Angesprochen ist hier das so genannte Untermaßgebot, wonach der Gesetzgeber verpflichtet sein soll, Maßnahmen auch zwangsweise und somit gegen den Willen des Betroffenen durchzusetzen, wenn diese dem Schutz Dritter vor Gefahren oder dem Schutz des Betroffenen vor sich selbst dienen sollen.

Der Schutz Dritter vor Gefahren, die mit hoher Wahrscheinlichkeit eines Schadenseintritts dem Leben, der körperlichen Unversehrtheit und anderen hochrangigen Rechtsgütern wie der Freiheit oder der sexuellen Selbstbestimmung drohen, stellt nach der Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts ein überragendes Gemeinwohlinteresse dar. Es ist danach eine Pflichtaufgabe des Staates, diesen Schutz durch geeignete Mittel zu gewährleisten[20]. Wie der Gesetzgeber diese Schutzaufgaben wahrnimmt, ist seinem weiten

[18] Jarass, in Jarass/Pieroth, GG, 4. Aufl., Art. 2 Rn. 57a.
[19] KG StV 1998, 209 (211) für das Berliner PsychKG.
[20] BVerfG, U. v. 10.02.2004, 2 BvR 834/02, Abs. Nr. 164 = NJW 2004, 750 (757) m.w.N.

Gestaltungsermessen überlassen. Die Verfassung gibt den Schutz als Ziel vor, nicht aber seine Ausgestaltung im Einzelnen. Die Freiheitsentziehung ist dabei als legitimes Mittel dem Grunde nach von der Rechtsprechung anerkannt: Das Bundesverfassungsgericht kommt bei der Erörterung von Schutzpflichten zu dem Ergebnis, dass als Mittel zum Schutz von Leben, Unversehrtheit und Freiheit der Bürger demjenigen die Freiheit entzogen werden kann, von dem ein Angriff auf diese Schutzgüter zu erwarten ist. Dies ist auch vor dem Hintergrund der Freiheit der Person (Art. 2 Abs. 2 S. 2 GG) bei Beachtung des Verhältnismäßigkeitsprinzips verfassungsrechtlich legitim, wenn die Voraussetzungen und die Ausgestaltung der Freiheitsentziehung durch eine enge Bindung an den zu erfüllenden Schutzzweck streng begrenzt werden[21].

Der zuletzt am Beispiel der nachträglichen Sicherungsverwahrung von als hochgefährlich eingeschätzten Straftätern ausgebreiteten Argumentation des Bundesverfassungsgerichts[22] wird zuweilen verkürzend die Bezeichnung „Untermaßverbot" beigegeben[23], welche die Erwartung weckt, dass es neben dem aus den Grundrechten und dem Rechtsstaatsprinzip folgenden Übermaßverbot auch ein verfassungsrechtlich bestimmbares Mindestmaß an Eingriffsintensität geben könnte. Die Entscheidung des Bundesverfassungsgerichts reicht aber für den hier zu interessierenden Fragenkreis nicht über die Bestimmung von Schutzzielen hinaus und gesteht dem Gesetzgeber beim Ausgleich kollidierender Grundrechtspositionen einen weiten Gestaltungsspielraum zu.

Das Bundesverfassungsgericht hat sich zu dem von einer Strömung in der rechtswissenschaftlichen Literatur entwickelten sog. Untermaßverbot ausdrücklich nur in der zweiten Entscheidung zum Schwangerschaftsabbruch[24] bekannt. Diese entwickelt zunächst die seitdem mehrfach herangezogene Formel, dass der Staat hochwertige Rechtsgüter wie das Recht auf Leben und körperliche Unversehrtheit vor drohenden Gefahren zu schützen habe, Art und Umfang des Schutzes im Einzelnen zu bestimmen aber Aufgaben des Gesetzgebers seien[25]. Diese Argumentation ist in der zweiten Abtreibungsentscheidung durch die Bezugnahme auf ein in der Literatur so bezeichnetes Untermaßverbot ergänzt worden um die Feststellung, dass die Grundrechte einen – unter Berücksichtigung entgegenstehender Rechtsgüter – angemessenen und wirksamen Schutz hochwertiger Rechtsgüter verlangten. Die Vorkehrungen, die der Gesetzgeber trifft, müssten für einen angemessenen und wirksamen Schutz ausreichend sein und zudem auf sorgfältigen

---

[21] BVerfG, U. v. 10.02.2004, 2 BvR 834/02, Abs. Nr. 165= NJW 2004, 750 (757) m.w.N.
[22] BVerfG, U. v. 10.02.2004, 2 BvR 834/02, Abs. Nr. 164 = NJW 2004, 750 (757) m.w.N.
[23] vgl. etwa die abw. Meinung der Richterinnen und Richter Broß, Gerhard und Osterloh, BVerfG, U. v. 10.02.2004, 2 BvR 834/02, Abs. Nr. 192 = NJW 2004, 750 (759) .
[24] BVerfG, NJW 1993, 1751 (1752 f.) = BVerfGE 88, 203 ff.
[25] BVerfG, NJW 1993, 1751 (1752 f.) = BVerfGE 88, 203 ff.

Tatsachenermittlungen und vertretbaren Einschätzungen beruhen, woraus sich Mindestanforderungen an den strafrechtlichen Schutz des ungeborenen Lebens ergäben[26].

Während die Formel vom grundsätzlichen Schutzbedürfnis gerade von Leben und körperliche Unversehrtheit einerseits und einem Ausgestaltungsauftrag an den Gesetzgeber andererseits seitdem mehrfach Wiederholung gefunden hat[27], ist die direkte Bezugnahme der zweiten Entscheidung zum Schwangerschaftsabbruch auf das so genannte „Untermaßverbot" vereinzelt geblieben. Dies mit gutem Grund, denn der Schwangerschaftsabbruch ist auch verfassungsrechtlich eine Extremkonstellation, da er die Frage aufwirft, inwieweit der Staat einen als Tötung verstandenen Eingriff dem Willen Dritter überlassen darf. Ebenso wie etwa das Beispiel der landesgesetzlichen nachträglichen Sicherungsverwahrungen kann auch die Beurteilung der verfassungsrechtlichen Mindestanforderungen an den Schutz vor Gefahren, die von psychisch Kranken ausgehen (sollen), an diese aus der Sicht des zu schützenden Rechtsguts finale Gefährdung nicht heranreichen. Das Untermaßverbot als Forderung nach einem im Interesse des bedrohten Rechtsguts auch nachweisbar praktisch wirksamen Schutz hat in seiner Tiefe auf einen Gestaltungsauftrag an den Gesetzgeber beschränkt zu bleiben, ohne eine Verschiebung der grundrechtlichen Gewichtung zwischen Betroffenen und Allgemeinheit zu ermöglichen.

Aus der Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts kann mithin nicht darauf geschlossen werden, dass der Gesetzgeber beim Schutz der Allgemeinheit vor Gefahren, die von sog. psychisch Kranken ausgehen sollen, in seiner Gestaltungsfreiheit beschränkt wäre und auf Zwangsunterbringung oder -behandlung von Verfassungs wegen nicht verzichten dürfte, solange er effektiv Gefahrenabwehr betreiben kann. Dass sich aber die Abwehr von Gefahren, die von sog. psychisch Kranken ausgehen sollen, ausschließlich mit dem Mittel einer Zwangsunterbringung und in deren Folge Zwangsbehandlung im Sinne einer über die Freiheitsentziehung hinausgehenden, fürsorgliche Ziele verfolgenden und eine Behandlung einschließenden Unterbringung erreichen ließen, ist nicht ersichtlich.

Dasselbe ergibt sich für die Frage der Zwangsunterbringung und Zwangsbehandlung zum Zweck des Selbstschutzes. Das Bundesverfassungsgericht hat sich zuletzt bei der Überprüfung der Unterbringung nach § 1631 b BGB[28] mit einer Freiheitsentziehung zwecks Abwehr von Schaden für die Betroffenen befasst. Die verfassungsrechtliche Betrachtung nimmt dabei ihren Ausgang mit der Feststellung, dass Freiheitsentziehungen stets einer

---

[26] BVerfG, NJW 1993, 1751 (1752 f.) = BVerfGE 88, 203 ff; ähnlich BVerfG, NZA 95, 272 (275) = BVerfGE 92, 26 ff.
[27] BVerfG, U. v. 10.02.2004, 2 BvR 834/02, Abs. Nr. 164 = NJW 2004, 750 (757); BVerfG, NZA 1995, 272 (275) = BVerfGE 92, 26 (46); BVerfGE 97, 169 (176 f)).
[28] BVerfG, B. v. 14.06.2007, 1 BvR 338/07, Abs. – Nr. 24 ff .

strengen Verhältnismäßigkeitsprüfung zu unterziehen sind. Dies schließe allerdings nicht von vornherein einen staatlichen Eingriff aus, der ausschließlich den Zweck verfolgt, einen psychisch Kranken vor sich selbst in Schutz zu nehmen und ihn zu seinem eigenen Wohl in einer geschlossenen Einrichtung unterzubringen. Die staatliche Fürsorge schließe die Befugnis ein, psychisch Kranke, die infolge des Krankheitszustandes und damit verbundener fehlender Einsichtsfähigkeit die Schwere ihrer Erkrankung und die Notwendigkeit von Behandlungsmaßnahmen nicht zu beurteilen vermögen oder sich trotz einer solchen Erkenntnis infolge der Krankheit nicht zu einer Behandlung entschließen, zwangsweise in einer geschlossenen Einrichtung unterzubringen, wenn sich dies als unumgänglich erweist, um die drohende gewichtige gesundheitliche Schädigung von dem Kranken abzuwenden, wenn sich die Unterbringung als verhältnismäßig erweist.

Damit schließt sich das Bundesverfassungsgericht implizit der Auffassung von der fürsorglichen Zwecksetzung von Zwangsunterbringung und -behandlung an. Eine Rechtspflicht zur zwangsweisen Besserung gegen den Willen der Betroffenen kann aus der von dem Bundesverfassungsgericht damit anerkannten Befugnis zum Schutze sog. psychisch Kranker vor krankheitsbedingt drohenden gewichtigen gesundheitlichen Schädigungen gegen einen bekundeten Willen nicht abgeleitet werden.

Erst recht kann dann keine verfassungsrechtliche Pflicht für den Gesetzgeber abgeleitet werden, Maßnahmen der Besserung auch gegen den Willen des untergebrachten Patienten vorzunehmen, die allein dem Ziel der Behandlung oder Heilung der Anlass für die Unterbringung gebenden Krankheit dienen sollen.

Eine Pflicht zur Behandlung oder zur Duldung von ärztlichen Eingriffen ergibt sich auch nicht daraus, dass ohne eine Behandlung der Anlasskrankheit eine auf § 63 StGB angeordnete Unterbringung ihren gesetzlichen Zweck verlieren würde, weil es dann dem Therapeuten oder Arzt versagt wäre, den Untergebrachten zu einer von ihnen für erforderlich gehaltenen Behandlung zu zwingen. Die Unterbringung dient, wie es sich aus § 63 StGB ergibt, in erster Linie dem Schutz der Öffentlichkeit. Dies ergibt sich schon daraus – anders als bei einer Anordnung der Unterbringung in einer Entziehungsanstalt gem. § 64 StGB[29] -, dass sie auch dann anzuordnen ist, wenn eine Aussicht auf Heilung des Betroffenen fehlt. Dieser – auf Gefahrenabwehr und damit auf das Allgemeinwohl gerichtete – Zweck bleibt auch dann gewahrt, wenn eine Zwangstherapie ausgeschlossen ist[30]. Hier bietet sich auch ein Vergleich zu dem Strafzweck der Resozialisierung an. Auch die Vollziehung einer Freiheitsstrafe

[29] Dazu BVerfG NJW 1995, 1077 (1078).
[30] KG StV 1988, 209 (210); Fischer StGB, 57. Aufl. (2010), § 63 Rn. 2 m. w. N.

verliert nicht ihre verfassungsrechtliche Rechtfertigung dann, wenn im Einzelfall bei dem Verurteilten keine Aussicht auf Resozialisierungserfolge durch den Vollzug besteht.

(2) Wenn insofern keine Rechtspflicht für die Zwangsbehandlung von Anlasskrankheiten besteht, ist im nächsten Schritt zu prüfen, ob mit der zwangsweisen Verabreichung von Neuroleptika der Zweck der Unterbringung, nämlich die Voraussetzungen für eine spätere Entlassung zu schaffen, überhaupt erreicht werden kann oder ob nicht gewichtige Gründe dafür sprechen, dass ein solches Vorgehen dem vorgegebenen Ziel eher entgegenlaufen würde. So hat das Bundesverfassungsgericht für die Unterbringung in eine Entziehungsanstalt gem. § 64 StGB festgestellt, dass diese nur gerechtfertigt sein kann, wenn für den Untergebrachten durch die Therapie eine konkrete Chance für einen Behandlungserfolg besteht[31]. Gegen eine Zwangsbehandlung der Anlasskrankheit spricht, dass es für den erfolgreichen Verlauf einer Therapie nicht zweckdienlich ist, Zwang einzusetzen, weil dadurch der Untergebrachte nicht dazu motiviert wird, an seiner Therapie mitzuarbeiten, dies aber Voraussetzung für den von den behandelnden Ärzten definierten Therapieerfolg ist[32]. Eine Medikamententherapie erstreckt sich darüber hinaus über eine monate- oft jahrelange Behandlungsdauer, die im Rahmen eines mehrdimensionalen Therapiekonzepts erfolgt, d. h. in Kombination mit psycho- und soziotherapeutischen Maßnahmen, die ihrerseits ohne aktive Mitarbeit des Patienten nicht möglich ist[33]. Bei der Pharmakatherapie handele es sich weiterhin um eine nicht kausale Therapie, da damit lediglich die Symptome behandelt werden, so dass darüber hinaus keine weiteren therapeutischen Erfolge erzielt werden können. Auch das Bundesverfassungsgericht hat festgestellt, dass – dort in Bezug auf Entziehungsanstalten und unter Rückgriff auf Befragungen von Suchtkliniken – eine erfolgversprechende Therapie ohne Mitwirkung des Patienten regelmäßig undurchführbar ist[34].

Gegen eine Durchführung von zwangsweise durchgesetzten Maßnahmen spricht auch die Tatsache, dass der untergebrachte Patient in dieser Situation den ihn behandelnden Arzt eher als Gegner, denn als Unterstützer ansehen und sich insofern gegen die Maßnahme wie auch die Person stemmen wird. Der Behandlung wird es nachvollziehbar an einem Mindestmaß an Vertrauen fehlen und eher Angst und Entsetzen denn Zuversicht auslösen. Darüber hinaus wird es dem Untergebrachten in dieser Situation an einem „in seinem Lager"

---

[31] BVerfG NJW 1995, 1077 (1078).
[32] Nachweise bei Rinke NStZ 1988, 10.
[33] Dazu Rinke NJW 1988, 10 (11) m w. N.
[34] BVerfG NJW 1995, 1077 (1078).

stehenden Ansprechpartner fehlen, so dass es ihm kaum möglich sein wird, individuelle Maßstäbe im körperlich-seelischen Bereich zur Geltung zu bringen[35].

(3) Von der Frage unabhängig, ob mit dem Mittel der Zwangsbehandlung auch das Ziel einer Behandlung der Anlasskrankheit erreicht werden kann, stellt sich die Frage, ob nicht entgegenstehende Verfassungsgrundsätze einer derart zweckgerichteten Zwangsbehandlung grundsätzlich entgegenstehen und diese im Rahmen einer Abwägung der widerstreitenden grundrechtlich geschützten Positionen oder Verfassungsgrundsätze den Ausschlag gegenüber dem Recht auf körperliche Unversehrtheit des untergebrachten Patienten geben.

Grundsätzlich ergibt sich aus dem verfassungsrechtlichen Normengefüge, dass jedem Menschen, auch dem psychischen Kranken, die „Freiheit zur Krankheit" zusteht[36]. Art. 2 Abs. 2 Satz 1 GG umfasst auch die Möglichkeit des Kranken, sich „in freier Selbstbestimmung gegen das medizinisch Richtige zu entscheiden, aus individuell höher bewerteten Interessen ärztlich indizierte Maßnahmen nicht zuzulassen und die dadurch bedingten Verluste an Möglichkeiten zu anderweitiger Grundrechtsausübung in Kauf zu nehmen"[37]. In deren Grenzen darf der Kranke gerade bei behandlungsbedürftigen psychischen Erkrankungen selbst entscheiden, ob er das Durchleben seiner Krankheit einer aus seiner Sicht unzumutbaren Behandlung in einer psychiatrischen Klinik vorziehen will[38].

Diese „Freiheit zur Krankheit", die Ausfluss des allgemeinen Persönlichkeitsrechts und der allgemeinen Handlungsfreiheit ist, findet seine verfassungsmäßige Grenze zwar in dem vom Verfassungsgesetzgeber aufgegebenen Schutz der verfassungsmäßigen Ordnung, die der Gesetzgeber zur Pflege des sozialen Zusammenlebens in den Grenzen des allgemein Zumutbaren zu ziehen hat, wobei wiederum die Autonomie des Individuums gewahrt bleiben muss.[39] Das limitierende Verhalten muss aber einen Sozialbezug aufweisen, also die Sphäre der Mitbürger oder die Belange des Gemeinschaftslebens berühren[40]. Maßnahmen, die allein einen Bezug zu dem Patienten aufweisen, sind damit nicht zu rechtfertigen.

Es stellt sich also die Frage, ob sich aus dem aus Art. 20 Abs. 1 GG abgeleiteten Sozialstaatsgebot eine Pflicht des Bürgers ableiten lässt, vom Staat angebotene vermeintlich fürsorgerische Leistungen auch tatsächlich in Anspruch zu nehmen. Dagegen spricht, dass

---

[35] Vgl. Rinke NStZ 1988, 10 (14).
[36] BVerfGE 58, 208 (224 ff.).
[37] So Rinke NStZ 1988, 10 (13).
[38] BGH, Beschl. v. 01.02.2006 – XII ZB 236/05.
[39] BVerfGE 50, 246 (262).
[40] BVerfGE 6, 389 (433); 35, 202 (220).

es dem psychisch Kranken wie jedem anderen Bürger im Prinzip zusteht, angebotene staatliche Hilfe zurückzuweisen[41]. Die Grundrechte stellen Begrenzungen für das staatliche Mandat zur sozialen Gestaltung dar. Es steht dem Bürger grundsätzlich erstmal selbst zu, in welcher Form und mit welcher individuellen Präferenz er von seinen Freiheitsrechten Gebrauch macht. Der Staat hat es daher hinzunehmen, wenn der Bürger fürsorgerische Leistungen eigenverantwortlich ablehnt[42]. Auch fiskalische Erwägungen – eine nicht erfolgte Heilbehandlung könnte ggf. zu einer Verlängerung der Unterbringung führen – dürfen aufgrund der Schwere des Eingriffs keine ausschlaggebende Rolle spielen[43].

Zu prüfen ist weiterhin, ob sich nicht eine Verfassungslegitimität einer Zwangsbehandlung der Anlasskrankheit daraus ergeben könnte, dass durch eine Heilung eine Verkürzung der Unterbringung erreicht und damit dem sich aus Art. 2 Abs. 1, Abs. 2 S. 2 GG ergebenden Freiheitsgrundrecht des Untergebrachten Geltung verschafft werden könnte. Denn nach Auffassung der behandelnden Ärzte könnte eine Unterbringung gegebenenfalls für die Dauer der verbleibenden Lebenszeit erfolgen, falls die aus ihrer Sicht vermeintlich notwendige Behandlung nicht durchgeführt wird.

Dagegen spricht zunächst, dass es hier um zwei grundrechtlich geschützte Rechtsgüter ein und derselben Person geht, es sich insofern nicht um einen Fall der Abwägung von zwei sich gegenüberstehenden Grundrechten voneinander unterschiedlicher Grundrechtsträger handelt, die im verfassungsgemäßen Ausgleich gebracht werden müssen. Darüber hinaus ist eine „Saldierung" grundrechtlicher Positionen des Betroffenen weder aus rechtlichen noch aus tatsächlichen Gründen zulässig[44]. Dies ergibt sich schon daraus, dass sich die Rechtstellung des untergebrachten Patienten zunächst in keiner Weise verbessern würde, weil zum Zeitpunkt der Zwangsbehandlung zu dem Eingriff in die Freiheit der Person zusätzlich der Eingriff in die körperliche Unversehrtheit tritt[45]. Eine „Heilung" – und damit die Option einer Wiedererlangung der Freiheit der Person – stellt darüber hinaus eine ungewisse Option dar, während der Eingriff in die körperliche Unversehrtheit real und unwiderruflich ist.

Gegen eine Aufrechnung der grundrechtlich geschützten Positionen ein und desselben Rechtsgutsträger spricht aber vor allem, dass sich allein aus der vermeintlichen Intention, die Gesundheit des Untergebrachten wiederherzustellen und damit die Voraussetzungen für eine spätere Entlassung aus der Unterbringung zu schaffen, jeder Grundrechtseingriff, unabhängig von seiner Intensität, rechtfertigen ließe, ohne dass es auf die Entscheidung des

---

[41] BVerfG NJW 1982, 691 (693).
[42] So auch Rinke NStZ 1988, 10 (13).
[43] So Heide, Medizinische Zwangsbehandlung, S. 228.
[44] Heide aaO.
[45] Heide aaO.

Betroffenen, welche Vor- und Nachteile er bereit ist, in Kauf zu nehmen, ankommen würde. Dem Grundrechtsträger steht es aber allein zu, eine Wertung und Hierarchisierung der betroffenen Grundrechte zu treffen, also zu entscheiden, ob der Verlust der Freiheit oder die Verfügung über die körperliche Unversehrtheit höher zu bewerten sind[46]. Diese Dispositionsbefugnis kann dem Grundrechtsträger nicht entzogen werden. Zu Recht wird daher darauf hingewiesen, dass außerhalb des Bereiches der Zwangsbehandlung von Untergebrachten die Möglichkeit einer grundrechtsübergreifenden Saldierung noch nicht einmal erwogen wird[47].

Zu beachten ist ferner, dass bei der Prüfung, ob ein Eingriff in Art. 2 Abs. 2 Satz 1 GG durch eine gesetzliche Regelung gerechtfertigt werden kann, diese wiederum den Anforderungen von Art. 1 Abs. 1 GG als so genannte Schranken-Schranke gerecht werden muss. Art. 1 Abs. 1 GG dient dem Schutz des sozialen Wert- und Achtungsanspruchs, der dem Menschen wegen seines Menschseins zukommt[48]. Mit diesem Achtungsanspruch ist es unvereinbar, wenn der Mensch zum bloßen Objekt des Staates gemacht oder einer Behandlung ausgesetzt wird, die seine Subjektqualität prinzipiell in Frage stellt[49].

Eine Zwangsbehandlung ist grundsätzlich geeignet, die durch Art. 1 Abs. 1 GG geschützte Menschenwürde zu verletzen. Eine Infragestellung der Subjektqualität des Untergebrachten könnte aber dann ausgeschlossen sein, wenn mit dieser Behandlung gleichzeitig ein sozialer gemeinnütziger Zweck – beispielsweise in Form der Gefahrenabwehr – verfolgt werden würde und die Ursache der Gefahr in dem Untergebrachten selbst zu verorten wäre. Dagegen spricht aber, dass nach § 63 StGB schon mit der Unterbringung selbst vermeintliche Gefahren für die Allgemeinheit durch die Begehung rechtswidriger Taten durch den Verurteilten abgewendet werden sollen. Da eine Zwangsbehandlung regelmäßig tiefer in die Lebenssphäre eingreift als die Unterbringung selbst, kann diese nicht mit der gleichen Argumentation gerechtfertigt werden.

In der in dem hiesigen Beschwerdeverfahren gegenständlichen Konstellation soll der Untergebrachte aber nur um seiner selbst behandelt werden. Der Eingriff in Art. 2 Abs. 2 Satz 1 GG dient allein dazu, bei dem Untergebrachten die Voraussetzungen für seine eigene Entlassungsfähigkeit zu schaffen. Die Behandlung soll damit allein der Persönlichkeits- und Verhaltensänderung wider den Willen des Beschwerdeführers dienen, nicht der Abwehr von Gefahren für die Allgemeinheit. Die Alternative zur Zwangsbehandlung ist somit gerade nicht

---

[46] Heide aaO.
[47] Heide aaO.
[48] BVerfGE 87, 209 (228).
[49] BVerfGE 50, 166 (175); 87, 209 (228).

die Inkaufnahme schwerer Gewalt- oder sonstiger Kriminalität, mithin die Preisgabe der Rechtsgüter potenzieller Opfer[50]. Die zwangsweise Durchsetzung der Therapie würde dem Betroffenen damit seine Subjektqualität nehmen, da ihm die Entscheidung, mit der von seinen Behandlern festgestellten Krankheit zu leben oder sich Therapiemaßnahmen zu unterziehen, um sich die Möglichkeit eines Lebens außerhalb der Anstalt zu erhalten, durch den Staat abgenommen werden würde. Damit würde sich der Staat zu der Macht aufschwingen, für den Untergebrachten zu entscheiden, dass ein Eingriff in Art. 2 Abs. 2 Satz 1 GG einem Eingriff in Art 2. Abs. 1, Abs. 2 S. 2 GG vorzuziehen wäre und somit den Untergebrachten allein zum Objekt staatlichen Handelns machen[51].

Etwas anderes ergibt sich auch nicht aus der Entscheidung des Bayerischen Verfassungsgerichtshofes v. 7. Oktober 1992. Der BayVerfGH hat in dieser Entscheidung zwar ausgeführt, dass die Behandlung eines untergebrachten Patienten nicht den in der Menschenwürde begründeten Achtungsanspruch des Betroffenen verletzt, da diese „dem Ziel der Wiederherstellung der psychischen Gesundheit diene" und damit der Beendigung der Unterbringung.[52] Allerdings betraf diese Entscheidung nur die bayerische Regelung im entsprechenden Unterbringungsgesetz, wonach nur bei unaufschiebbaren Behandlungsmaßnahmen, die sich auf seine psychische Erkrankung oder Störung beziehen, eine Duldungspflicht für den Untergebrachten bestehen soll. Solche unaufschiebbaren Maßnahmen sollen danach bei Zuständen schwerer motorischer Erregungen, wie delirante Syndrome, erregten Verwirrtheitszuständen, epileptischen Dämmerzuständen u. ä. zulässig sein. Ziel der medikamentösen Behandlung soll dabei nicht die längerfristige medizinische Therapie der so genannten Anlasskrankheit, sondern die Behandlung akuter Zustände und daher eine zeitlich scheinbar unmittelbar erforderliche Behandlung sein. Davon zu unterscheiden ist aber der hier gegenständliche Fall der Behandlung mit Neuroleptika außerhalb von Akutsituationen, da in dem Fall kein über die Behandlung der Anlasskrankheit und über dem vermeintlich rein fürsorgerischen Zweck hinausgehendes Ziel verfolgt wird.

4. Zwischenergebnis

Ein Überwiegen der Bedeutung des Selbstbestimmungsinteresse des Patienten gegenüber dem Interesse des Staates an der Erreichung des Vollzugsziels ergibt sich in dieser Konstellation aus der fehlenden Dringlichkeit der Maßnahmen, der zweifelhaften Eignung der Behandlung von Neuroleptika für die Erreichung des Vollzugsziels, sowie die schwerwiegenden Belastungen und Risiken, die mit einer Behandlung gegen den Willen und

---

[50] Rinke NStZ 1988, 10 (14).
[51] So auch Rinke aaO.
[52] BayVerfGH NJW 1993, 1521 (1522).

mit Neuroleptika verbunden sind. Zusammenfassend kann daher festgehalten werden, dass § 6 Abs. 1 Satz 2 Hs. 1 MVollzG Rh-Pf nicht mit Art 2. Abs. 2 Satz 1 GG und Art. 1 Abs. 1 GG vereinbar ist. Diese Norm kann auch nicht durch eine verfassungskonforme Auslegung an die verfassungsrechtlichen Anforderungen angepasst sind, da der Wortlaut eindeutig und die systematische Stellung im Gefüge des § 6 MVollzG Rh-Pf keine Beschränkung zulässt. § 6 Abs. 1 Satz 2 Hs. 1 MVollzG Rh-Pf ist daher nichtig.

C) Vereinbarkeit von § 6 Abs. 1 Satz 2 Hs. 1 MVollzG Rh-Pf mit der UN-Behindertenrechtskonvention und Auswirkungen auf die Verfassungsmäßigkeit von Zwangsbehandlungen

Neben der bereits beantworteten Frage, ob die Zwangsbehandlung des Beschwerdeführers und die dafür herangezogene Rechtsgrundlage in § 6 Abs. 1 Satz 2 Hs. 1 MVollzG Rh-Pf nach der bisherigen einschlägigen Rechtssprechung des Bundesverfassungsgerichts verfassungswidrig sind, wird sich der Senat – soweit aus der bisherigen Entscheidungspraxis ersichtlich erstmals – mit der Geltung der Vorschriften der UN-Konvention über die Rechte behinderter Menschen (BRK) und deren Auswirkungen auf die frage der Zulässigkeit von Zwangsbehandlung zu beschäftigen haben.

Nach der Unterzeichnung der UN-Konvention über die Rechte behinderter Menschen durch die Bundesrepublik Deutschland am 30.03.2007 wurde diese durch Zustimmungsgesetz des Deutschen Bundestages vom 21.12.2008 mit Wirkung zum 01.01.2009 Teil der deutschen Rechtsordnung.

Es stellt sich insoweit zum einen die Frage, ob die BRK eine Zwangbehandlung, wie vorliegend, verbietet (dazu **I.**). Zum anderen ist darzulegen, ob und in welchem Umfang die BRK direkte Anwendung finden kann und inwieweit sie für den Beschwerdeführer subjektive Rechte mit Verfassungsrang bewirkt (dazu **II.**).

I. Vereinbarkeit von Zwangsbehandlung nach § 6 Abs. 1 Satz 2 Hs. 1 MVollzG Rh-Pf mit der BRK

Die BRK schafft keine neue Generation von Menschenrechten, sondern sie präzisiert und ergänzt die in den bestehenden internationalen Menschenrechtskonventionen, wie etwa dem Internationalen Pakt vom 19. Dezember 1966 über bürgerliche und politische Rechte[53]

[53] Zuletzt BGBl. 1973 II S. 1533.

(IPBPR), benannten Rechte für Menschen mit Behinderungen[54]. Behinderte Menschen werden erstmals im internationalen Recht nicht mehr als Objekte der Fürsorge, sondern als gleichberechtigte Personen mit eigenen Menschenrechten wahrgenommen[55]. Die BRK verdeutlicht den Paradigmenwechsel vom medizinischen zum menschenrechtlichen Modell von Behinderung und setzt damit neue normative Standards[56].

Anlässlich der Verabschiedung der Konvention durch die Generalversammlung der Vereinten Nationen formulierte der seinerzeitige UN-Generalsekretär Kofi Annan die hohen Erwartungen an die Vereinbarung:

> *„Wenn die Konvention erst einmal angenommen, unterschrieben und ratifiziert ist, wird sie Auswirkungen auf die nationale Gesetzgebung haben, durch die die Möglichkeiten, wie Menschen mit Behinderung ihr Leben leben können, verändert werden. Es wird sich ein Weg in die Zukunft öffnen, durch den sichergestellt wird, dass Menschen mit Behinderungen die gleichen Menschenrechte genießen, wie alle anderen – bei Bildung, Beschäftigung, Zugang zu Gebäuden und anderen Einrichtungen und beim Zugang zur Gerichtsbarkeit. Es wird nicht über Nacht geschehen. Viel Arbeit muss noch getan werden, um die Ergebnisse zu erreichen, die durch die Behindertenrechtskonverntion angestrebt werden. Ich fordere alle Regierungen auf, ohne Verzögerung mit der Ratifizierung zu beginnen und dann die Gesetze umzusetzen."*[57]

1. Einschlägige Regelungen der BRK

Im Folgenden wird zunächst von der englischsprachigen Fassung der BRK[58] und von der amtlichen deutschsprachigen Übersetzung[59] ausgegangen, wobei ggf. für eine am Wortlaut zu orientierende Auslegung der BRK nach den allgemein anerkannten Grundsätzen der Art. 31ff. der Wiener Vertragsrechtskonvention (WVK) allein die gültigen authentischen Fassungen maßgeblich sind[60].

---

[54] Welke, Antje; Das internationale Abkommen über die Rechte von Menschen mit Behinderung, in Archiv für Wissenschaft und Praxis der sozialen Arbeit 2007, S. 60f. (65).
[55] Schmahl, Stefanie; Menschen mit Behinderung im Spiegel des internationalen Menschenrechtsschutzes, Archiv des Völkerrechts 2007, 517ff. (524).
[56] Degener, VN 2006, 104.
[57] Mark Malloch Brown, UN-Vize-Generalsekretär, Bekanntgabe vom 13.12.2006, www.isaac-online.org/ie/articles/152/1/Bekanntgabe-der-UN-Konvention; German translation: UN Convention announcement).
[58] UN: unter http://www.un.org/dissability/.
[59] BGBl. II, 2008 S. 1419ff.
[60] Gollwitzer, Walter; Menschenrechte und Strafverfahren, S. 126f.

Wie bei völkerrechtlichen Verträgen üblich stellt die Präambel ausführlich die Intention der Vertragsstaaten und den Bezug zur Charta der Vereinten Nationen und zu bisherigen völkerrechtlichen Vereinbarungen dar. Von besonderer Bedeutung scheinen für die vorliegende Fragestellung die lit. b), e), j) und n) der Präambel. Hierin heißt es auszugsweise:

> *„Die Vertragsstaaten dieses Übereinkommens,*
>
> *...*
>
> *b) in der Erkenntnis, dass die Vereinten Nationen in der Allgemeinen Erklärung der Menschenrechte und in den Internationalen Menschenrechtspakten verkündet haben und übereingekommen sind, dass jeder Mensch ohne Unterschied Anspruch auf alle darin aufgeführten Rechte und Freiheiten hat,*
>
> *...*
>
> *e) in der Erkenntnis, dass das Verständnis von Behinderung sich ständig weiterentwickelt und dass Behinderung aus der Wechselwirkung zwischen Menschen mit Beeinträchtigungen und einstellungs- und umweltbedingten Barrieren entsteht, die sie an der vollen, wirksamen und gleichberechtigten Teilhabe an der Gesellschaft hindern,*
>
> *...*
>
> *j) in Anerkennung der Notwendigkeit, die Menschenrechte aller Menschen mit Behinderungen, einschließlich derjenigen, die intensivere Unterstützung benötigen, zu fördern und zu schützen,*
>
> *...*
>
> *n) in der Erkenntnis, wie wichtig die individuelle Autonomie und Unabhängigkeit für Menschen mit Behinderungen ist, einschließlich der Freiheit, eigene Entscheidungen zu treffen,*
>
> *...*
>
> *haben Folgendes vereinbart...“*

Artikel 1 BRK bezeichnet als Zweck des Übereinkommens die Förderung, den Schutz und die Gewährleistung der vollen und gleichberechtigten Ausübung aller Menschenrechte und Grundfreiheiten durch alle behinderten Menschen sowie die Verpflichtung zur Förderung der Achtung der diesen Menschen angeborenen Würde.

Als behinderte Menschen werden nach Artikel 1 Abs. 2 BRK i.V.m. der Präambel lit. e) BRK Menschen mit langfristigen körperlichen, seelischen, geistigen oder Sinnesbeeinträchtigungen bezeichnet, welche sie in Wechselwirkung mit verschiedenen Barrieren an der vollen, wirksamen und gleichberechtigten Teilhabe an der Gesellschaft hindern können.

Nach Artikel 2 Abs. 3 BRK wird als Diskriminierung auf Grund einer Behinderung jede Unterscheidung, Ausschließung oder Beschränkung aufgrund einer Behinderung bezeichnet, die zum Ziel oder zur Folge hat, dass die auf die Gleichberechtigung mit anderen gegründete Anerkennung, die Inanspruchnahme oder Ausübung aller Menschenrechte und Grundfreiheiten im politischen, wirtschaftlichen, sozialen, kulturellen, bürgerlichen oder jedem anderen Bereich beeinträchtigt oder vereitelt wird. Sie umfasst alle Formen der Diskriminierung, einschließlich der Verweigerung angemessener Vorkehrungen.

Allgemeine Grundsätze nach Artikel 3 BRK sind unter anderem die Achtung der Autonomie des Einzelnen, einschließlich der Freiheit zu eigenen Entscheidungen[61], die Unabhängigkeit der Person, Nichtdiskriminierung[62], die volle und wirksame Teilnahme und Teilhabe am gesellschaftlichen Leben[63] sowie der Respekt vor der Unterschiedlichkeit und die Akzeptanz behinderter Menschen als Teil der menschlichen Vielfalt und des Menschenseins [64].

Nach diesen allgemeinen Zweck- und Begriffbestimmungen verpflichten sich die Vertragsstaaten im Besonderen unter anderem zur gleichberechtigten Anerkennung von Behinderten als rechtsfähige Personen [65], zur Gewährleistung der persönlichen Sicherheit und Freiheit behinderter Menschen [66], der Freiheit von Folter oder grausamer, unmenschlicher oder erniedrigender Behandlung und dem Schutz der Unversehrtheit behinderter Menschen [67].

Mit Artikel 4 BRK verpflichten sich die Vertragsstaaten, alle geeigneten Gesetzgebungs-, Verwaltungs- und sonstigen Maßnahmen zur Umsetzung der in der BRK anerkannten

[61] vgl. Artikel 3 lit. a) BRK.
[62] vgl. Artikel 3 lit. b) BRK.
[63] vgl. Artikel 3 lit. c) BRK .
[64] vgl. Artikel 3 lit. d) BRK.
[65] vgl. Artikel 12 BRK.
[66] vgl. Artikel 14 BRK.
[67] vgl. Artikel 17 BRK.

Rechte vorzunehmen, insbesondere bestehende Gesetze aufzuheben oder zu ändern, die eine Diskriminierung behinderter Menschen darstellen[68].

2. Untergebrachte nach § 63 StGB als Behinderte im Sinne von Art. 1 BRK

Die Vorschriften des Maßregelvollzugsgesetzes Rheinland-Pfalz müssen sich an den in der BRK festgelegten Standards messen lassen, wenn die Personengruppe, auf die das Gesetz Anwendung findet, dem Begriff der behinderten Menschen im Sinne der Präambel lit. e) und Art. 1 Abs. 2 BRK unterfällt.

Nach § 138 Abs. 1 S. 1 StVollzG und § 1 Abs. 1 MVollzG Rh-Pf findet § 6 MVollzG Rh-Pf Anwendung auf alle nach § 63 StGB Untergebrachten. Soweit eine Anwendung auf Untergebrachte nach § 64 StGB möglich wäre, ist dies für die hiesige Stellungnahme nicht von Relevanz.

Die Unterbringung nach § 63 StGB kann von Gesetzeswegen nur bei Personen angeordnet werden, die die Eingangskriterien von §§ 20, 21 StGB erfüllen, wozu krankhafte seelische Störungen, tiefgreifende Bewusstseinstörungen, Schwachsinn oder „schwere andere seelische Abartigkeiten" nach dem Gesetzeswortlaut zählen. Diese Eingangskriterien müssen nach den Feststellungen des Tatgerichts nicht nur vorübergehend während der Tatzeit bestanden haben, sondern für die Anordnung der Maßregel nach § 63 StGB einen Zustand von gewisser Dauer und Intensität darstellen, so dass zukünftig Gefahren von dem Betroffenen für die Allgemeinheit ausgehen sollen.

Darunter fallen also solche Personen, bei denen eine Psychose oder eine andere psychische Störung, die in ihren Auswirkungen einer Psychose gleichkommt, diagnostiziert wurde - so auch im Fall des Beschwerdeführers, dem die Fachgerichte unter Berufung auf die behandelnden Ärzte des Maßregelvollzugs eine paranoide Psychose attestieren.

Der Begriff der Psychose ist auch in medizinischen Fachkreisen weitgehend umstritten, weshalb das internationale Klassifikationssystem ICD-10 heute bereits nicht mehr den Begriff der Psychose, sondern den Begriff der psychotischen Störung verwendet[69]. Als psychotisch soll danach eine heterogene Gruppe von Störungen verstanden werden, die sich etwa durch

[68] vgl. Artikel 4 Abs. 1 lit. a), b) BRK.
[69] Deutsches Institut für medizinische Dokumentation und Information, ICD-10-GM 2008, 1123, http://www.dimdi.de/static/de/klassi/diagnosen/icd10/htmlgm2008/fr-icd.htm .

Wahnvorstellungen, Halluzinationen und andere Warnnehmungsstörungen sowie durch eine „schwere Störung des normalen Verhaltens“ charakterisiert[70]. Der Definition nach gibt es bei diesen Störungen keine Hinweise für eine organische Verursachung[71]. Insoweit kann unabhängig von der aus medizinischer Sicht zu beurteilenden Frage, ob eine psychische Erkrankung im Sinne der Eingangskriterien nach §§ 20,21 StGB überhaupt rechtssicher definiert werden kann, jedoch festgehalten werden, dass sowohl die Rechtssprechung als auch die Medizin davon ausgehen, dass nach § 63 StGB untergebrachte Personen durch eine nicht nur vorübergehende Abweichung vom Normalverhalten bedingt durch Wahrnehmungsstörungen gekennzeichnet sind[72].

Es stellt sich die Frage, ob die von Ärzten und Richtern so definierte Personengruppe, die auch den Beschwerdeführer erfasst, unter den Begriff der behinderten Menschen nach der BRK fällt.

Die Frage, ob und wie eine rechtliche Definition von Menschen mit Behinderung erfolgt, war im Entstehungsprozess der Konvention bis zum Ende eine der umstrittensten und konnte auch durch den nunmehr unterschriebenen Konventionstext nicht vollständig gelöst werden[73]. Erzielt werden konnte jedoch im Ergebnis eine Vertragsfassung, die in Überwindung der Perpetuierung eines veralteten rein medizinischen Vorstellungsbildes von Behinderung nunmehr auf ein Zusammenspiel zwischen medizinischen und sozialen Faktoren abstellt[74]. Diese Definition findet sich in der Präambel unter lit. e) wieder und ist entscheidend zum Verständnis des Gesamtkonzeptes der BRK heranzuziehen[75].

Die BRK geht damit von einem neuartigen und bislang in dieser Konsequenz noch nicht verfolgten Begriffs der (Menschen mit) Behinderung aus. In Überwindung des so genannten Defizit-Ansatzes, der sich traditionell an der Fürsorge und dem Ausgleich vermeintlicher Defizite des Einzelnen orientiert, verfolgt die BRK mit dem so genannten Diversity-Ansatz einen Paradigmenwechsel[76]. Sie gibt damit einen wichtigen neuen Impuls für die Weiterentwicklung des internationalen Menschenrechtsschutzes[77].

---

[70] Deutsches Institut für medizinische Dokumentation und Information; ICD-10-GM 2008, 1123; aaO.
[71] vgl. Deutsches Institut für medizinische Dokumentation und Information, aaO.
[72] zusammengefasst wohl auch Marschner in Volckart/Marschner, S. 46.
[73] Schmahl, aaO, 517 (534).
[74] Degener, VN 2006, 104 (106); Schmahl, aaO, 517 (525).
[75] vgl. Art. 31 Abs. 2 WVK.
[76] so zutreffend Bielefeld, Zum Innovationspotential der UN-Behindertenrechtskonvention, Deutsches Institut für Menschenrechte, 2006.
[77] Bielefeld aaO.

Die BRK geht, ohne den Leidens- und Problemdruck des individuell Betroffenen zu übersehen, davon aus, dass Menschen mit Behinderung als Teil menschlicher Gesellschaft und darüber hinaus als kulturelle Bereicherung Wert geschätzt werden sollen. Nach Art. 3 lit. d) BRK sind der Respekt vor der Unterschiedlichkeit und die Akzeptanz behinderter Menschen als Teil der Vielfalt und des Menschseins gewichtige Grundsätze der BRK. Dabei wird Behinderung als gesellschaftliche Konstruktion verstanden und nicht mehr als gleichsam objektives Defizit des Betroffenen[78]. Artikel 1 Abs. 2 BRK geht davon aus, dass unter anderem eine langfristige seelische Schädigung für behinderte Menschen im Sinne der BRK charakteristisch ist. Auf der anderen Seite stellt die BRK klar, dass Behinderung in ihrem Sinne gerade nicht in einer natürlichen Beeinträchtigung des Individuums gesehen werden soll, sondern die gesellschaftliche und vorliegend die Rechtspraxis bestimmt, ob sie eine Beeinträchtigung des Individuums zum Anlass für eine rechtliche Zuschreibung macht[79].

Der Behinderungsbegriff der BRK geht damit weiter, als der von der Rechtsprechung entwickelte Begriff der Behinderung im Rahmen von Art. 3 Abs. 3 S. 2 GG[80]. Dieser stellt allein auf eine dauerhafte Funktionsbeeinträchtigung ab, die auf einem regelwidrigen körperlichen oder geistigen Zustand beruht[81]. Der in Deutschland auch durch das Bundesverfassungsgericht herangezogene Behinderungsbegriff ist damit von einem klassischen Bild des auszugleichenden vermeintlichen Defizits geprägt[82]. Behinderung im Sinne der BRK ist jedoch nicht in individueller natürlicher Beeinträchtigung des Individuums zu sehen, sondern durch eine gesellschaftliche Praxis bestimmt, die solche Beeinträchtigung zum Anlass für Zuschreibungen macht[83].

§ 6 MVollzG Rh-Pf geht davon aus, dass Menschen, die nach Auffassung der Rechtssprechung und psychiatrischen Schulmedizin ein krankhaft abnormes Verhalten im Sinne einer krankhaften seelischen Störung, tiefgreifenden Bewusstseinstörung oder

---

[78] Vgl. Präambel lit. c); Bielefeld aaO.
[79] Bielefeld aaO.
[80] vgl. BVerfGE 96, 288 (301); 99, 341 (356f.).
[81] Scholz in Maunz-Dürig, GG, Art. 3 Abs. 3 Rn. 176 m.w.N.
[82] vgl. BVerfG, B. v. 10.02.2006, - 1 BvR 91/06 - = NVwZ 2006, 679 zur Frage des Anspruches behinderter Kinder auf einen Platz in einem Regelkindergarten: *„Die dabei getroffene, typisierende Annahme des Gesetzgebers, dass Kinder mit wesentlichen Behinderungen insoweit keinen Anspruch auf einen Platz in einem Regelkindergarten haben, sondern Hilfe in einer teilstationären Einrichtung benötigen, ist nachvollziehbar."*
[83] Bielefeld, aaO: *„Aus Sicht der Betroffenen bedeutet dies den Übergang vom passiven Erleiden eines vermeintlichen natürlichen Schicksals hin zur aktiven Kritik an stigmatisierenden, diskriminierenden und ausgrenzenden gesellschaftlichen Einstellungen und Strukturen. Knapp und prägnant findet diese Grundeinsicht in der Formel der „Aktion Mensch" (ehemals „Aktion Sorgenkind") ihren Ausdruck: „Man ist nicht behindert, man wird behindert."*

„schweren anderen seelischer Abartigkeit" aufweisen, besonderer gesetzlich geregelter, ggf. zwangsweise durchgeführter Behandlung bedürften. Insoweit muss der Personenkreis, welcher nach der Rechtsprechung unter die Anwendung des MVollzG Rh-Pf fällt, als behinderte Menschen im Sinne der Präambel lit. e) und Art. 1 Abs. 2 BRK verstanden werden, und zwar unabhängig davon, ob bei ihnen tatsächlich ein „psychisches Defizit" besteht oder nicht. Vereinfacht gesagt: Die betroffene Personengruppe wird aufgrund angenommener Verhaltensabweichungen von der „Norm" einer Unterbringung bzw. Behandlung zugewiesen[84]. Die so bezeichneten psychisch Kranken werden durch diese gesellschaftliche Reaktion als behindert eingestuft, was im Sinne der BRK tragendes Merkmal der Definition behinderter Menschen ist. Durch den Behinderungsbegriff der BRK wird damit sichergestellt, dass psychisch behinderte Menschen nicht als „krank" eingestuft, sondern in den Schutzbereich des Übereinkommens einbezogen werden[85].

Die Klassifikation von Untergebrachten nach § 63 StGB als behinderte Menschen im Sinne der BRK wird im Übrigen weder von der Bundesregierung[86] noch von der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN)[87] in Frage gestellt.

3. Unvereinbarkeit der Zwangsbehandlung nach § 6 MVollzG Rh-Pf mit Art. 12, 14, 17 BRK

a) Art. 17 BRK, Verletzung der Gleichberechtigung der Achtung der körperlichen und geistigen Unversehrtheit

Art. 17 BRK stellt fest, dass jeder behinderte Mensch gleichberechtigt mit anderen das Recht auf Achtung seiner körperlichen und geistigen Unversehrtheit besitzt. Eine zwangsweise Behandlung von Betroffenen, etwa mit Psychopharmaka wie Antidepressiva und Neuroleptika, stellt unzweifelhaft einen Eingriff in dessen körperliche und – aufgrund der damit einhergehenden Bewusstseins- und Verhaltensänderung – auch geistigen Unversehrtheit dar. Art. 17 BRK enthält jedoch im Vergleich zu anderen Artikeln der BRK allein einen Achtungsanspruch. Art. 17 BRK setzt damit voraus, dass alle gesetzlichen Grundlagen dem Achtungsanspruch der körperlichen und geistigen Unversehrtheit von

---

[84] so explizit Marschner in Volckart/Marschner, S. 45; Welke, aaO 60 (65).
[85] Degener, aaO, 104, 106.
[86] vgl. Denkschrift zum Gesetzesentwurf, Drucksache 16/10808, S. 52.
[87] Prof. Dr. Olzen, Die Auswirkungen der UN-Behindertenrechtskonvention auf die Unterbringung und Zwangsbehandlung nach § 1906 BGB und §§ 10ff. PsychKG NRW, 2009; http://media.dgppn.de/mediadb/media/dgppn/pdf/aktuell/gutachten-zur-behindertenrechtskonvention.pdf.

behinderten Menschen gerecht werden. Es handelt sich völkerrechtlich gesehen um eine staatliche Respektierungspflicht (*duty to respect*)[88]. Insoweit stellt die Regelung einen verbindlichen Auslegungsmaßstab für nationale Gesetze dar, wozu bereits ausführlich Stellung genommen wurde[89]. Sie verbietet hingegen Eingriffe in die körperliche und geistige Unversehrtheit behinderter Menschen nicht grundsätzlich, so dass durchaus Eingriffe aufgrund von § 6 MVollzG Rh-Pf denkbar wären, welche die Achtung der körperlichen und seelischen Unversehrtheit gewährleisten. Ob dies in der praktischen Durchführung der Zwangsbehandlung tatsächlich eingehalten wird[90], ist nicht Gegenstand dieser Stellungnahme.

b) Art. 14 BRK: Einschränkung der persönlichen Freiheit

Weitergehende Freiheitsrechte als die körperliche Bewegungsfreiheit werden durch den Freiheitsbegriff des Art. 14 BRK jedenfalls im Kontext einer Auslegung im Lichte anderer maßgeblicher völkerrechtlicher Vereinbarungen, wie Art. 5 EMRK oder Art. 9 IPBPR[91], nicht umfasst. Insbesondere die allgemeine Handlungsfreiheit[92] oder die körperliche Unversehrtheit[93] fallen nicht unter den hier zu Grunde gelegten Freiheitsbegriff aus Art. 14 BRK.

Insoweit unterfällt die Zwangsbehandlung nach § 6 MVollzG Rh-Pf im Gegensatz zur Zwangsunterbringung nach § 63 StGB nicht dem Schutzbereich von Art. 14 der BRK.

c) Art. 12 BRK: Rechts- und Handlungsfähigkeit

Art. 12 Abs. 1 BRK enthält die Bekräftigung der Vertragsstaaten, dass behinderte Menschen überall das Recht haben, als Rechtssubjekt anerkannt zu werden. Diese Verpflichtung resultiert bereits aus Art. 16 IPBPR. Umstritten ist die Übersetzung und Bedeutung des Art. 12 Abs. 2 BRK. Nach der nunmehr amtlichen Übersetzung ins Deutsche verpflichten sich danach die Vertragsstaaten, anzuerkennen, dass behinderte Menschen in allen Lebensbereichen gleichberechtigt mit anderen Rechts- und Handlungsfähigkeit genießen. In der vorangegangenen Arbeitsübersetzung der Fachkonferenz des Deutschen Institutes für Menschenrechte vom 05.07.2007 war noch Rechts- und Geschäftsfähigkeit übersetzt

---

[88] Schmahl, aaO, 517 (528).
[89] S.o. unter B).
[90] Narr/Sachenbrecker, Unterbringung und Zwangsbehandlung, FamRZ 2006, 1082, 1083
[91] vgl. EGMR EuGRZ 1976, 224; 1983, 663; EKMR, EuGRZ 1979, 421; Gollwitzer, Menschenrechte und Strafverfahren, S. 209.
[92] Herzog, AöR 86, 201.
[93] Gollwitzer, S. 209 m.w.N.

worden. In der englischsprachigen Fassung von Art. 12 Abs. 2 BRK ist der Begriff als *legal capacity* beschrieben, da das angelsächsische Recht eine Differenzierung zwischen Rechts- und Geschäftsfähigkeit nicht kennt, sondern den Begriff der *legal capacity* mit der Befähigung gleichsetzt, als Rechtsperson zu handeln[94]. Die (authentische) französische Fassung spricht von *capacité juridique*, die (authentische) spanische Fassung von *capacidad jurídica*.

aa) Eingriff in die Rechts- und Geschäftsfähigkeit bzw. Handlungsfähigkeit

Es bedarf zunächst der Auslegung der BRK, um zu klären, ob eine zwangsweise Behandlung nach § 6 MVollzG Rh-Pf überhaupt eine Einschränkung der *legal capacity* im Sinne von Art. 12 Abs. 2 BRK bedeutet. Dabei ist zunächst der Sinn des Begriffs im Gesamtzusammenhang der authentischen Vertragstexte zu ermitteln. Art. 12 Abs. 1 BRK spricht zunächst von *„right to recognition everywhere as person before the law"*, also dem Recht überall als rechtsfähig anerkannt zu werden. Die Regelung knüpft an den identischen Wortlaut von Art. 16 IPBPR an und meint die Pflicht der Signatarstaaten, jeden Menschen als Rechtssubjekt anzuerkennen. Niemand darf außerhalb des Gesetzes gestellt werden oder als bloßes Objekt behandelt werden. Insoweit dürfte der Begriff vergleichbar sein mit der Rechtsfähigkeit im Sinne von § 1 BGB. Die Annerkennung als Rechtssubjekt beinhaltet jedoch nicht die Gewährleistung, Handlungen im eigenen Willen vornehmen zu dürfen. Daher fällt unter den Schutzbereich von Art. 16 IPBPR auch nicht die Beschränkung der Entscheidungsfreiheit von behinderten Menschen, insbesondere von sog. psychisch Kranken[95]. Art. 12 Abs. 2 BRK ist demnach im Zusammenspiel mit Art. 12 Abs. 1 BRK als weitergehender zu betrachten. Denn über die Rechtsfähigkeit hinaus stellt Art. 12 Abs. 2 BRK sicher, dass behinderte Menschen *legal capacity* besitzen. Eine Beschränkung des Begriffs auf die bloße Annerkennung von behinderten Menschen als Rechtssubjekt kann daher nicht gemeint sein. Dem angloamerikanischen Recht entlehnt umfasst der Begriff der *legal capacity* sowohl die Annerkennung als Rechtssubjekt als auch die Fähigkeit Rechtsgeschäfte im eigenen Namen vorzunehmen[96]. Im Gegensatz dazu steht der Begriff der *legal disability*. Auch der französische Begriff der *capacité juridique* sowie der spanische Begriff der *capacidad jurídica* umfassen neben der Anerkennung als Rechtssubjekt die Befähigung, im eigenen Namen Rechtsgeschäfte vorzunehmen. Da alle authentischen Vertragssprachen grundsätzlich die gleiche Bedeutung der Begriffe ausdrücken sollen[97], ergibt eine harmonisierende Betrachtung der Vertragstexte sowie die Auslegung im Gesamtzusammenhang der Konvention, dass zumindest die Geschäftsfähigkeit von

---

[94] Vgl. Lachwitz, Rechtsdienst der Lebenshilfe, 2007, S. 37ff. (42).
[95] Nowak, Manfred, U.N. Covenant on Civil and Political Rights, CCPR, 2. Auflage, Art. 16 Rn. 2.
[96] Lachwitz, aaO.
[97] vgl. Art. 33 Abs. 1 WVK.

behinderten Menschen von Art. 12 Abs. 2 BRK umfasst ist. Ob darüber hinaus, wie in der amtlichen deutschsprachigen Übersetzung, auch die Handlungsfähigkeit erfasst wird[98], kann vorliegend offen gelassen werden, da durch Zwangsbehandlung bereits in die Geschäftsfähigkeit eingegriffen wird, welche von der Handlungsfähigkeit umfasst ist.

Die zwangsweise Behandlung nach § 6 MVollzG Rh-Pf greift in die Rechts- und Geschäftsfähigkeit des Betroffenen ein. Art. 12 BRK bringt demgegenüber zum Ausdruck, dass jeder behinderte Mensch vor dem Recht die gleiche Anerkennung genießt, wie der nicht behinderte Mensch und damit auch rechtlich handlungsfähig sein muss. Eine Behandlung gegen den ausdrücklichen Willen des Patienten ist damit durch die BRK grundsätzlich untersagt[99].

Eingeschränkt wird die Rechts- und Handlungsfähigkeit Untergebrachter nach § 63 StGB, wie bei dem Beschwerdeführer, durch die Anwendung von § 6 MVollzG Rh-Pf, unabhängig nach welcher Alternative. Das MVollzG Rh-Pf ist in seinem Anwendungsbereich allein auf Untergebrachte im Maßregelvollzug, insbesondere nach § 63 StGB beschränkt[100]. Insoweit wird hier eine Sondergesetzgebung, die behinderte Menschen betrifft, dazu genutzt, einen Eingriff in die Rechts- und Geschäftsfähigkeit zu rechtfertigen, der bei nicht behinderten Menschen nicht vorgenommen werden dürfte. Insofern greift § 6 MVollzG Rh-Pf in die durch Art. 12 Abs. 2 BRK beschriebenen Rechte ein. Denn durch die Anwendung der Vorschriften zur Zwangsbehandlung nach dem MVollzG Rh-Pf würden das Land Rheinland-Pfalz und die Bundesrepublik Deutschland als Vertragsstaat entgegen der BRK nicht anerkennen, dass behinderte Menschen bei der Frage der Einwilligung in ihre Behandlung gleichberechtigt mit allen anderen Rechts- und Geschäftsfähigkeit genießen.

bb) Art. 12 Abs. 3, Abs. 4 BRK: Zwangsbehandlung als Maßnahme zur Schaffung des Zugangs?

Mit Art. 12 Abs. 3 BRK verpflichten sich die Vertragsstaaten, geeignete Maßnahmen zu treffen, um Menschen mit Behinderungen den Zugang zu der Unterstützung zu verschaffen, die sie bei der Ausübung ihrer Rechts- und Geschäftsfähigkeit benötigen. Die Frage, die sich stellt, ist, ob die Zwangsbehandlung im Sinne des PsychKG Bln von der Formulierung des Art. 12 Abs. 3 BRK gedeckt ist – d.h. ob die BRK auch eine Zwangsbehandlung als Maßnahme zur Gewährleistung des Zugangs zur Unterstützung begreift.

---

[98] dagegen spricht bspw. die Kommentierung von Nowak, aaO, die zwischen *capacity to be a person before the law*, *legal capacity* und *capacity to act* differenziert.
[99] Lachwitz, aaO.
[100] vgl. § 1 Abs. 1 MVollzG Rh-Pf.

(1) Für ein Verständnis der Zwangsbehandlung als Unterstützungshandlung im Sinne von Art. 12 Abs. 3 BRK spricht ihr Zweck, nämlich die Beendigung oder zumindest Besserung der Erkrankung, die zur zwangsweisen Unterbringung geführt hat. Folgt man der Gesetzesdogmatik, so wäre bei einer Heilung oder Besserung der psychischen Erkrankung aufgrund einer zwangsweisen Behandlung auch die Aufhebung der Zwangsunterbringung nach § 63 StGB erforderlich, was eine schnellere Rückkehr des Betroffenen in die Gesellschaft und damit auch einen besseren Zugang zur Ausübung seiner Rechts- und Geschäftsfähigkeit bewirken würde. Für eine solche Interpretation von Art. 12 Abs. 3 BRK spricht auch die Formulierung von Art. 12 Abs. 4 BRK, welcher den Vertragsstaaten auferlegt, sicherzustellen, dass die Maßnahmen nach Art. 12 Abs. 3 BRK wirksame Sicherungen vorsehen, um Missbräuche zu verhindern. Solche Sicherungen sollen gewährleisten, dass die Maßnahmen, welche die Ausübung der Rechts- und Geschäftsfähigkeit betreffen, den Willen und die Präferenz des Betroffenen respektieren und frei von Interessenkonflikten und ungebührlichen Einflussnahmen sind, verhältnismäßig und auf die Umstände der Person zugeschnitten sowie von möglichst kurzer Dauer sind und einer regelmäßigen Überprüfung durch eine zuständige, unabhängige und unparteiische Instanz unterliegen. Insoweit scheint auch die BRK grundsätzlich davon auszugehen, dass Maßnahmen zumindest auch ohne Willen des Betroffenen vollzogen werden dürfen, sofern diese Zugang zu einer Unterstützung ermöglichen, welche Behinderte bei der Ausübung ihrer Rechts- und Geschäftsfähigkeit benötigen. Die Bundesregierung und die DGPPN stellen sich insoweit auf den Standpunkt, dass Zwangsunterbringung und Zwangsbehandlung jedenfalls dann mit den Bestimmungen der BRK in Einklang zu bringen wären, wenn die gesetzlichen Voraussetzungen dafür zwar auch, aber eben nicht ausschließlich an die Behinderung im Sinne der Konvention anknüpfen[101].

(2) Gegen eine solche Auslegung des Art. 12 Abs. 3 BRK sprechen die authentischen Fassungen der BRK, die Entstehungsgeschichte und der Sinn und Zweck der BRK. Im (authentischen) englischen Original spricht Art. 12 Abs. 3 BRK von *„measures to provide access by persons with disabilities to support they may require in exercising their legal capacity"*. Alle Maßnahmen müssen sich damit auf den Begriff *support*, d.h. auf den Beistand oder die Unterstützung des Betroffenen beziehen. Damit sind Regelungen, die einem Menschen die Handlungsfähigkeit absprechen würden, grundsätzlich nicht mit Art. 12 BRK zu vereinbaren[102]. Denn die Grenze des Wortsinns von *„support"* beginnt dort, wo die Entscheidung des Betroffenen nicht mehr unterstützt, sondern im Sinne von *„substitution"* ersetzt wird. In diesem Kontext wäre folglich auch Art. 12 Abs. 4 BRK zu lesen. Danach wäre

[101] vg. Olzen aaO; Denkschrift der Bundesregierung aaO.
[102] Lachwitz aaO, S. 42.

gegebenenfalls noch eine Behandlung des Betroffenen ohne dessen Willen möglich, jedoch nicht gegen dessen Willen. Denn es würde dem Grundsatz von Art. 12 BRK widersprechen, wenn bei der Frage der Zwangsbehandlung die Geschäftsfähigkeit entgegen dem Begriff der *legal capacity* negiert werden würde. Dies würde zu einer sinnentstellenden Aushöhlung der BRK führen, was auch im Hinblick auf die bereits erörterten Grundsätze aus der Präambel, insbesondere dem Diversity-Ansatz, nicht Sinn und Zweck sein kann.

Dass die Vertragsstaaten selbst eine vollständige Einschränkung der Geschäftsfähigkeit, wie sie durch eine Zwangsbehandlung vorgenommen werden würde, nicht akzeptieren wollten, wird auch durch die Entstehungsgeschichte der BRK deutlich, die nach Art. 32 WVK ergänzend herangezogen werden kann. Die Entstehungsgeschichte der BRK bestätigt das Ergebnis der authentischen Auslegung. Der Antrag der Volksrepublik China, Russlands und mehrerer arabischer Staaten, in den Konventionstext des Art. 12 BRK eine begrenzende Fußnote aufzunehmen, wurde durch die UN-Generalversammlung abgelehnt[103]. Aus dieser Fußnote sollte sich ergeben, dass der Begriff „legal capacity" in den jeweiligen Amtssprachen nur die Fähigkeit beinhalte, Träger von Rechten und Pflichten zu sein, nicht aber die Fähigkeit umfasse, diese Rechte auszuüben[104]. Die Generalversammlung der Vereinten Nationen hat bei der Endabstimmung auf eine solche Regelung ausdrücklich verzichtet[105]. Denn Art. 12 BRK ziele auf die gleiche Anerkennung aller behinderten Menschen vor Recht und Gesetz. Diese Verpflichtung werde von den Vertragsstaaten ausgehöhlt, wenn nur anerkannt werde, dass den Betroffenen Rechte zustehen würden, sie diese aber nicht ausüben können würden[106].

Auch eine Auslegung von Art. 12 BRK im Kontext von Art. 25 BRK verbietet den Vertragsstaaten, im Rahmen einer zwangsweisen Fürsorge gegen den Willen des Behinderten zu entscheiden[107]. Art. 25 BRK beinhaltet die Verpflichtung der Vertragsstaaten eine adäquate, nicht diskriminierende Gesundheitsvorsorge für Behinderte sicher zu stellen. Dazu sollen alle geeigneten Maßnahmen ergriffen werden, die den Zugang zu Gesundheitsversorgung, einschließlich der Rehabilitation gewährleisten. Diese Maßnahmen werden sodann durch entsprechende Regelbeispiele konkretisiert, Art. 25 lit. a)-f) BRK. Neben Verpflichtungen der Vertragsstaaten, welche die Angehörigen der Gesundheitsberufe[108], die Kranken- und sonstigen Versicherungsträger[109] und die

---

[103] vgl. UN-Enable, http://www.un.org/esa/socdev/enable/rights/ .
[104] vgl. UN Intersessional & Backround Documents, http://www.un.org/esa/socdev/enable/rights/ahc8documents.htm.
[105] vgl. UN-Enable, aaO.
[106] UN Intersessional & Backround Documents,aaO.
[107] So auch Baufeld, R&P 2009, 167ff. (172, 173).
[108] vgl. Art 25 lit. d) BRK.
[109] vgl. Art 25 lit. e) BRK.

Gesundheitsversorgung[110] auf Trägerseite betreffen, besteht ansonsten nur die Verpflichtung, Angebote der Gesundheitsfürsorge für Behinderte zu erbringen[111]. Solche Angebote beinhalten jedoch immer auch die Möglichkeit des behinderten Menschen, sie, aus welchen Gründen auch immer, abzulehnen, weshalb eine Zwangsbehandlung zur Gesundheitsfürsorge auch im Rahmen von Art. 25 BRK nicht zulässig sein kann.

In diesem Sinne – und damit explizit entgegen der Ansicht der Bundesregierung – hat sich inzwischen auch das UN-Hochkommissariat für Menschenrechte zu einer Auslegung von Art. 12 BRK benannt, die es gebietet, Maßstäbe insbesondere bei strafrechtlichen Sanktionsfolgen anzulegen, die vom Vorliegen einer Behinderung im Sinne der BRK unanhängig sind[112].

cc) Fazit

Festzuhalten bleibt, dass nach der hier vertretenen Auslegung des Begriffs *„legal capacity"* aus Art. 12 Abs. 2 BRK eine medizinische Behandlung gegen den bekundeten Willen von behinderten Menschen mit der Verpflichtung der Vertragsstaaten, die Rechts- und Geschäftsfähigkeit bzw. Handlungsfähigkeit in allen Lebensbereichen von behinderten Menschen anzuerkennen, nicht in Einklang zu bringen ist. Auch durch Art. 12 Abs. 3, 4 BRK kann eine solche Zwangsbehandlung nicht legitimiert werden. Durch Art. 25 BRK verpflichten sich die Vertragsstaaten lediglich, geeignete Angebote der Gesundheitsfürsorge an behinderte Menschen zu adressieren, ohne sie zu diskriminieren. Auch das rechtfertigt eine medizinische Behandlung gegen den Willen des Betroffenen jedoch nicht. Hingegen dürfte Art. 12 Abs. 3 i.V.m. Art. 25 BRK die Vertragsstaaten verpflichten, behinderten Menschen, also auch jenen, die von der Rechtsprechung als psychisch krank eingestuft werden, im Falle jeder Freiheitsentziehung eine entsprechende medizinisch-psychiatrische Versorgung anzubieten, ggf. den Betroffenen durch Aufklärung zu freiwilligen Teilnahme an der Behandlung zu bewegen[113].

Die Zwangsbehandlung des Beschwerdeführers nach § 6 Abs. 1 Satz 2 Hs. 1 MVollzG Rh-Pf verstößt gegen die in Art. 12 BRK Abs. 2 BRK normierte Rechts- und Handlungsfähigkeit von Menschen mit Behinderung.

---

[110] vgl. Art 25 lit. f) BRK.
[111] vgl. Art 25 lit. a), b), c) BRK.
[112] Annual report of the United Nations High Commissioner for human rights and report of the office of the High Commissioner and the Secretary-General, 26.01.2009; Rn. 47; http:/www2.ohchr.org/English/bodies/hrcounsil/docs/10session/A.HRC.10.48.pdf; so im Ergebnis auch Baufeld, R&P 2009, 167ff. (172).
[113] Baufeld aaO.

II. Unmittelbare Geltung der BRK für die Frage der Zulässigkeit der Zwangsbehandlung des Beschwerdeführers

Es stellt sich die Frage, ob der festgestellte Verstoß gegen Art. 12 Abs. 2 BRK eine Verletzung subjektiver Rechte des Beschwerdeführers und darüber hinaus grundsätzlich eine Verletzung der Rechte von Menschen, die aufgrund einer diagnostizierten psychischen Erkrankung zwangsbehandelt werden in der Bundesrepublik Deutschland unmittelbar bewirkt.

Die BRK ist gem. Art. 26 Wiener Übereinkommen über das Recht der Verträge vom 23.05.1969[114], welcher seinerseits eine allgemeine Regel des Völkerrechts abbildet, mit der Ratifikation für die Bundesrepublik Deutschland im Verhältnis zu den anderen Signatarstaaten verbindlich. Die Bundesrepublik Deutschland ist völkerrechtlich verpflichtet, die sich aus der BRK ergebenden Verpflichtungen zu erfüllen. Das bedeutet gem. Art. 4 Abs. 1 S. 2 lit. a), b) und d) BRK konkret, dass sie alle geeigneten Maßnahmen zur Umsetzung der in der BRK anerkannten Rechte zur treffen und Diskriminierungen zu beseitigen hat.

Damit ist noch nichts über die Art und Weise der Umsetzung in der Bundesrepublik Deutschland gesagt. Diese wird nicht völkerrechtlich vorgegeben, sondern ergibt sich aus der bundesrepublikanischen Rechtsordnung. Mit dem Zustimmungsgesetz gem. Art. 59 Abs. 2 S. 1 GG ist nur die parlamentarische Kontrolle des Regierungshandelns im völkerrechtlichen Verkehr gewährleistet[115], nicht etwa die für Grundrechtseingriffe oder die Änderung bestehender Gesetze erforderliche Umsetzung in Gesetzesform bereits erfolgt.

Da eine Umsetzung der BRK nach der vorstehend entwickelten Auffassung die Aufhebung oder Änderung des MVollzG Rh-Pf sowie anderer Maßregelvollzugsgesetze und Psychisch-Kranken-Gesetze der Länder erfordert, ist innerstaatlich eine Änderung der Gesetzeslage vorzunehmen. Damit sind zugleich die rechtlichen Mechanismen der Umsetzung der völkerrechtlichen Verpflichtung zur Beachtung der BRK in nationales Recht vorgezeichnet: Wo die Bundesrepublik Deutschland im Außenverhältnis zur Umsetzung verpflichtet ist, sind die Gesetzgeber im Innenverhältnis aufgerufen, entgegenstehendes nationales Recht - mithin die Psychisch-Kranken-Gesetze - an die BRK anzupassen[116]. Die Anpassung der für den Maßregelvollzug geltenden Gesetze ist demnach grundsätzlich Sache der Bundesländer.

---

[114] BGBl. 1985 II, 927.
[115] BVerfG, NJW 1994, 2207 (2211) m.w.N = BVerfGE 90, 269 ff.
[116] vgl. auch Art. 4 Abs. 1 S. 2 lit. a), b) und d) BRK.

Soweit und solange die zur Anpassung der Maßregelvollzugsgesetze an die Vorgaben der BRK berufenen Gesetzgeber dieser Verpflichtung nicht nachkommen, ist die BRK gleichwohl im völkerrechtlichen Außenverhältnis verbindlich (Art. 27 Abs. 1 WVK) wie Bestandteil des nationalen Rechts. Die Betroffenen können sich bei Ermangelung einer ausdrücklichen Anpassung der Gesetzeslage allerdings nur unmittelbar auf die BRK berufen, soweit diese ihren Sinn und ihrem Text nach unmittelbar anwendbar („self-executing") ist. Die unmittelbare Anwendbarkeit einer völkerrechtlichen Verpflichtung im Sinne von Vollzugsfähigkeit erfordert, dass der Normadressat eindeutig bezeichnet und die Vorschrift inhaltlich derart bestimmt ist, dass sie ohne weiteren Umsetzungsakt angewandt werden kann.[117]

Das Grundgesetz legt die deutsche öffentliche Gewalt programmatisch auf die internationale Zusammenarbeit (Art. 24 GG) fest und bindet sie darüber hinaus an das Völkervertrags- (Art. 20 Abs. 3 GG in Verbindung mit Art. 59 Abs. 2 Satz 1 GG) und Völkergewohnheitsrecht (Art. 20 Abs. 3 GG in Verbindung mit Art. 25 GG). Es ist Ausdruck der Völkerrechtsfreundlichkeit des Grundgesetzes, dass dieses nach Möglichkeit so auszulegen ist, dass ein Konflikt mit völkerrechtlichen Verpflichtungen der Bundesrepublik Deutschland nicht entsteht. Hieraus ergibt sich eine verfassungsunmittelbare Pflicht der deutschen Gerichte, einschlägige Vereinbarungen zur Kenntnis zu nehmen und sich mit ihnen auseinanderzusetzen.

Das Bundesverfassungsgericht hat sich bereits mehrfach mit dem Grundsatz der Völkerrechtsfreundlichkeit des Grundgesetzes befasst[118]. Es hat festgestellt, dass diese verfassungsunmittelbare Berücksichtigungspflicht, die auch bei der Anwendung der Grundrechte zum Tragen kommt[119], nicht für jede Bestimmung des Völkerrechts anzunehmen ist, sondern nur, soweit dies von dem in den Art. 23 bis 26 GG sowie in den Art. 1 Abs. 2, Art. 16 Abs. 2 Satz 2 GG niedergelegten Konzept des Grundgesetzes verlangt wird[120].

Art. 12 BRK, der in der deutschen Rechtsordnung damit im Range eines Bundesgesetzes gilt, enthält Vorgaben, die unmittelbar für den deutschen Maßregelvollzug relevant sind, wenn - wie vorliegend – Menschen mit Behinderung zu einer medizinischen Behandlung gezwungen werden sollen. Die Norm ist hinreichend bestimmt, um von den

---

[117] BVerfG, B.v. 15.02.2006, 2 BvR 1476/03, Abs. Nr. 21 = NJW 2006, 2542 (2543); BVerfG, B.v. 19.09.2006, 2 BvR 2115/01 u.a., Abs.Nr. 53 = NStZ 2007, 159 (160); Dahm/ Delbrück/ Wolfrum, Völkerrecht, 2. Aufl. Berlin 1989, § 9 Rn 192.
[118] vgl. BVerfG, 2 BvR 2115/01 B. vom 19.9.2006; BVerfGE 111, 307 (315 ff.) jeweils m.w.N.
[119] BVerfGE 111, 307 (329).
[120] BVerfGE 112, 1 (25).

Strafverfolgungsbehörden unmittelbar angewendet zu werden; sie bedarf keiner Ausführungsgesetzgebung, sondern ist self-executing[121].

Art. 12 Abs. 1 BRK ist seinem Inhalt nach ebenfalls keine Selbstverständlichkeit in der Völkerrechtsgemeinschaft und war dementsprechend umstritten[122]. Die von den Vertragsstaaten ausgesprochene deklaratorische Bekräftigung der Rechtsfähigkeit von behinderten Menschen im Sinne der BRK gibt gleichwohl zu erkennen, dass ein voraussetzungsloser, wenn auch nicht ohne die Ausgestaltung der Rechtssubjektivität durch die jeweiligen Rechtsordnungen denkbarer Anspruch auf Anerkennung als rechtsfähige Person bestehen soll. Art. 12 Abs. 2 BRK schließt seinem Wortlaut nach nicht an eine gleichsam vorgefundene Rechtsfähigkeit an, sondern verpflichtet die Vertragsstaaten auf die Anerkennung der gleichberechtigten *legal capacity*. Dieser Anerkennungsauftrag ist dem Wortlaut der Vorschrift nach nicht von Maßnahmen der Vertragsstaaten abhängig, sondern als unmittelbar zu beachtende Verpflichtung ausgestaltet. Art. 12 Abs. 1 und 2 BRK erweisen sich damit als *self- executing*[123].

Damit erweist sich das nach der dargelegten Auffassung bestehende Verbot der Zwangsbehandlung nach Art. 12 Abs. 2 BRK als unmittelbar ausführbar.

4. Zwischenergebnis

Die Behandlung von sog. psychisch kranken Untergebrachten, die Menschen mit Behinderung im Sinne der BRK darstellen, gegen ihren erklärten Willen verstößt gegen Art. 12 Abs. 2 BRK, der ohne weitere gesetzliche Umsetzung direkte Anwendung findet. Die Zwangsbehandlung des Beschwerdeführers ist demnach, genau wie die von den Fachgerichten angewandte Rechtsgrundlage dafür nach § 6 Abs. 1 Satz 2 Hs. 1 MVollzG Rh-Pf, auch aus diesem Grund verfassungswidrig.

D) Fazit

Die angedrohte Zwangsbehandlung des Beschwerdeführers verletzt ihn unzweifelhaft in seinen Grundrechten aus Art. 2 Abs. 2 S. 1 GG und Art. 1 Abs. 1 GG. Darüber hinaus ist die Regelung von § 6 Abs. 1 Satz 2 Hs. 1 MVollzG Rh-Pf, wonach medikamentöse

---

[121] vgl. BVerfG, 2 BvR 2115/01 B. vom 19.9.2006 zu Art. 36 WÜK unter Berufung auf den Supreme Court of the United States, Sanchez-Llamas v. Oregon, Dissenting Opinion Justice Breyer of 28 June 2006 - No. 04–10566; Grzeszick, Rechte des Einzelnen im Völkerrecht, AVR 43 (2005), S. 312 (318).
[122] Lachwitz, aaO, S. 42.
[123] dieser Einschätzung wird auch von der DGPPN nicht entgegengetreten, vgl. Olzen aaO; zustimmend insoweit ebenfalls Baufeld, aaO.

Zwangsbehandlung zum Erreichen des Vollzugsziels in der Maßregel eingesetzt werden darf, verfassungswidrig und damit nichtig.

Ferner ist die bisherige Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts, soweit diese eine Zwangsbehandlung so genannter psychisch Kranker (Untergebrachter) für zulässig erachtet hat, im Hinblick auf die unmittelbare Geltung von Art. 12 Abs. 2 BRK, jedenfalls grundsätzlich zu überdenken.

Der Bundesverband Psychiatrie-Erfahrener bedankt sich insoweit für die Möglichkeit zur Stellungnahme als sachkundiger Dritter in der Hoffnung, dass der durch die Behindertenrechtskonvention verfolgte Zweck und der mit dem Diverstiy-Ansatz auch menschenrechtlich neue und begrüßte Gedanke in die deutsche Rechtskultur durch eine richtungsweisende Entscheidung des Bundesverfassungsgericht Einzug findet.

Scharmer
Rechtsanwalt