

**„Hilfe“ um jeden Preis:
Zur grundsätzlichen Vereinbarkeit von
Menschenrechten und sogenannten
Fixierungen als Zwangsmaßnahme in der
Psychiatrie**

| von Ole Arnold Schneider

Inhaltsverzeichnis

1 Einleitung	2
2 Untersuchungsgegenstand, Sprache und Methodik	2
3 Grundlagen	4
3 1 Einordnung und Abgrenzung	4
3 2 Rechts- und Datenlage	5
3 3 Ablauf und Zweck	6
4 Perspektiven & Bewertungen	8
4 1 Psychiatrieerfahrene	8
4 2 Psychiatrievertreter	10
4 3 Menschenrechtsorganisationen	12
5 Psychiatrisches Fesseln als Folter oder grausame, unmenschliche und erniedrigende Behandlung	12
6 Diskussion	18
6 1 „Fesseln“ klingt nicht gut	18
6 2 „Fixieren“ ist Folter	19
6 3 „Eigen- und Fremdgefährdung“	20
6 4 Diskussionsfazit	23
7 Danksagung	26
8 Glossar	26
9 Literatur	26
10 Anhang	30

1 | Einleitung

Die „Befreiung der Geisteskranken von ihren Ketten“ durch den französischen Psychiater Philippe Pinel im Jahr 1793, gilt als Geburtsstunde einer modernen und von der Aufklärung getragenen Psychiatrie, welche als geschichtlicher Wendepunkt die Abkehr von archaischen Zwangsmaßnahmen markiert. Tatsächlich aber hat sich seitdem vor allem das Material aus dem Fesseln in der Psychiatrie bestehen und immer wieder auch ihre Art geändert. Über die Zwangsjacke, die noch heute als plakatives Symbol körperlicher Restriktionen durch die Psychiatrie gilt, sind es mittlerweile Fesseln aus Leder, Plastik¹ oder vorwiegend Textilien mit denen Menschen in Psychiatrien gegenwärtig bewegungsunfähig gemacht werden. Das wirft die Frage auf, ob diese Änderungen es rechtfertigen, eine einst als unmenschlich, barbarisch und grausam verurteilte Prozedur, in eine vermeintlich humane(re) Praxis zu verwandeln.

Damals wie heute war und ist systematische Gewalt eine immanente Konstante der Psychiatrie; und seit jeher ist eine Argumentationslinie, diese Gewalt würde zum Wohl der von ihr Betroffenen angewendet, oder dem Schutz Dritter dienen. Während gesellschaftliche und wissenschaftliche Debatten der vergangenen Jahrzehnte die psychiatrische Gewaltpraxis und das ihr zugrundeliegende Menschenbild und Machtgefälle immer wieder in Frage gestellt haben, dringen diese Diskurse kaum bis an einzelne Zwangsmaßnahmen vor. Was genau wie mit Menschen zwangsweise in der Psychiatrie eigentlich geschieht, ist insbesondere der Allgemeinheit kaum bekannt. Das liegt auch daran, dass Psychiatrien abgeschirmte und intransparente Institutionen sind, zu denen selbst Journalisten kaum einmal Zugang erhalten.

Umso wichtiger ist es, sich aus wissenschaftlicher Perspektive diesem Thema zu nähern und insbesondere die politologisch bislang vernachlässigte Frage nach der grundsätzlichen Vereinbarkeit von psychiatrischen Zwangsmaßnahmen und Menschenrechten konkret mit einzelnen psychiatrischen Gewaltformen zu verknüpfen. Ziel dieses Beitrags ist es, die Korrelation beider Ebenen am Beispiel der sogenannten *Fixierung* zu beleuchten. Dabei ist ein Schwerpunkt die Frage nach der Qualifizierung dieser Gewalt; auch wegen der besonderen Anschlussfunktion für menschenrechtliche Diskurse.

Neben methodischen Erläuterungen werden Grundlagen zur Bedeutung, Rechtslage und zum Ablauf, sowie verfügbare Daten zur Anwendungspraxis erläutert. Abschließend werden die vorausgegangenen Aspekte diskutiert und unter menschenrechtlichen Gesichtspunkten bewertet, um die Problematik dadurch gezielt in eine politikwissenschaftliche Dimension zu rücken.

2 | Untersuchungsgegenstand, Sprache und Methodik

Fixierungen kommen in verschiedenen gesellschaftlichen Bereichen zur Anwendung². Die vorliegenden Ausführungen beschränkt sich bei der Betrachtung modellhaft auf den allgemeinpsychiatrischen Sektor. Als begriffliche Grundlage dient repräsentativ das klassische Verständnis nachdem eine *Fixierung* die Fesselung eines Menschen an Händen, Füßen und eventuell Bauch auf einer Unterlage³ gegen dessen Willen beschreibt⁴. Sehr selten auftretende Fälle in denen sich Menschen in der Psychiatrie freiwillig und auf eigenen Wunsch fesseln lassen, sind damit

¹ diese Materialien kommen vor allem in Nordamerika zur Anwendung

² beispielsweise in der somatischen Medizin, in der Pflege, in der sogenannten Jugendfürsorge oder im Strafvollzug und dort insbesondere im BgH

³ in der Psychiatrie ist dies in der Regel ein Bett

⁴ sogenannte 4- bzw. 5-Punkt-Fixierung

ausdrücklich von der Betrachtung ausgenommen, da dies keine Zwangsmaßnahme darstellt. Die Anwendungspraxis wird in Bezug auf Deutschland untersucht. Quellen die eine darüber hinaus gehende Einbeziehung äquivalenter Angaben ermöglichen, zum Beispiel bei der Auswertung zum Erleben und Empfinden von Gefesselten, werden gegebenenfalls an zweckdienlicher Stelle miteinbezogen.

Alle Aspekte von psychiatrischen Zwangsmaßnahmen und der Handlungskontext, in dem diese stattfinden, unterliegen starken Kontroversen, die schwerste Anschuldigungen gegen die Akteure, die diese Praxis durchführen oder ermöglichen, beinhalten. Im Umfeld dieses sensiblen Themas ist die Bemühung, um eine größtmögliche Neutralität in der sprachlichen Formulierung ein wissenschaftsmethodischer Kernanspruch. Aus Respekt vor allen Menschen, die sich als Opfer von Zwangsmaßnahmen begreifen, verzichtet der Autor daher auf die Übernahme von einseitig durch die Psychiatrie etablierten (Fach)begriffen und -wendungen. Entsprechende Termini werden nur im Rahmen der Wiedergabe Psychiatrie-tendenziöser Darstellungen als solche kursiv gekennzeichnet. Gleiches gilt für Begriffe, die aus Fremdsprachen aufgegriffen werden, sowie für Eigennamen.

Im Hinblick auf den vorausgehend formulierten Sprachethos wird der Leitbegriff der *Fixierung* grundsätzlich als Euphemismus zurückgewiesen. Wie aus den analytischen Ausführungen hervorgehen wird, ist eine zwangsweise Fesselung für die Betroffenen sehr häufig mit intensiven Qualen verbunden. Vor diesem Hintergrund erscheint der Begriff *Fixierung* unangemessen. Das sprachliche Wesen dieses Begriffs wird zudem in den inhaltlichen Abhandlungen thematisiert. Entsprechend wird hier auf die Verwendung verzichtet und stattdessen die Bezeichnung „(psychiatrische) Fesselung“ gewählt, womit das zentrale Wesen dieser Maßnahme auch sprachlich wiedergespiegelt und deutlich benannt wird.

Daran anknüpfend wird ebenfalls die pauschale Verwendung des Begriffs *Patienten* zurückgewiesen. Viele Menschen verstehen sich nicht als Patient, wenn sie sich nicht freiwillig in die Hände der Psychiatrie und ihrer Maßnahmen begeben. Stattdessen beschreiben sie sich unter anderem als „Psychiatrie-Erfahrene, -Überlebende“ oder „psychiatrisch Verfolgte“. Um auch diesem Spannungsfeld rhetorisch gerecht zu werden, werden diese Menschen nachfolgend als [von einer psychiatrischen Fesselung] „Betroffene“ bezeichnet.

Grundlage der methodischen Analyse ist die Auswertung themenbezogener Literatur. Überwiegend handelt es sich um wissenschaftliche Fachliteratur aus den Bereichen der Psychiatrie und Sozialwissenschaften. Komplettiert wird diese durch einzelne Texte journalistischer Sekundärliteratur.

Auch eigene Eindrücke, die bei mehreren Besuchen in der Psychiatrie im Rahmen einer Tätigkeit als Vorsorgebevollmächtigter⁵ gewonnen werden konnten, fließen in die Arbeit ein. Versuche, zusätzliche Eindrücke aus der geschlossenen Station einer Psychiatrie zu bekommen, scheiterten leider an den Datenschutzbestimmungen zur Wahrung der Anonymität von Bewohnern und Mitarbeitern.

Da zu den Betroffenenperspektiven nur unzureichend qualitative Literatur vorliegt, aber die Einbringung dieser Sichtweisen zur Klärung der Fragestellung besonders wichtig erscheint, wurden

⁵ eine nach dem Patientenverfügungsgesetz durch den Betroffenen vorsorglich bestimmte Person, die im Falle der Absprache der „Fähigkeit zur eigenen Willensbildung“ durch einen Psychiater, den in einer Patientenverfügung vorausverfügten Willen über die Durchführung medizinischer Maßnahmen (z. B. Untersuchung, Diagnostizierung, (Zwangs)behandlung, lebenserhaltene oder -verlängernde Maßnahmen) durchsetzt

ergänzend und beispielhaft Erfahrungsberichte aus dem Internet als Primärquellen hinzu gezogen⁶. Diese fließen nicht direkt in die Arbeit mit ein, sondern werden lediglich ergänzend im Anhang ausgestellt. Ebenfalls im Anhang finden sich Auszüge aus völkerrechtlichen Verträgen und nationaler Gesetzgebung⁷, auf die in der Arbeit Bezug genommen wird, sowie eigens erstellte Originalien.

Fachspezifische Abkürzungen werden im Glossar erläutert. Inhaltliche Anmerkungen oder Erläuterungen werden in Fußnoten dargestellt und Zitate direkt im Fließtext mit Quellenangaben nach sogenannter „Amerikanischer Zitierweise“ belegt. Zum Vorteil einer besseren Lesbarkeit wird auf die geschlechtsdifferenzierte Unterscheidung der Sprache zugunsten der männlichen Form verzichtet. Die weibliche Form ist in der inhaltlichen Abdeckung selbstverständlich immer miteingeschlossen.

3 | Grundlagen

3 | 1 | Einordnung und Abgrenzung

Zwangmaßnahmen gehören in der Psychiatrie zum festen Bestandteil. Sie richten sie gegen Menschen, die von Psychiatern, Richtern und Teilen der Gesellschaft als *psychisch krank* oder *gestört* angesehen oder wie Psychiatriekritiker es teilweise auffassen, verleumdet werden. Üblicherweise werden Fesselungen insbesondere im Zusammenhang mit den psychiatrischen Krankheitsbildern der *Schizophrenie*, *affektiven Störung*, *Persönlichkeits-* oder *Essstörung* veranlasst.

Zwangmaßnahmen beginnen bereits mit der Untersuchung, Diagnostizierung oder Einweisung eines Menschen gegen seinen ausdrücklichen Wunsch. Innerhalb der stationären Psychiatrie sind das (isolierte) Einsperren, das Fesseln, die erzwungene Teilnahme an *therapeutischen Maßnahmen*, sowie alle Arten der körperlichen Gewalt, typische Formen von Zwangmaßnahmen⁸. Dabei ist zu beachten, dass diese nur dann als solche gelten können, wenn sie gegen den erklärten Willen des Betroffenen stattfinden. Denn eine, je nach Art der Maßnahme, unterschiedlich große Anzahl der Patienten lässt diese Praktiken auch freiwillig über sich ergehen. Grundsätzlich können aber alle Handlungen, die an und mit einem Menschen in der Psychiatrie gegen dessen erklärten Willen durchgeführt werden als Zwangmaßnahmen angesehen werden (Halmi 2010: 39).

Der Begriff der *Fixierung* wird in der psychiatrischen Terminologie für zwei verschiedene Formen der vollständigen Freiheitsentziehung verwendet. Die alleinstehende Verwendung des Begriffs bezeichnet klassischerweise die Fesselung eines Menschen. Die exakte Fachbezeichnung dafür ist aber *mechanische Fixierung*. Die Fesseln selbst bestehen fast immer aus verschließbaren Textilgurten, die mithilfe von Magnet- oder Steckschlössern gesichert werden. So ist eine Befreiung durch den Gefesselten selbst oder eine außenstehende Person ohne Schlüssel praktisch ausgeschlossen. Alternative mechanische Fesseln sind zumeist abschließbare Kleidungsstücke wie Zwangsjacken, Netzanzüge, Handschuhe oder Helme die teilweise aber auch ergänzend zur Basisfesselung angelegt werden.

Man verwendet den Begriff *Fixierung* auch im Kontext der Betäubung oder Beruhigung eines Menschen mit sedativen Psychopharmaka, dann als *medikamentöse* oder *chemische Fixierung*. In begrifflicher Nähe und ebenfalls direkte körperliche Restriktivmaßnahmen sind das *Festhalten*, oder

⁶ Anhänge XV bis XVII. Die Einbeziehung erfolgt unter dem Vorbehalt, dass nur Schilderungen ausgewählt wurden, die dem Autor als glaubwürdig und konsistent erschienen. Keine der Angaben sind objektiv verifizierbar.

⁷ die Ausstellung erfolgt in der Originalsprache

⁸ eine überblicksorientierte Taxonomie der gängigsten Zwangmaßnahmen befindet sich in Anhang XVIII

auch *Immobilisation* genannt, und das Einsperren in sogenannte *Netz-* oder *Käfigbetten*⁹. Weniger einschränkend und deshalb davon abzugrenzen, sind Formen der räumlichen Beschränkung wie die *Isolierung* oder überhaupt die zwangsweise *Unterbringung* in der Psychiatrie.

3 | 2 | Rechts- und Datenlage

Das Fesseln eines Menschen ohne dessen Zustimmung erfüllt generell die Tatbestände der Nötigung, Körperverletzung und Freiheitsberaubung und ist damit pauschal strafbar. Nach deutschem Recht ist das zwangsweise Fesseln ohne Genehmigung nur durch Notwehr- oder Notstandssituationen zu rechtfertigen. Dies bedeutet, dass ein Mensch eine akute Gefahr für sich selbst oder andere darstellen muss. In dem Fall ist eine Fesselung nur dann erlaubt, wenn sie das „mildeste“ Mittel zur Gefahrenabwehr darstellt.

Noch bis 1993 war es Normalität Psychatrieeinsassen ohne eine gesonderte Erlaubnis zu fesseln. Erst nach einem Urteil des bayrischen Oberlandesgerichts wurde es üblich für sogenannte unterbringungsähnliche Maßnahmen Genehmigungen einzuholen (Fuchs o. J.). Seitdem muss ein Richter über eine Fesselung im Vorfeld entscheiden. Für den Fall einer Fesselung während eines psychiatrischen Notstands muss diese Erlaubnis unverzüglich nachträglich eingeholt werden. Dies gilt allerdings nur für freiheitsentziehende und nicht für freiheitsbeschränkende Maßnahmen. Eine Abgrenzung zwischen diesen beiden Formen ist jedoch nirgends formuliert und so wurde in der Vergangenheit in einzelnen Gerichtsurteilen die alleinige Fesselung am Bauch nur als freiheitsbeschränkende Maßnahme eingestuft. Genauere gesetzliche Bestimmungen sind teilweise in den Psychisch-Kranken-Gesetzen auf Bundesländerebene jeweils geregelt.

Juristisch gesehen müssen für eine Fesselung in jedem Fall Rechtfertigungsgründe vorliegen. Diese sind neben den bereits erwähnten Fällen der (mutmaßlichen¹⁰) Betroffenzustimmung, des Notstands und der Notwehr nur noch durch die Zustimmung von Betreuern oder Erziehungsberechtigten von Minderjährigen gegeben. Betreuer wiederum müssen ihrerseits die Zustimmung bei einem Vormundschaftsgericht einholen, wenn die Fesselung länger als einen Tag andauert oder regelmäßig erfolgt.

Zur Anwendungspraxis der Fesselung selbst gibt es keine weiteren rechtlichen Grundlagen etwa über Art, Material, Umfang oder Dauer. Diese Umsetzung ist den Psychiatrien völlig freigestellt. Auch gibt es keine Vorgaben zur statistischen Erfassung von Fesselungen. Valide und offizielle Daten zur Häufigkeit und Dauer psychiatrischer Fesselungen gibt es daher nicht.

Grundsätzlich ist davon auszugehen, dass Möglichkeiten zur Fesselung an allen psychiatrischen Stationen in Deutschland gegeben sind und genutzt werden. Eine Untersuchung auf 28 Stationen an 12 deutschen Krankenhäusern legt dies nahe, da im Untersuchungszeitraum auf allen Stationen Fesselungen stattfanden (Steinert et al. 2004: 148). Nur einige wenige Studien haben bisher die genaue Anwendung in einigen psychiatrischen Abteilungen untersucht. Das Ergebnis einer Untersuchung im Jahr 2012 war, dass die Fesselung die häufigste Zwangsmaßnahme ist (Steinert et al. 2014: 624).

Die Ergebnisse zeigen, dass es quantitativ sehr große Unterschiede innerhalb Deutschlands, aber auch im Vergleich mit anderen Staaten gibt. Angaben zur Häufigkeit von Fesselungen in Deutschland schwanken zwischen rund drei und zwanzig Prozent der aufgenommenen Personen (Thiele 2005:

⁹ diese Zwangsmaßnahmen kommen in Deutschland nicht zu Anwendung.

¹⁰ zum Beispiel bei bewusstlosen Personen

133). Das hängt auch damit zusammen, dass nicht alle Krankenhäuser andere Restriktionsmaßnahmen, wie etwa Isolierungen, nutzen und dort im Einzelfall immer gefesselt wird (Steinert et al. 2002: 134). So kann nur festgestellt werden, dass die Häufigkeit von Fesselungen stark von der jeweiligen Klinik oder Station abhängt.

Die überaus schlechte Datenlage führte jüngst zu wiederholten Forderungen nach einer bundesweit einheitlichen Datenerfassung, beziehungsweise nach einem nationalen Register für Zwangsmaßnahmen (Hemkendreis & Nienaber 2016: 18).

3 | 3 | Ablauf und Zweck

Die Durchführung der Fesselung ist Personal vorbehalten, welches in speziellen Überwältigungs- und Kampftechniken geschult ist (Richter et al 2001: 52). Wie dies genau zu tun ist, wird in verschiedenen Leitlinien und Praxisempfehlungen beschrieben. Hinsichtlich des Vorlaufs kann zwischen einer geplanten und einer spontanen Fesselung unterscheiden werden. Die geplante Variante kommt beispielsweise zur Anwendung, wenn ein Insasse zu einer Behandlungsform gezwungen werden soll. Nach dem Beschluss einer Zwangsmaßnahme wird zunächst ausreichend Personal informiert und versammelt. Die Empfehlungen zur Anzahl der teilnehmenden Mitarbeiter schwanken und bewegen sich zwischen 4 bis 6 (Richter et al. 2001: 56), 4 bis 8 (Kallert et al. 2007: S237) oder 6 bis 7 (Asani et al. 2007: 140) Personen, wobei Betroffene auch angeben von weit mehr Menschen gefangen und überwältigt worden zu sein (s. Anhang). Im Vorfeld wird ein Bett mit Fesselgurten präpariert und bereitgehalten. Die Planung beinhaltet auch eine strategische Absprache. Diese beginnt mit der Überlegung wie der Betroffene im Raum in eine günstige Position gelockt werden kann, um ihn möglichst überraschend Überfallen zu können und Verteidigungs- sowie Fluchtversuche zu verhindern (Fogel & Steinert 2012: 30). Dabei übernimmt jeweils ein Mitarbeiter eine Extremität, die er überwältigt und fesselt. Ein Koordinator hält währenddessen den Kopf der Zielperson, damit insbesondere Verletzungen durch Bisse verhindert werden. Um den Überraschungseffekt des Angriffs zu gewährleisten, wird außerdem ein Codewort verabredet, welches das Startsignal darstellt (Richter et al. 2001: 57; Asani et al. 2007: 140).

Wenn das Personal der Zielperson gegenübertritt, werden vorher alle anderen Insassen aus dem Raum gebracht (Richter et al. 2001: 55), so dass der Betroffene nur noch alleine dem Personal gegenübersteht. Auch Gegenstände mit Verletzungspotential werden aus dem Raum entfernt (Asani et al. 2007: 140). Zu Beginn wird vor jeder geplanten Fesselung immer versucht den Betroffenen zu überzeugen, sich freiwillig der geplanten Maßnahme zu unterziehen. Dabei wird der Druck gesteigert vom komplett „eilvernehmlichen Anbieten“¹¹ bis hin zu aggressiveren Überredungsversuchen und der abschließenden Einschüchterung durch Androhung von Zwang und der gewaltsamen Durchsetzung. Unmittelbar vor der Maßnahme wird ihm ein letztes Mal die Möglichkeit eingeräumt sich „freiwillig“¹² zu beugen.

Wenn der Betroffene kompromisslos auf seiner Selbstbestimmung beharrt, wird durch den Koordinator das Codewort ausgesprochen, welches gleichzeitig das Startsignal und den *Point of no*

¹¹ Es handelt sich um ein rein symbolisches Angebot um den Patienten ohne verbalen oder körperlichen Druck zur Mitwirkung zu bewegen. Eine tatsächliche Wahlfreiheit, die beinhaltet, ein Angebot auch ablehnen zu können, hat der Betroffene zu keinem Zeitpunkt.

¹² Zu diesem Zeitpunkt ist auf den Betroffenen bereits so viel Druck ausgeübt worden, dass von einer echten Freiwilligkeit keine Rede mehr sein kann. Viele Menschen haben bereits beim Anblick des zahlen- und damit kräftemäßig weit überlegenen und gewaltbereiten Personals so große Angst, dass sie sich schließlich widerwillig aber widerstandslos fesseln lassen.

Return darstellt, denn ab diesem Punkt besteht für den Betroffenen keine Möglichkeit mehr die körperliche Gewalt abzuwenden. Nach dem verabredeten Plan wird die Zielperson gefangen und festgehalten. Die dabei zur Anwendung kommenden Kampftechniken beinhalten sehr schmerzhaftes Gewalt wie etwa das Verdrehen der Handgelenke und gewaltsames Überbeugen des Kopfes unter Druck auf die Nase (s. Wesuls et al. 2005: 57-58, Abb.). Viele Menschen reagieren darauf mit Selbstverteidigung, Schreien und Panik. In der Regel werden sie zunächst zu Boden gerungen, wobei in Deutschland eher die Rückenlage bevorzugt wird. Nachdem man die Zielperson unter Kontrolle gebracht hat, wird diese zum Bett gebracht und dort mit der 5-Punkt-Fixierung als Standard gefesselt. Zuerst wird dabei immer der Bauch gefesselt, anschließend die Füße und zuletzt die Hände, wobei jeder Mitarbeiter das ihm zugewiesene Körperteil selbst fesselt. Verschiedene Leitlinien empfehlen den gesamten Überwältigungs- und Fesselungsprozess mit beruhigendem Zureden durch den Koordinator zu begleiten (Richter et al. 2001: 56).

Wenn die Fesselung vollzogen ist erfolgt eine Durchsuchung und die Entfernung von als gefährlich eingestuften Gegenständen und gegebenenfalls auch eine Entkleidung (DGPPN 2010: 82; Fogel & Steinert 2012: 30). Um das Empfinden und Verhalten des Gefesselten bei anhaltender Angst und Befreiungsversuchen zu verändern, werden auch zusätzliche Körperstellen gefesselt (DGPPN 2010: 74) und oft sedierende Medikamente zwangsinjiziert¹³. Die in der Praxis dazu gebräuchlichen Mittel sind Haldol und Haloperidol. Sollte das Sedativum nicht auch bereits die beabsichtigte *Behandlungsmaßnahme* sein, wird diese schließlich ebenfalls durchgeführt.

Der Ablauf einer spontanen Fesselung geschieht ohne die fallspezifische Vorbereitung und Planung und wird typischerweise bei Wutausbrüchen, Übergriffen oder Fluchtversuchen von Insassen angewendet. Ob eine tatsächliche Gefahr vorliegt, spielt dabei keine Rolle, denn im Zweifel wird „zugunsten“ der Sicherheit gefesselt. Danach reicht es bereits aus, dass Personal sich bedroht fühlt, eine Gefahr vermutet oder Gefährdungsabsicht unterstellt. Über einen Alarmknopf, der entweder in jedem Zimmer vorhanden ist oder den die Angestellten direkt am Körper tragen, werden bei Betätigung automatisch alle verfügbaren Kräfte informiert und eilen zum Ort des Geschehens. Der weitere Ablauf mit Überwältigung und Fesselung gleicht dem bereits beschriebenen Verfahren. Für solche spontanen Fälle wird deshalb immer mindestens ein mit Gurten ausgerüstetes Bett vorrätig gehalten, das dann bei Bedarf zum Einsatzort gebracht wird.

Zum Ablauf der Fesselung gehört auch die Beaufsichtigung des Gefesselten nach der Fesselung. Diese erfolgt entweder über eine direkt anwesende, sogenannte Sitzwache, mithilfe von Videoüberwachung oder durch eine Kontrolle in bestimmten Zeitabständen. Zudem ist eine schriftliche Dokumentation durch das Personal teilweise verpflichtend oder wird angeordnet. In vielen Psychiatrien ist auch eine Nachbesprechung Teil des Ablaufs.

Ziel und Zweck einer geplanten Fesselung ist es fast ausschließlich zu verhindern, dass Menschen die eine *Behandlung* ablehnen, sich gegen diese wehren können oder vor ihr davonlaufen (Fogel & Steinert 2012: 30). Auch ein ungewünscht lebhaftes Verhalten, welches im Psychiatriejargon als *Unruhe-* oder *Erregungszustand* beschreiben wird, kann so unterbunden werden. Dagegen werden spontan stattfindende Fesselungen meist im Kontext von Auseinandersetzungen veranlasst und explizit bei bereits im Geschehen befindlicher verbal oder körperlich ausgetragenen Konflikten. Aus der Praxis berichten Psychiatrieerfahrene aber, dass im Prinzip jeglicher Regelverstoß oder anderes unerwünschtes Verhalten dazu führen kann, dass die betreffende Person gefesselt wird (Johnson 1998: 202). Die Fesselung selbst erfüllt nach modernem Verständnis keinen therapeutischen Selbstzweck (mehr). Vielmehr geht es darum, psychiatrieinterne Abläufe abzusichern, das

¹³ Eine Übersicht der gängigsten Psychopharmaka bei Zwangsmaßnahmen mit Informationen zu Anwendungsbereich und Dosierung findet sich in den Behandlungsleitlinien der DGPPN (2010: 69).

Selbstverständnis von Ordnung auf der jeweiligen Station durchzusetzen und die grundsätzlichen Machtverhältnisse zu wahren.

4 | Perspektiven & Bewertungen

4 | 1 | Psychiatrieerfahrene

Immer wieder betonen Menschen, die sich als Opfer von psychiatrischer Gewalt empfinden, die Deutungshoheit ihrer Einschätzungen bei der Bewertung von Zwangsmaßnahmen. Sie sind die einzigen in der Debatte, die psychiatrische Gewalt unter authentischen Bedingungen und am eigenen Leib erfahren haben und die auch die Folgen davon ertragen müssen (Chamberlin & Lehmann 2007). Aus diesem Grund werden dieser Perspektive hier Umfang und Priorität eingeräumt. Anders ist dies in Bezug auf den Forschungsstand. Obwohl die Einschätzungen der Betroffenen gerade für die ethische und menschenrechtliche Bilanzierung von Psychriatriegewalt essentiell sind, ist es umso verwunderlicher, dass ihnen bisher von wissenschaftlicher Seite kaum Aufmerksamkeit geschenkt wurde. Auch die Psychiatrie räumt diese unzureichende wissenschaftliche Auseinandersetzung (selbst)kritisch ein (Kotio et al. 2012: 21; Meise & Frajo-Apor 2011: 161; Olofsson & Jacobsson 2003: 302; Stewart et al. 2009: 749).

Die Aussagekraft der wenigen, insbesondere qualitativen Studien, die es zu diesem Thema gibt, wird zudem durch eine Vielzahl von methodischen Mängeln gemindert. Beispiele hierfür sind eine undifferenzierte Erfassung der Maßnahmen¹⁴ sowie selektive Auswahlverfahren für die Probanden¹⁵. Auch aufgrund der meist sehr geringen Teilnehmerzahlen ist die Validität der Angaben daher nur unter Vorbehalt zu sehen. Dennoch sollten, gerade bei diesem wichtigen Punkt, so viele Angaben wie möglich wenigstens zur Kenntnis genommen werden und gegebenenfalls auch in die Auseinandersetzung mit einfließen. Erschwerend kommt außerdem hinzu, dass alle bekannten Studien von der Psychiatrie, beziehungsweise ihren Repräsentanten, selbst durchgeführt wurden und damit von Akteuren die diese Gewalt selbst ausüben oder rechtfertigen. Auch lehnen besonders kritische Betroffene bei einer Vorauswahl bereits die Teilnahme an einer solchen Befragung ab; unter anderem mit der Begründung, mit dem System Psychiatrie nichts mehr zu tun haben zu wollen (Olofsson & Jacobsson 2003: 304).

Grundsätzlich können sich psychiatrische Fesselungen auf Betroffene sehr unterschiedlich auswirken. So gibt ein kleiner Teil an, bislang keinerlei negative Folgen zu empfinden und in der Situation der Fesselung sogar positive Gefühle wie Befreiung, Erleichterung, Beruhigung und Sicherheit zu verspüren (Kotio et al. 2012: 19-20; Ray et al. 1996: 14). Einige wenige Menschen berichten auch von dissoziativen Zuständen (Gallop et al 1999: 410). Bei der Analyse ergibt sich aber dennoch ein einheitliches Negativbild, da dem eine übergroße Mehrheit mit belastenden Emotionen, in teilweise extremsten Ausprägungen, gegenübersteht. Viele Menschen, die psychiatrische Fesselungen am eigenen Leib erfahren mussten, geben an, dass dieses Ereignis sie so sehr geschädigt hat, dass sie nicht oder nur schwerlich in der Lage sind, darüber zu sprechen (Frajo-Apor et al. 2011: 296; Olofsson & Jacobsson 2003: 304). Konnten die Emotionen doch in einem Interview evaluiert werden, dann wird einstimmig von Gefühlen wie Ohnmacht, Hilflosigkeit und Einsamkeit berichtet (Gallop et al. 1999: 410; Johnson 1998: 200-201, 203; Kotio et al. 2012: 19) verbunden insbesondere mit dem Eindruck, dass die eigenen Interessen nicht ernst genommen oder beachtet werden (Gallop et al.

¹⁴ In den Studien von Larune et al. (2013) und Ray et al. (1996) werden Fesselungen und Isolierungen zusammengefasst, was eine Auswertung der Sichtweisen speziell auf Fesselungen unmöglich macht.

¹⁵ In keiner bekannten Studien wird beispielsweise überprüft, ob die Betragten zum Befragungszeitpunkt (noch) unter dem Einfluss von Psychopharmaka stehen.

1999: 410; Johnson 1998: 199; Ray et al. 1996: 15). Einschlägig dazu ist das Gefühl des Ausgeliefertseins und der Machtlosigkeit, wenn Betroffene verzweifelt, unter Schreien und Tränen mit dem Personal um ihre körperliche Integrität kämpfen (Gallop et al. 1999: 407, 410; Johnson 1998: 198). Folgen davon sind das Aufkommen von Wut und Hass (Gallop et al. 1999: 411; Johnson 1998: 202; Kotio et al. 2012: 19). Ein weiteres vorherrschendes Gefühl ist Angst, deren Intensität sich hin bis zu Todesangst maximieren kann (Gallop et al. 1999: 409-410; Johnson 1998: 199-201, 203). Durchgängig wird außerdem von Erniedrigung und Entwürdigung bis hin zur Entmenschlichung berichtet (Gallop et al. 1999: 411; Johnson 1998: 200, 203; Thiele 2005: 135). Neben der Fesselung für sich genommen wird dieses Gefühl beispielsweise dadurch geprägt, nicht einmal mehr in der Lage zu sein, einfachste Tätigkeiten auszuführen und Grundbedürfnisse selbst erfüllen zu können (Johnson 1998: 200-201; Kotio et al. 2012: 19, Ray et al. 1996: 15). Einigen Betroffenen wird der Gang zur Toilette verweigert, wodurch sie gezwungen waren in die eigene Kleidung, auf ihr Bett oder den Boden zu defäkieren (Johnson 1998: 201; Kotio et al. 2012: 21; Thiele 2005: 134). Konkret berichten Menschen auch davon verächtlich oder lächerlich gemacht worden zu sein (Ray et al. 1996: 14), was die Erniedrigung verstärkt. Zusätzlich werden auch ein Mangel an Reizen und Beschäftigung als belastend erlebt (Kotio et al. 2012: 20-21). Zu den Spätfolgen gibt es noch weit weniger valide Angaben, da keine Langzeitstudien vorliegen. Zu den chronischen Folgen wurde aber dennoch von Alpträumen und Flashbacks berichtet (Gallop et al. 1999: 411-412).

Hinsichtlich der Bewertung der Fesselung ergeben sich ähnliche Verteilungsverhältnisse wie beim Erleben. Während ein kleiner Teil die Fesselung als hilfreich oder notwendig beurteilt und sich insgesamt verständnisvoll und positiv dazu äußert (Kotio et al. 2012: 20; Ray et al. 1996: 14), steht dem gegenüber abermals eine einschlägige Mehrheit, die Fesselungen klar ablehnend beurteilt oder für unnötig hält (Gallop et al. 1999: 409, 411; Kotio et al. 2012: 21; Ray et al. 1996: 14; Thiele 2005: 133). In den Stichproben von Gallop et al. (1999) und Johnson (1998) äußerten sich sogar 100% der Befragten dahingehend, dass die Fesselung in keiner Weise positiv war. In einer Studie bestritten fast dreiviertel der Befragten, dass sie zum Zeitpunkt der Zwangsmaßnahme eine Gefahr für sich oder andere dargestellt haben (Ray et al. 1996: 14). Außerdem ergeben retrospektive Betroffenenbefragungen immer wieder, dass mit ihnen im Vorfeld überhaupt nicht oder nur unzureichend kommuniziert wurde (Kotio et al. 2012: 19-20; Olofsson & Jacobsson 2003: 305-306; Ray et al. 1996: 16). Eine beachtenswerte Abweichung von der offiziellen psychiatrischen Intention, ist in diesem Zusammenhang auch die Einschätzung, dass Fesselungen aus unangemessenen oder geringfügigen Anlässen, vorschnell und ohne Diskussion oder den Versuch die Situation verbal zu entschärfen initiiert wurden (Kotio et al. 2012: 21; Ray et al. 1996: 14). Besonders negativ werden aber die drastischen Aspekte verurteilt, allen voran die schmerzhaften und brutale physische Gewalt (Kotio et al. 2012: 19; Ray et al. 1996: 15), die teilweise auch körperliche Verletzungen zur Folge hatte (Ray et al. 1996: 15), aber auch verbale Kommunikation während der Fesselung wurde als hart und wenig empathisch empfunden (Kotio et al. 2012: 19; Thiele 2005: 134). Auch im Nachhinein bemängeln viele Menschen, dass sie nach einem solch einschneidenden Erlebnis alleine gelassen wurden und mit keiner Vertrauensperson sprechen konnten (Kotio et al. 2012: 19). Darüber hinaus fehlt es vielen Betroffenen an einer neutralen Instanz, die den Umgang mit ihnen begutachtet (Kotio et al. 2012: 20). Einige Betroffene fühlten sich wie ein Tier behandelt und erniedrigt (Johnson 1998: 201, 203; Thiele 2005: 134).

Zusammenfassend machen viele Betroffene der Zwangspsychiatrie schwerste Vorwürfe um die Missachtung elementarster Menschenrechte und vergleichen psychiatrische Fesselungen beispielsweise mit Missbrauch, extremer Freiheitsberaubung, Bestrafung, Vergewaltigung, Folter, Sklaverei oder den Naziverbrechen (Gallop et al. 1999: 409-411; Johnson 1998: 201; Kotio et al. 2012: 20; Olofsson & Jacobsson 2003: 306; Ray et al. 1996: 15; Thiele 2005: 134). Betroffene die bereits

zuvor in ihrem Leben Opfer von (sexuellem) Missbrauch geworden waren, assoziierten das Szenario der Fesselung in besonders belastender Weise mit dieser Erfahrung (Gallop et al. 1999: 409-410) und 10% der Befragten in einer Studie berichten sogar während der Zwangsmaßnahme selbst sexuell missbraucht worden zu sein (Ray et al. 1996: 15). Manche Menschen beschreiben die Fesselung insgesamt als schlimmste Erfahrung ihres Psychiatrieaufenthaltes (Thiele 2005: 134) oder sogar ihres Lebens (Gallop et al. 1999: 410).

An diese Bewertungen knüpfen die Positionen und Forderungen von Betroffenen- und Menschenrechtsorganisationen an. Teilweise bauen diese auf der antipsychiatrischen Grundsatzkritik, dass die Psychiatrie unwissenschaftliche und beliebige Krankheitsmodelle konstruiert, um sich daran anschließend als Instanz für einen kompetenten Umgang damit zu präsentieren. Vor diesem Hintergrund wird die Psychiatrie als gesellschaftspolitische Ordnungsmacht gesehen deren Rolle es ist, Menschen die in ihrem Wahrnehmen, Fühlen, Denken, Verhalten oder Handeln ein abstraktes Spektrum innerhalb eines gesellschaftlich akzeptierten Pluralismus überschreiten, zu identifizieren, auszugrenzen und in totalitärer Weise zu kontrollieren und nach den eigenen Vorstellungen zu verändern. Als *Sicherungsmaßnahme* dient das Fesseln in diesem Sinne der Beherrschung *gestörter* Menschen. Als Verhinderung von Abwehr- oder Fluchthandlungen gegenüber gegenwilligen Eingriffen am und in den Körper, trägt sie auch dazu bei, den Willen und die Motivation zum Widerstand psychisch zu brechen, um den beabsichtigten Prozess der Persönlichkeitsveränderung zu erleichtern oder zu beschleunigen.

Wichtige deutsche Institutionen und Organisationen, die Interessen Psychiatrie-Erfahrener gegen Zwangsmaßnahmen vertreten, sind der *Bundesverband Psychiatrie-Erfahrener*, die *Bundesarbeitsgemeinschaft Psychiatrie-Erfahrener*, die *Irren-Offensive*, der *Verein zum Schutz vor psychiatrischer Gewalt*, die *Initiative Zwangbefreit* und das *Werner-Fuss-Zentrum*.

4 | 2 | Psychiatrievertreter

Die Befürwortung von Zwangsmaßnahmen und Fesselungen fußt auf zwei wesentlichen Grundannahmen: Zum einen werden die Betroffenen als *psychisch krank* oder *gestört* angesehen und zum anderen bestimmt eine damit verbundene paternalistische Verantwortungsmächtigung das Selbstverständnis der Psychiatrie. Optional kommt noch die Auffassung von der Psychiatrie als sozialpolitische Ordnungsmacht hinzu (Steinert 2013). Aus psychiatrischer Sicht gebietet sich eine *Fixierung*, wenn ein Patient für sich oder andere eine tatsächliche oder drohende Gefährdung darstellt und er angeblich aufgrund seiner psychischen Erkrankung selbst *krankheitsuneinsichtig* ist und anderen Maßnahmen zur Abhilfe dieses Zustandes nicht zustimmt. Gewalt und Fesseln dienen dann im Idealfall nur als vorübergehende Eingriffe bis die psychische Gesundheit des Betroffenen wiederhergestellt ist und dieser keine Gefahr mehr darstellt. Die *Fixierung* wird im Laufe einer *Deeskalationsstrategie* als letztes Mittel dargestellt, welches nur zur Anwendung kommt, wenn mildere Alternativen nicht zur Verfügung stehen oder bereits ausgeschöpft wurden. Das Psychiatriepersonal begreift Zwangsmaßnahmen als gegebenen Bestandteil ihrer alltäglichen Arbeit (Asani et al. 2007: 140). Die Durchführung wird zwar mehrheitlich als unangenehm und belastend erlebt (Thiele 2005: 131), aber trotzdem als notwendiges Übel erachtet, welches sich aus Sicht des Personals nicht immer vermeiden lässt. Unter dem Grundstatus der psychischen Krankheit wird es als legitim angesehen, den Wert von Menschenrechten wie dem Selbstbestimmungsrecht oder dem Recht auf körperliche Unversehrtheit, gegenüber einem abstrakten *Wohlbegriff* oder dem Recht auf Gesundheit unterzuordnen.

Ein Begriff der wiederholt in psychiatrischen Darstellungen fällt, wenn es um Zwang und Fesselungen geht, ist der Begriff des „Dilemmas“ (DGPPN 2014; Steinert et al. 2001; Thiele 2005: 131). Die Abwägung zwischen (konträren) Rechten des Betroffenen oder den Rechten Dritter, wird als ethischer Konflikt empfunden oder dargestellt. Dennoch kommt die Psychiatrie bei der Betrachtung dieses als schwierig und komplex dargelegten inneren Konfliktes stets überraschend einhellig zu der Überzeugung, dass Fesselungen und weitere Gewalt unumgängliche Notwendigkeiten darstellen, die allenfalls untereinander substituiert werden können oder deren Anwendungshäufigkeit man versuchen sollte zu verringern. Diese Haltung wird auch vom Fachverband der deutschen Psychiater, der DGPPN oder der sozialpsychiatrischen Gesellschaft, DGSP, vertreten.

In diesem Konflikt wird auch betont, wie sehr insbesondere Ärzte in diesen Fragen und ihrer Entscheidungsrolle auch unter dem Druck von Öffentlichkeit, Politik und Justiz stehen. Eine große mediale Aufmerksamkeit bei Straftaten wie sexuellem Kindesmissbrauch oder unverständlichen Tötungsdelikten, führt schnell zu gesellschaftlichen Debatten, ob diese Verbrechen bereits im Vorfeld hätten verhindert werden können. Von Psychiatern wird verlangt die kriminelle Energie und das Straftatpotential von Menschen zu erkennen und diese so zu behandeln, dass von ihnen keine Gefahr mehr ausgeht. Ebenso verhält es sich mit Menschen, welche die Absicht haben sich umzubringen. Auch hier stehen Ärzte unter dem potenziellen Druck klagender Angehöriger oder einer religiös geprägten Suizidethik, die es verlangt solche Tendenzen vorher zu ahnden und zu verhindern. Diese gesellschaftlichen Interessen lassen sich, sofern sie gegen die Interessen des Einzelnen stehen, in letzter Konsequenz zwangsläufig nur mit Gewalt in verschiedenen Formen durchsetzen.

Nur ein sehr kleiner Teil der psychiatrischen Einrichtungen verzichtet aus eigenem Anspruch auf jede Form von Zwang und Gewalt und nimmt innerhalb der Disziplin eine deutliche Außenseiterrolle ein. Dennoch gibt es Psychiater, die sich klar zum Ziel der Gewaltfreiheit bekennen (vgl. Krisor & Pfankuch 1998: 223-224; Zinkler & Kousssemou 2014). Für weite Teile der etablierten Psychiatrie scheint der absolute Verzicht auf Zwang und Gewalt dagegen kein realistischer Anspruch (mehr) zu sein (Frajo-Apor et al. 2011: 298; Schanz 2004: 138; Wienberg 1998).

Das ist insbesondere an der Ausrichtung psychiatrischer Publikationen zu Fesselungen abzusehen, die sich nicht mit der Frage nach einer ausnahmslosen Abschaffung befassen, sondern in besonderem Maß auf eine Verringerung der Anwendungshäufigkeit sowie eine gewaltmildernde Gestaltung abzielen. Für Fesselungen werden insbesondere verschiedene Begleitmaßnahmen¹⁶ vorgeschlagen, die aber als höchst problematisch erweisen, da sie den Wesenskern der gewaltsamen Fesselung unberührt lassen und von den Betroffenen sogar teilweise noch als Verschlimmerung des Vorgangs bewertet werden. Dennoch regelmäßig das Bestreben angeben, die Durchführung von Fesselungen menschenwürdig zu gestalten und die Menschenrechte der Betroffenen so weit wie möglich zu achten.

Interessant ist auch die Psychiatrie-ethische Auffassung im einzelnen Staatenvergleich. In Großbritannien beispielsweise, sind Fesselungen in der Psychiatrie gesetzlich verboten und werden als inhuman verachtet (Nienaber 2012: 189). Ersatzweise kommen dafür *Festhaltetechniken* und starke *chemische Fixierungen* zum Einsatz.

¹⁶ Beispielsweise eine vorausgehende Erörterung der Gründe, eine engere Betreuung währenddessen und eine aufarbeitende Nachbesprechung.

4 | 3 | Menschenrechtsorganisationen

Psychiatrisches Fesseln spielt im Themenfeld von Menschenrechtsorganisationen keine Rolle. Die extrem restriktive Methode der Fesselung an fünf oder mehr Körperstellen in Verbindung mit körperlicher Gewalt wird weder auf den Webseiten, noch in anderen Veröffentlichungen von Menschenrechtsorganisationen in bedeutendem Maße thematisiert.

Ansätze eines Problembewusstseins zeigen sich nur im themenverwandten Bereich des sogenannten *shackling*. Dieser Begriff beschreibt eine Form der Fesselung in sogenannten Entwicklungsländern, wo es teilweise verbreitet ist, als *verrückt* oder *besessen* angesehen Personen an einer Körperstelle an einem Ort anzuketten. Dies wird jedoch wahrscheinlich nicht von Vertretern der Psychiatrie durchgeführt oder angeregt. Die Menschenrechtsorganisation Human Rights Watch führt unter dem Hashtag #BreakTheChains eine Internetkampagne gegen diese Ankettungspraxis in Indonesien durch (Human Rights Watch 2016) und thematisiert das Problem auch für Somaliland (Human Rights Watch 2015).

Um mehr über das Verhältnis von Menschenrechtsorganisationen, die in Deutschland aktiv sind, zu psychiatrischen Fesselungen und dem diesbezüglichen Foltervorwurf zu erfahren, wurden im Rahmen dieser Arbeit acht Menschenrechtsorganisationen¹⁷ angeschrieben und ihnen drei konkrete Fragen dazu gestellt, die unter anderem auf die Grundhaltung und das Folterverständnis hin abfragen¹⁸. Lediglich vier Organisationen haben auf das Schreiben des Autors reagiert¹⁹. *Amnesty International* und das *Behandlungszentrum für Folteropfer* teilten mit, dass sie aus Kapazitätsgründen der Anfrage nicht nachkommen könnten. Das *Nürnberger Menschenrechtszentrum* äußerte sich dahingehend, dass dieses Thema zwar wichtig und komplex sei, das Zentrum aber bislang dazu nicht arbeitet und deshalb auch keine Stellungnahme abgeben möchte. Einzig das *Deutsche Institut für Menschenrechte*, bei dem auch die Monitoring-Stelle zur Einhaltung der UN-Behindertenrechtskonvention in Deutschland angesiedelt ist, äußerte sich inhaltlich. Demnach tritt das Institut „für eine absolute Vermeidung von Zwangsmaßnahmen ein und insbesondere gegenüber der Politik dafür, die Voraussetzungen für eine Vermeidbarkeit zu gewährleisten und die Befähigung des Systems zur Vermeidung zügig mit wirksamen Maßnahmen voranzubringen.“ Allerdings blieb die Frage nach der Einschätzung von Zwangsmaßnahmen als Folter unbeantwortet und auf Nachfrage wollte das Institut dazu auch keine weitere Stellungnahme abgeben.

5 | Psychiatrisches Fesseln als Folter oder grausame, unmenschliche und erniedrigende Behandlung

Dass Zwangsmaßnahmen verschiedenste Menschenrechte verletzen ist unstrittig. Fesselungen verletzen insbesondere die Rechte auf Menschenwürde, Freiheit und körperliche Unversehrtheit. Das muss aber nicht bedeuten, dass sich Menschenrechte und Fesseln grundsätzlich ausschließen, denn unter Umständen kann es legitim sein, einzelne Menschenrechte außer Kraft zu setzen, beispielsweise das „Recht auf Freiheit“ von Straftätern, die vorher selbst die Rechte anderer verletzt haben. Um bestimmte Menschenrechte unschuldiger Menschen auszuhebeln bedarf es nach

¹⁷ Amnesty International (deutsche Sektion), Human Rights Watch (deutsche Sektion), Internationale Gesellschaft für Menschenrechte (deutsche Sektion), Deutsches Institut für Menschenrechte, Nürnberger Menschenrechtszentrum, Behandlungszentrum für Folteropfer, Internationale Liga für Menschenrechte, Deutsche Liga für Menschenrechte

¹⁸ Anschreiben im Anhang X

¹⁹ Antwortschreiben in den Anhängen XI bis XIV

rechtstaatlichen Gesichtspunkten einer sehr starken Rechtfertigung. Nicht bei allen Menschenrechten ist diese Möglichkeit aber gegeben. Der Schutz eines Menschen vor Folter oder grausamer, unmenschlicher und erniedrigender Behandlung gilt nach Artikel 4²⁰ des *Internationalen Paktes über bürgerliche und politische Rechte*²¹ absolut und darf unter keinen Um- oder Notständen und nicht einmal im Kriegsfall missachtet werden. Aus diesem Grund lässt sich eine grundsätzliche Übereinkunft von Menschenrechten und psychiatrischem Fesseln am besten an diesem Punkt überprüfen, da er ein absolutes Ausschlusskriterium darstellt. Auch sind Maßnahmen die als Folter gelten in der Antifolterkonvention der Vereinten Nationen mit einer inhaltlichen Zuschreibung verbindlich und politikwissenschaftlich vergleichsweise hart definiert.

Die Verbindung zwischen Folter und Zwangspsychiatrie ist nicht neu, denn Praktiken die heute unstrittig als Folter angesehen werden, haben dort eine lange Tradition und mehr noch; die Geschichte der psychiatrischen Behandlungsformen besteht zu weiten Teilen fast ausschließlich aus drastischer Gewalt gegen den Körper. Beispielsweise wurden an Betten oder Stühle gefesselte Menschen so lange darauf gedreht, bis ihnen Blut aus Mund, Nase oder Ohren austrat, ihnen wurden Kalium- und Insulinschocks verabreicht, sie wurden in Eisbäder gesperrt oder Sterilisationen und Lobotomien²² unterzogen.

Bezogen auf Fesselungstechniken oder ähnlich ausgerichtete Maßnahmen zur Verhinderung der Bewegungsfreiheit gibt es eine ähnliche Historie. Das Spektrum der Instrumente dafür umfasste vorwiegend eine Vielzahl an diversen Hand- und Fußschellen oder anderen typischen Fesseln aus verschiedenen Materialien wie etwa Blöcke²³ oder Ketten. Auch besondere an einzelne Körperbereiche angepasste Fesseln, wie zum Beispiel Eisengeschirr für den Oberkörper, Knebel²⁴ oder Keuschheitsgürtel²⁵ wurden eingesetzt. Daneben fanden auch Laken in die eine Person eingewickelt wurde oder sackartige Stoff- oder Lederkonstruktionen die der Person übergestülpt wurden Anwendung. Ebenso gab es eine breite Palette an immobilisierende Kleidungsstücken, von denen die Zwangsjacke sicherlich das bekannteste ist. Im Übergang zu Techniken des Einsperrens waren auch möbelartige, körperangepasste Konstruktionen wie Stühle, Schränke und Boxen verbreitet, welche die Bewegungsfreiheit auf ähnliche Weise einschränkten. Eine ausführliche Übersicht über verschiedene historische Gegenstände die zum Fesseln in der Psychiatrie genutzt wurden findet sich bei de Young (2015). Insbesondere deutsche Psychiater wie Maximilian Jacobi, Ernst Horn, Ferdinand Autenrieth oder Johann Christian August Heinroth haben eine Vielzahl spezieller Fesseln aus den genannten Gattungen entwickelt oder verfeinert.

Wie bei heutigen Techniken auch lag aber das Wesen der Fesselung meist darin den Betroffenen in eine bestimmte Körperhaltung zu zwingen und darüber jeglichen eigenen Handlungsspielraum zu unterbinden oder zu minimieren. Zwar gab es auch Fesseln, die neben dieser Funktion gezielt darauf ausgerichtet waren zusätzliche Schmerz- oder Erschöpfungszustände herbeizuführen, dennoch führt auch die bloße Bewegungsunfähigkeit oft zu extremen Qualen und starke Schmerzen, selbst nach kurzer Zeit und über kurze Zeitspannen. Zusammen mit der Isolierung, der Verabreichung von Psychopharmaka oder Elektroschocks ist die Fesselung daher die prominenteste psychiatrische

²⁰ Originalauszug im Anhang II

²¹ Im Folgenden UN-Zivilpakt genannt. Von Deutschland ratifiziert am 17.12.1973 (United Nations 2016a)

²² Hirnchirurgischer Eingriff bei dem mittels Einführung von eispickelähnlichen Werkzeugen durch die Augenhöhle, gezielt Hirnmaterie zerstört wird.

²³ hölzerne Fesseln für Beine, Arme und teilweise auch den Hals die aus zwei aneinander fixierbaren Brettern mit Aussparungen für die entsprechenden Körperteile bestehen

²⁴ Mundfessel die im oder vor dem Mund oder an der Zunge angebracht wird um vor allem Sprechen und Schreien zu verhindern

²⁵ Genitalfessel zu Verhinderung von Masturbation

Gewaltform die noch heute dem Vorwurf der Folter ausgesetzt ist. Dennoch gab es, sowohl von psychiatrischer als auch von menschenrechtlicher Seite, in der Vergangenheit kaum eine Auseinandersetzung mit diesen Anschuldigungen. Vor allem einzelne Wissenschaftler oder die Psychiatrieerfahrenen selbst haben bisher einen Großteil der Debatte darüber geführt.

Auch politisch ist das Thema erst in den letzten Jahren vermehrt in supranationale Institutionen, wie die UN, vorgedrungen. Deutschland hat sich in mehreren Vertragswerken auf diesen Ebenen zum Verbot von Folter sowie unmenschlicher und erniedrigender Behandlung verpflichtet. Auf internationaler Ebene beschreiben die Artikel 5²⁶ der *Allgemeinen Erklärung der Menschenrechte*²⁷ und Artikel 7²⁸ des bereits erwähnten UN-Zivilpaktes diese Verpflichtung sowie der Artikel 15²⁹ des *Übereinkommens über die Rechte von Menschen mit Behinderungen*³⁰. Auf europäischer Ebene ist diese in der *Konvention zum Schutz der Menschenrechte und Grundfreiheiten*³¹ im Artikel 3³² formuliert. In der nationalen Gesetzgebung ist das Folterverbot dagegen nur unzureichend verankert, denn einen eigenen Straftatbestand für Folter gibt es nicht. Lediglich Artikel 104³³ des Grundgesetzes verbietet physische und psychische Misshandlungen.

Folter selbst wird als Begriff im *Übereinkommen gegen Folter und andere grausame, unmenschliche oder erniedrigende Behandlung oder Strafe*³⁴ der UN bestimmt, welches direkt an den fünften Artikel der UN-Menschenrechtscharta anknüpft und damit den wichtigsten politischen Maßstab zur Begriffsklärung darstellt. Demnach ist Folter mit drei Grundsatzkriterien definiert, von denen eines sich in vier wahlweise Kriterien aufspalten lässt, die jeweils Zweck und Zielstellung von Folter formulieren. Demnach ist Folter charakterisiert durch

1. das Zufügen großer psychischer und/oder physischer Schmerzen oder Leiden unter Vorsatz
2. die Veranlassung, Zustimmung oder Duldung durch Beamte oder andere in offizieller Funktion handelnde Personen
3. die Absicht oder das Ziel der
 - (a) Erzwingung von Informationen oder eines Geständnisses von der Person selbst oder Dritten
 - (b) Bestrafung für (mutmaßliche) Handlungen der Person selbst oder Dritten
 - (c) Einschüchterung oder Nötigung der Person selbst oder Dritter
 - (d) Durchsetzung eines jeden weiteren Grundes, der auf Diskriminierung jeglicher Art beruht

Ein grundsätzlicher Abgleich mit Bezug zum Zwang in der Psychiatrie erfolgte bereits durch die Politologin Alice C. Halmi (2004; 2010), die zu dem Schluss kommt, dass psychiatrische Zwangsmaßnahmen diese UN-Kriterien klar erfüllen und daher als Folter einzustufen sind. Dennoch gibt es auch führende Menschenrechtler die sich dieser Einschätzung explizit verweigern (vgl. Talbot & Groth 2005). Konkret für die Praxis des Fesselns soll dieser Abgleich erstmals hier erfolgen.

²⁶ Originalauszug im Anhang I

²⁷ Im Folgenden UN-Menschenrechtscharta genannt.

²⁸ Originalauszug im Anhang II

²⁹ Originalauszug im Anhang IV

³⁰ Im Folgenden UN-Behindertenrechtskonvention genannt. Von Deutschland ratifiziert am 24.02.2009 (United Nations 2016c)

³¹ Im Folgenden Europäische Menschenrechtskonvention genannt. Von Deutschland ratifiziert am 05.12.1952 (Council of Europe 2016)

³² Originalauszug im Anhang V

³³ Originalauszug im Anhang VI

³⁴ Im Folgenden UN-Antifolterkonvention genannt. Von Deutschland ratifiziert am 01.10.1990 (United Nations 2016b)

(1) Zufügen großer psychischer und/oder physischer Schmerzen oder Leiden unter Vorsatz

Dass psychiatrisches Fesseln unter einem permanenten Vorsatz geschieht, ist an am dargestellten Ablauf abzusehen. In zahlreichen Leitlinien finden sich konkrete Handlungsanleitungen wie die Fesselung hinter dem Rücken des Betroffenen vorbereitet und koordiniert werden soll um ihn möglichst wehrlos und unvorbereitet der Maßnahme auszusetzen. Aber auch die ungeplante Fesselung, die aufgrund einer tatsächlichen oder vermeintlichen *Notstandsintervention* initiiert wird, geschieht unter permanentem Vorsatz, was die Teilnahme des Personals an Trainingsmaßnahmen, die ständige Bereithaltung von präparierten Fesseln und Betten verdeutlicht.

Wie bereits angedeutet sind die Ausmaße von insbesondere psychischen Leiden, welche durch das Fesseln verursacht werden, bei weitem nicht abschließend erforscht. Die bisherigen Studienerkenntnisse zum Erleben von Betroffenen lassen aber in jedem Fall den eindeutigen Schluss zu, dass psychiatrisches Fesseln, von einzelnen Ausnahmen abgesehen, großes oder sogar extremes bis hin zu existenziellem Leiden in Form von Todesangst verursacht. Dies wird selbst von psychiatrischer Seite kaum noch bestritten und dagegen eher verschwiegen und tabuisiert. Hinzu kommen teils starke körperliche Schmerzen und Verletzungen, die schon im Zuge der gewaltsamen Überwältigung entstehen. Die Studienlage zeigen außerdem, dass großes Leid auch durch Begleit- und Folgeerscheinungen wie Schikanieren, Bloßstellen, Flashbacks und Alpträume verursacht wird.

(2) Veranlassung, Zustimmung oder Duldung durch Beamte oder anderen in offizieller Funktion handelnde Personen

Fesselungen sind Maßnahmen, die vom jeweiligen Psychiater oder in Akutsituationen vom Pflegepersonal angeordnet und durchgeführt werden. Diese sind Vertreter der öffentlichen Daseinsfürsorge und werden als solche dann vom Staat mit den hoheitlichen Rechten zur Gewaltausübung beliehen. Die grundsätzliche Praxis ist, wie bereits geschildert, juristisch akzeptiert über die Anwendung und Auslegung von Notstands- und Notwehrparagrafen, dem übergesetzlichen Notstand sowie die gängige Genehmigungspraxis der Vormundschaftsgerichte. Zudem kann auch die Polizei als staatliche Ordnungsmacht bei einer Fesselung zur sogenannten Amtshilfe hinzugezogen werden.

(3a) Erzwingung von Informationen oder eines Geständnisses von der Person selbst oder Dritten

Bereits mehrfach wurde in der Vergangenheit von Kritikern der Zwangspsychiatrie die hohe Geltung dieses Punktes für den Folterbegriff in der Psychiatrie erläutert (vgl. Talbot & Narr 2006). Das Ziel eines (Ein)geständnisses der psychischen Krankheit durch den Betroffenen ist für die Ärzte allein strategisch sehr wichtig, da es alle zurückliegenden, aber auch alle zukünftigen Zwangsbehandlungen nach dem ethischen Selbstverständnis der Psychiatrie und auch juristisch legitimiert. Denn nur wer *psychisch krank* ist, darf laut Gesetz auch gegen seinen Willen *behandelt* werden. Sollte sich im Nachhinein einer solchen *Behandlung* also herausstellen, dass die betreffende Person überhaupt nicht *psychisch krank* war, würden die durchgeführten Maßnahmen auch nach juristischem Verständnis die Straftatbestände der Körperverletzung und Freiheitsberaubung erfüllen oder die Verantwortlichen sich dem Vorwurf einer Fehleinschätzung aussetzen. Die Praxis zeigt, dass es diese Verläufe jedoch so gut wie nie gibt. Psychiater und Menschenrechtler interpretieren hingegen das Eingestehen einer Krankheit nicht als ein Geständnis im klassischen Sinne oder setzen sich schlicht nicht mit diesem Punkt auseinander.

Dass Fesseln, insbesondere in Kombination mit anderen psychiatrischen Gewaltmaßnahmen, dazu geeignet ist, als Erzwingungsmaßnahme einen Menschen psychisch massiv zu destabilisieren und

einen extremen Leidensdruck zu erzeugen, belegt ebenfalls die Studienlage. Betroffene schildern das Ausmaß ihrer Verzweiflung in qualitativen Untersuchungen beispielsweise damit, dass sie Ausscheidungen gezielt im Bett verrichteten, nur um wenigstens kurzzeitig losgebunden zu werden (Thiele 2005: 134). Die Fesselung bildet einen unübertrefflichen Höhepunkt im Machtgefälle zwischen Psychatriepersonal und Betroffenen, welcher es ermöglicht, einen überaus starken Einfluss auf dessen Äußerungen auszuüben und ihn gegebenenfalls zur Zusage von *Krankheitseinsicht* oder Behandlungsmaßnahmen zu bewegen.

(3b) Bestrafung für (mutmaßliche) Handlungen der Person selbst oder Dritten

Die psychiatrische Position stellt ausdrücklich klar, dass es sich bei Fesselungen nicht um Disziplinar- oder Strafmaßnahmen handeln darf obgleich dies in der Geschichte der Psychiatrie lange Zeit anders war. Dem steht abermals die Studienlage gegenüber, die mehrfach, klar und eindeutig berichtet, dass Betroffene Fesselungen auch als Strafmaßnahme qualifizieren. Es ist methodisch unmöglich, diese eventuell verdeckte Absicht einer Fesselung im Einzelfall zu evaluieren und dies auch zu belegen. Da Straffesselungen sowohl medizinethisch als auch juristisch nicht legitimiert sind, ist es folgerichtig, dass die Psychiatrie diesen Grund bestreitet.

(3c) Einschüchterung oder Nötigung der Person selbst oder Dritter

Aus demselben Grund bestreitet die psychiatrische Seite auch die Absicht, Menschen einschüchtern zu wollen. Selbst wenn man diese Annahme trotz abermals gegensätzlicher Erfahrungsberichte wohlwollend teil, so lässt sich dennoch nachvollziehen, dass Fesselungen eine einschüchternde Wirkung auf andere Psychatrieeinsassen haben, die Zeuge eines solchen Vorfalles werden. Denselben Effekt verbreitet insbesondere die Anwesenheit des jederzeit gewaltbereiten Personal und es zeigt sich, dass die dadurch entstehende Einschüchterung gezielt genutzt wird um beispielsweise mit der Präsenz eines personellen Großaufgebots eine „freiwillige“ Medikamenteneinnahme zu erreichen, wenn man aus einer Übermachtstellung heraus signalisiert, dass man diese auch mit Gewalt durchzusetzen bereit ist (Ansani et al. 2007: 140). Zur Einschüchterung tragen ebenfalls die mit Fesseln ausgestatteten Betten, die jederzeit einsatzbereit sind und dadurch eine ständige potentielle Bedrohung darstellen. Egal ob dieser Effekt vom Personal beabsichtigt ist oder nicht, tritt er immer als atmosphärische Erscheinung in totalitären Bereichen der Psychiatrie auf und wird durch die Einschätzung vieler Betroffener, dass Fesselungen willkürlich und aus geringfügigen Anlässen erfolgen, noch verstärkt.

Schwerer wiegt aber der Aspekt der tatsächlichen Nötigung, da es sich hier nicht um eine potenzielle, sondern um eine reale Gewaltform handelt. Dieser Begriff scheint dafür beinahe untertrieben, da sich mit ihm der Eindruck verfestigen könnte, dass es sich bei psychiatrischer Nötigung nur um ein eindringliches oder aggressives Über- oder Zureden handelt (was es zweifelsohne auch gibt) und er die massive körperliche und psychische Gewalt, die dabei regelmäßig zur Anwendung kommt, nicht angemessen zum Ausdruck bringt. Die Psychiatrie selbst steht ganz offen dazu, dass Nötigung ein Teil ihrer Tätigkeit ist und deren Ausgestaltung, als sogenannter *informeller Zwang*, ist Teil psychiatrischer Publikationen (vgl. Jäger & Rössler 2009).

(3d) Durchsetzung eines jeden weiteren Grundes der auf Diskriminierung jeglicher Art beruht

Dass Menschen, die als *psychisch krank* oder *gestört* klassifiziert werden, einer umfangreichen juristischen und psychiatrischen Diskriminierung ausgesetzt sind, ist eines der Hauptthemen psychiatriekritischer Literatur und auch der Mad Studies, die dafür den Begriff Sanismus geprägt haben (vgl. Poole & Jivraj 2015). Für *psychisch kranke* und *gestörte* Menschen kommen

diskriminierende Sondergesetze³⁵ zur Anwendung bei denen „das Vorliegen einer psychischen Erkrankung Ausgangspunkt einer Unterbringung und einer Behandlung [...] gegen den Willen des Betroffenen sein kann.“ (Zinkler 2011) Zudem wird ihnen entgegen eigener Äußerungen teilweise oder vollständig die Fähigkeit zur Willens- und Meinungsbildung oder zur Übernahme von (Eigen)verantwortung abgesprochen, was sie unter zentralen, anthropologischen Gesichtspunkten abwertet. Die in der Darstellung der Betroffenenperspektive angeführten Studien stützen zudem, durch den häufig gezogenen Vergleich wie ein Tier behandelt zu werden, die Darstellung, dass entmenschlichende Diskriminierungselemente auch in der Gewaltformen der Psychiatrie selbst enthalten sind.

Auch hier ist es wenig überraschen, dass die Psychiatrie die Diagnostizierung als „psychisch krank“ nicht als Stigmatisierung oder Diskriminierung verstanden sehen will. Ironischerweise hat sie aber durch ihren eigenen Sprach- und Imagewandel in den letzten Jahrzehnten einen eigenen Beleg dazu beigetragen eben jene Diskriminierung zu entlarven. So ist der Terminus *psychisch krank* oder *gestört* lediglich eine bewusst eingeführte Substitution für vormals verwendete Begriffe wie etwa *wahnsinnig, geisteskrank, verrückt, irre, abartig, pervers, unnormal, unnatürlich, abnorm, anormal* oder *entartet* die nach heutigem Verständnis wohl vorbehaltlos als diskriminierende Zuschreibungen zu werten sind. Da unabhängig von der Wortwahl die inhaltliche Zuordnung von Eigenschaften und vermeintlichen oder tatsächlichen Defiziten weitestgehend dieselbe geblieben ist, ist auch der Ausdruck *psychisch krank* oder *gestört*, insbesondere in Hinblick auf seine historische Kontinuität als Diskriminierung zu werten.

Die Durchsetzung weiterer Gründe schließt alle sonstigen Beweggründe ein, weshalb Menschen in Psychiatrien gegen ihren Willen gefesselt werden. Tatsächlich soll hier nicht verschwiegen werden, dass abgesehen von den bisher geäußerten Gründen der Geständniserzwingung, Bestrafung, Nötigung und Einschüchterung es im Selbstverständnis der Psychiatrie sicherlich vor allem positive Absichten sind, welche die Beschäftigten dort zum gewaltsamen Fesseln bewegen. Dennoch sind auch diese nach der UN-Antifolterkonvention keine Rechtfertigung für Folter oder andere grausame, unmenschliche oder erniedrigende Behandlung, da die Konvention eben ausdrücklich jeden denkbaren Grund, der auf einer zugeschriebenen Diskriminierung beruht, ausschließt; unabhängig von seiner normativen Wertung.

Hinzu kommt eine Vielzahl von diversen Gründen wie das ordnungspolitische Selbstverständnis von großen Teilen der Psychiatrie, aber auch verdeckte Gründe, wie das Ausleben von Sadismus, Macht oder Kontrolle. Diese sind zwar einzelfallabhängig von den handelnden Personen und jeweiligen Umständen, dennoch ist diese Form sozialdynamischer Prozesse in totalen Institutionen grundsätzlich und prominent belegt (vgl. Zimbardo et al. 1973).

Als Zwischenfazit kann eine hohe Übereinstimmung zwischen dem Wesen psychiatrischer Fesselungen und den Kriterien, die in der UN-Folterdefinition festgeschrieben sind, ausgemacht werden. Diese Feststellung teilte 2013 auch Juan Méndez, *Sonderberichterstatter über Folter und andere grausame, unmenschliche oder erniedrigende Behandlung oder Strafe*³⁶ der UN. In einem Bericht an die UN verurteilte er erstmals als repräsentative Stelle der UN die Anwendung von Zwangsmaßnahmen im Gesundheitsbereich flächendeckend als Folter (Méndez 2014a) und explizit auch die Praxis des Fesseln³⁷ und fordert die Mitgliedsstaaten dazu auf ein absolutes Verbot zu erlassen. Als Reaktion darauf formierte sich in Deutschland das *Bündnis gegen Folter in der Psychiatrie* mit dem Ziel, die Umsetzung dieser Forderung politisch durchzusetzen. Erst nach seinem

³⁵ Bekennend bezeichnet als Psychisch-Kranken-Gesetze (PsychKG) auf Länderebene

³⁶ Im Folgenden UN-Sonderberichterstatter genannt.

³⁷ Originalauszug im Anhang VII

Bericht begannen Befürworter und Vertreter der Zwangspsychiatrie sich erstmals und vereinzelt konkret sich mit dem Foltervorwurf auseinanderzusetzen (vgl. DGPPN 2014; Müller et al. 2014) und unternahmen primär Versuche ihre Gewaltmaßnahmen dagegen zu verteidigen (Zinkler & Kousseimou 2014: 142). Nach Kritik aus der Psychiatrielobby relativierte Méndez seine Aussagen zwar später wieder im Sinne einer Ausnahmeerlaubnis bei *Fremd-* und *Selbstgefährdung* (Méndez 2014b: 152), wie sie von der Zwangspsychiatrie propagiert wird, allerdings bislang nicht offiziell vor der UN, sodass seine Feststellung von 2013 dort auch weiterhin gültig bleibt.

Letzte Zweifel zur völkerrechtlichen Deutung von psychiatrischen Zwangsmaßnahmen als Folter räumt der *General Comment No. 1 des Ausschusses für die Rechte von Menschen mit Behinderungen* vom 19. Mai 2014 aus. Als mit der durch die Konvention selbst beauftragte Stelle zur Überprüfung auf deren Einhaltung, obliegt ihr damit auch die Deutungshoheit darüber ob die einzelnen Staaten die Vorgaben des Vertragstextes erfüllen. In dem genannten allgemeinen Kommentar ist die deutliche Aufforderung an die Vertragsstaaten enthalten, psychiatrische Gewaltmaßnahmen abzuschaffen und zu verbieten. Dabei nimmt der Ausschuss auch explizit Bezug auf den konventionell garantierten Schutz vor Folter, der durch diese Gewalt verletzt wird.³⁸ 2015 legte selbiger Ausschuss dann seinen ersten Bericht über die Beurteilung der Situation speziell in Deutschland vor. Folgerichtig wird Deutschland in dem Bericht für psychiatrische freiheitsentziehende Zwangsmaßnahmen und die Weigerung diese als Folter anzuerkennen kritisiert³⁹ und zugleich ebenfalls aufgefordert, ein Verbot aller körperlichen Freiheitseinschränkungen, wie Fesselungen, zu erlassen und die Opfer gegebenenfalls auch dafür zu entschädigen⁴⁰.

Abschließend wird zur Frage um den Foltertatbestand zu Bedenken gegeben, dass verschiedene Varianten restriktiver Fesselungen als Foltermethode lange bekannt sind und zum Beispiel im US-amerikanischen Gefangenenlager auf Guantanamo, aber in besonders umfangreichen Ausmaßen in Staaten mit autoritären Herrschaftsmodellen in den Bereichen von Psychiatrien, Gefängnissen oder Geheimdiensten Anwendung finden. Insbesondere in der Kombination mit Isolierung, ein Verfahren das in einigen Psychiatrien ausschließlich zur Anwendung kommt (Steinert et al. 2002: 134), weisen diese Methoden eindeutige Deckungsgleichheiten auf und verschärfen die Maßnahme noch zusätzlich. Gleiches gilt auch für die kombinierte Anwendung von Zwangssedierungen, da diese ebenfalls als besonders schlimm empfunden werden können (Thiele 2005: 134).

6 | Diskussion

6 | 1 | „Fesseln“ klingt nicht gut

Zunächst soll an dieser Stelle nochmals die schon einleitend angemerkte Wortwahl in der Psychiatrie angesprochen werden. Über die Jahre hat die Disziplin eine Vielzahl von eigenen Synonymen etablieren um interne Vorgänge (neu) zu benennen (vgl. Ološtiak 2016). Viele davon haben sogar Einzug in den allgemeingesellschaftlichen Sprachgebrauch und in andere Felder gefunden. Fast alle dieser professionalisierten und angepassten Begriffe beschreiben widererwartend keine hochkomplexen oder wissenschaftlichen Vorgänge oder Gegenstände, sondern banale Handlungen und Instrumente die in der Psychiatrie alltäglich zu finden sind. Oft kann man diese Begriffe mit einem einzigen geläufigen Wort ersetzen ohne auf umfangreiche Erklärungen oder fachliche Definitionen zurückgreifen zu müssen. Die Intention hinter diesen Substitutionen liegt also nicht in einer wissenschaftlichen Begriffsbildung. Stattdessen handelt es sich um beabsichtigte

³⁸ Originalauszug im Anhang VIII

³⁹ Originalauszug im Anhang IX (Punkt 33)

⁴⁰ Originalauszug im Anhang IX (Punkt 34)

Euphemismen⁴¹, hinter denen Vorgänge im Zusammenhang mit Gewalt in der Psychiatrie stehen. Die Psychiatrie hat diese Begriffe gezielt als Mittel der eigenen Imagepflege geschaffen oder aus einem anderen Sprachgebrauch übernommen, um zentrale Aspekte im Umfeld der eigenen gewaltsamen Tätigkeit entschärft vermitteln zu können. So ist es nicht verwunderlich, dass zahlreiche Begriffe einen Schutz- oder Sicherheitsgedanken hervorheben um das Bild einer fürsorglichen und wohlwollenden Psychiatrie nach innen wie nach außen zu forcieren.

Auch der Begriff der *Fixierung* gehört in diese Kategorie. Diese im technisch-physikalischen Bereich beheimatete Vokabel, drückt allgemein aus, dass etwas „befestigt“ oder auch „festgestellt“ wird. Dass es sich in der Psychiatrie dabei um Menschen handelt, wird einerseits daraus nicht ersichtlich und zeigt zugleich, wie unangemessen diese Wortwahl für den Vorgang den sie bezeichnet tatsächlich ist. Als Teil einer Reihe von vergegenständlichenden und damit dehumanisierenden Abstrahierungen, liegt ihre Funktion darin, die menschliche Dimension des dahinterstehenden Geschehens möglichst nicht (sofort) erkennen zu lassen oder sogar bewusst zu verzerren. Schon diese stehenden Versachlichungen lassen tiefe Einblicke auf das Menschenbild zu, welches die Psychiatrie ihrem Tun zugrunde legt. Zudem fördert diese Ausdrucksweise einen allgemeinen Distanzaufbau und erschwert es bei Außenstehenden Empathie und Solidarität zu wecken und Prozesse einer Sensibilisierung anzustoßen. Auch ist für viele Menschen möglicherweise nicht einmal klar, welche Praxis genau sich hinter dem Begriff *Fixierung* überhaupt verbirgt, womit eine sprachliche Verschlüsselung jede weitere Bewusstseinserschaffung verhindert.

Allein die Verharmlosung zentraler Vorgänge und Werkzeuge, die im Umfeld von Psychiatriegewalt angesiedelt sind, macht deutlich, dass es in der Psychiatrie ein deutliches Gespür dafür zu geben scheint, dass Teile der eigenen Tätigkeit aus möglicherweise berechtigten Gründen besser nicht unverschleiert kommuniziert werden sollten. Eine klare Benennung der Zwangsmaßnahmen, die sich allesamt hinter weichgezeichneten oder neutralisierten Begriffen verstecken, würde wohl verbreitet eher Assoziationen zu Gewalt und Kriminalität wecken, als zu Therapie und Sicherheit. Und tatsächlich würde eine restriktive Fesselung, so wie sie in der Psychiatrie nach dem *State of the Art* praktiziert wird, in jedem anderen gesellschaftlichen Kontext ohne Zögern als schwere Freiheitsberaubung und Gräueltat anerkannt werden. Allein der Umstand, dass es sich bei den Betroffenen um (mutmaßlich) gefährliche und gestörte Menschen handelt, relativiert alle Zweifel an der Unrechtmäßigkeit einer solchen Handlung und bereinigt das psychiatrische Gewissen.

6 | 2 | „Fixieren“ ist Folter

Die Strategie der rhetorischen Abmilderung von schwerer Gewalt ist auch im Zusammenhang mit Folter bekannt. Diese wird beispielsweise als „verschärfte Vernehmung“ oder „erweiterte Verhörtechnik“ umschrieben. Auch darüber hinaus zeigt die Analyse, dass es jenseits dieser formalsprachlichen Vorzeichen auch eine inhaltliche Deckungsgleichheit zwischen psychiatrischem Fesseln und der Folterbestimmung der *Vereinten Nationen* gibt. Diese reicht aus um eine Qualifizierung als Folterhandlung vorzunehmen und erfordert diese aufgrund des großen Ausmaßes an Übereinstimmung geradezu. Dies bezeugen auch die Einschätzungen führender Stellen der *Vereinten Nationen*, denen im Zusammenhang mit der Beurteilung von Gewalt als Folterhandlungen eine besondere Kompetenz und Deutungshoheit zukommt. Sowohl der *Ausschuss für die Rechte von Menschen mit Behinderungen* als auch der *Sonderberichterstatter über Folter, grausame unmenschliche und erniedrigende Behandlung oder Strafe* hat unmissverständlich klargestellt, dass es sich bei psychiatrischen Fesselungen um Folter handelt.

⁴¹ Beispiele hierfür sind *Schutzjacke* für Zwangsjacke, *Weichzelle* für Isolationsraum, *Reizabschirmung* für Isolation, *entweichen* für fliehen/ausbrechen oder *geschützte Station* für geschlossene Station

Darüber hinaus gilt, dass die konventionellen Bezugspunkte, neben Folter auch grausame, unmenschliche oder erniedrigende Behandlung umfassen und diese qualitativ gleichstellen. Da selbst von Zwangsbefürwortern die grausamen Folgen, die Erniedrigung und teilweise auch die Unmenschlichkeit von Fesselungen in der Psychiatrie nicht geleugnet werden können, wird der Geltungsbereich der UN-Antifolterklauseln selbst nach Lesart eines Minimalkonsenses noch erreicht.

Demnach kann festgestellt werden, dass psychiatrisches Fesseln in jeder Hinsicht eine Form der Gewalt darstellt, die mit den Menschenrechten grundsätzlich nicht vereinbar ist. Danach erübrigt sich für die menschenrechtliche Bewertung von psychiatrischen Fesselungen auch die Relevanz der grundsätzlichen Streitfrage zwischen Psychiatrie und Antipsychiatrie, ob es psychische Krankheiten tatsächlich gibt oder nicht beziehungsweise ob so bezeichnete Phänomene tatsächlich eine Krankheit im pathologischen Sinne darstellen. Selbst für diesen Fall, greift das Folterverbot absolut und auch *psychisch kranke* Menschen sind danach vor unmenschlicher und erniedrigender Behandlung geschützt.

6 | 3 | „Eigen- und Fremdgefährdung“

Obwohl die geschilderten Erfahrungen der Betroffenen immer wieder den Schluss zulassen, das Menschen in der Psychiatrie aus einer Vielzahl von Gründen gefesselt werden, die außerhalb des gesetzlich zulässigen Rahmens liegen, sollen angesichts der vorausgehenden Erkenntnisse auch diese „legalen“ Zwecke umso kritischer betrachtet werden.

So soll grundsätzlich nicht in Abrede gestellt werden, dass psychiatrische Fesselungen sicher auch unter scheinbar wohlwollende Absichten erfolgen, insbesondere im Zusammenhang mit der Unterbindung von selbstschädigendem Verhalten. Dieser Umstand soll aber nicht darüber hinwegtäuschen, dass diese Maßnahme trotz einer paternalistischen Motivationslage damit nichts an ihrem grausamen und schrecklichen Wesen einbüßt. Für die Opfer von Gewalt spielen die Beweggründe der Täter nachvollziehbar eine untergeordnete Rolle. Auch der Qualifizierung als Folter wirkt diese „fürsorgliche“ Absicht nicht entgegen, denn Folter kann auch explizit unter gutwilligen Beweggründen entstehen.⁴²

Akteure die den Anspruch erheben das Wohl der Betroffenen im Fokus zu haben, müssen daher auch deren Bewertung zum Maßstab für ihr eigenes Handeln machen; sie müssen sich daran rechtfertigen und daran messen lassen. Folglich muss auch der Beurteilung der Betroffenen stets Priorität gegenüber den eigenen Überlegungen und den Motiven für das eigene Handeln eingeräumt werden.

Die Psychiatrie versucht sich diesem Prinzip durch einen Trick zu entziehen, indem sie die Einschätzung eines Betroffenen hinterfragt und den dahinterstehenden Prozess der Willensbildung in Zweifel zieht. Damit verliert der Willen seine Bedeutung die er für gewöhnlich auf die Selbstbestimmung entfaltet und wird durch die psychiatrische Expertise entwertet, was den Betroffenen damit entmachtet.⁴³ Im psychiatrischen Urteil wird der Betroffenen als inkompetent angesehen um, für den Moment oder grundsätzlich, erkennen zu können was für ihn gut oder notwendig erscheint. So kann ihm vollständig abgesprochen werden, in der Lage zu sein über seine eigenen Belange urteilen und befinden zu können sogar, wenn er dies explizit für sich in Anspruch nimmt und einfordert. Dieses Muster, unter einer vermeintlich wohltuenden Absicht die eigenen Handlungen zu rechtfertigen zu versuchen, durch eine Konstruktion von Gründen welche darauf

⁴² typisch hierfür ist etwa das Modellbeispiel der Rettungsfolter, bei der ein (mutmaßlicher) Straftäter gefoltert wird mit dem Ziel, mehrere Personen, die seinem Handlungseinfluss oder dem seiner Komplizen unterliegen, vor Schaden durch diesen zu retten

⁴³ dieses Konzept wird in der Psychiatrie als *Einwilligungsunfähigkeit* bezeichnet

abzielen die Willensäußerung der Betroffenen für das Geschehen unverbindlich zu machen und im Ergebnis nicht respektieren zu müssen, zeigt erneut welches Menschenbild die Psychiatrie in sich trägt.

Für die ethische Legitimität ist der erkennbare oder geäußerte Wille der Betroffenen dennoch ausschlaggebend. Angesichts der vielfachen belegten tiefen Qualen und Verletzungen, die lang- und kurzfristig für die deutliche Mehrheit der Betroffenen entstehen, und der einhelligen gegenwärtigen und nachträglichen Ablehnung durch diese, kann sich schon lange niemand mehr in seriöser Weise und nicht einmal aufgrund der eigenen Naivität, darauf berufen, durch psychiatrisches Fesseln zu helfen oder Gutes zu tun. Heute weiß man sehr sicher, was schon auf den ersten Blick naheliegt: die allermeisten Menschen profitieren nicht davon, dass man sie gewaltsam niederringt und fesselt. Jede gegenteilige Vorstellung ist grotesk und zeigt zugleich wie weit entfernt die Psychiatrie von den Menschen und der Menschlichkeit ist. Ein solch psychiatrisches Verständnis von „Hilfe“ führt den Kerngedanken dieses Begriffs als Maßnahme zur Unterstützung eines Menschen bei dem Erreichen selbst formulierter Ziele, *ad absurdum*.

Es ist zudem ein fundamentaler Widerspruch im eigenen Tätigkeitsverständnis, einerseits die besonders vulnerable Stellung, von Menschen mit *psychischen Erkrankungen* immer wieder zu betonen und daraus dann eine besondere Hilfebedürftigkeit und eine besondere Verantwortung für den Schutz dieser Menschen abzuleiten, um ihnen andererseits denkbar schwerste und verheerendste Formen von Gewalt anzutun.

Ganz anders verhält es sich mit dem Motiv der sogenannten *Fremdgefährdung*. Unstrittig ist das Recht eines jeden Menschen sich bei einem Angriff verteidigen zu dürfen. Dieses Recht steht selbstverständlich auch Beschäftigten in der Psychiatrie zu und natürlich müssen diese auch eingreifen dürfen, wenn Psychatrieinsassen sich gegenseitig angreifen. Allerdings wird dieses Recht auf Selbstverteidigung oder dem Schutz Dritter durch eine *Fixierung* deutlich überzogen. Eine Verteidigungsmaßnahme stellt sich nur so lange als solche dar, soweit sie defensive Abwehrhandlungen umfasst, die nötig sind, um einen Angriff erfolglos zu machen. Das standardisierte Fesseln von Menschen hin zu einer völligen Bewegungsunfähigkeit gehört nicht dazu und verlässt diese sehr eng gefasste Verhältnismäßigkeit deutlich. Ein solches Unterfangen richtet sich außerdem nicht gegen einen Angriff oder gegen aggressives Verhalten, sondern vielmehr gegen den Angreifer selbst, damit dieser nicht nur unmittelbar, sondern vor allem nachhaltig handlungsunfähig gemacht wird. Damit ist das Überwältigen und Fesseln ebenfalls keine Verteidigungsmaßnahme mehr, sondern stellt seinerseits als psychiatrische Trutzwehr einen eigenen Gegenangriff auf den Betroffenen dar. Die Umdeutung, dieser offensiven Gewalt in eine defensive ist somit falsch und verzerrt das tatsächliche Wesen der Handlung.

Darüber hinaus ist zu klären, inwiefern es sich bei „Angriffen“ gegen das Personal überhaupt um solche handelt, denn natürlich haben auch Menschen die sich in Psychiatrien aufhalten (müssen) das Recht auf Selbstverteidigung oder sich auf den übergesetzlichen Notstand zu berufen. Gerade vor dem Hintergrund, dass zwangsuntergebrachte Betroffene in der Regel unschuldige Menschen sind, die ohne eine Straftat begangen zu haben, eingesperrt werden, ist bei Fesselungen gegen Befreiungs- oder Fluchtversuche von psychiatrischer Notwehr nur sehr bedingt auszugehen. Konkret entfällt diese Auslegung vollständig, wenn die Psychiatrie aktiv mit weiteren Zwangsmaßnahmen wie Elektroschocks, Zwangsmedikation, Zwangsernährung oder anderen körperverletzenden Eingriffen auf die Betroffenen einwirkt oder dies versucht. Ein Mensch in dieser Lage hat jedes erdenkliche Recht sich, notfalls gewaltsam, dagegen zu wehren. Die abermalige Umdeutung eines solchen Handelns als „Angriff“ oder „Fremdgefährdung“ ist eine unzulässige Verkennung der Kausalitätsverhältnisse.

Die Studienlage untermauert zudem die Unterstellung, dass ein Großteil der von Betroffenen ausgehenden Gewalt auf psychiatrische Provokationen zurückzuführen ist (Johnson 1998: 198; Ray et al. 1996: 15) und selbst Vertreter der Psychiatrie bestätigen die Einschätzung, dass nicht etwa *Krankheiten* oder die Betroffenen, sondern die Psychiatrie selbst Ursache und Multiplikator von Gewalt darstellt, beispielsweise durch die Beharrung auf einem biomedizinischen Krankheitsverständnis oder der Umgebung mit verschlossenen Stationstüren (Hemkendreis & Nienaber 2016: 18; Zinkler & Kousse mou 2014: 146).

Sowohl bei Fesselungen gegen *Fremd-* als auch gegen *Selbstgefährdung* wird immer wieder behauptet, dass diese nur unter dem Grundsatz der Verhältnismäßigkeit zur Anwendung kommen. Dieser besagt, dass ein (möglicher) Schaden in Kauf genommen wird, um einen (drohenden) noch größeren Schaden abzuwenden. Um die Verhältnismäßigkeit einer Fesselung zu bestimmen, muss also vorher ihr zu erwartende Schaden gegenüber ihrem zu erwartenden Nutzen abgewogen werden. Da es aber über die insbesondere langfristigen und psychischen Schäden von *Fixierungen* kaum valide Informationen gibt und weder deren Ausmaß, Tiefe noch Qualität bekannt sind, kann eine solche Größenbestimmung und Gegenüberstellung mit einem vermeintlichen Nutzen gar nicht stattfinden. Auch die physischen Gefahren von Verletzungen im Kampf sind unkalkulierbar. Die Anführung des Argumentes der Verhältnismäßigkeit wird umso unredlicher, als dass die bisherigen wissenschaftlichen Ergebnisse zum Betroffenenenerleben eher erahnen lassen, dass das tatsächliche Ausmaß an negativen Folgen weitaus größer als bislang bekannt ist. Hinzu kommen mögliche individuelle Wertungsverschiebungen von Betroffenen, die zum Beispiel aufgrund einer Vorerfahrung von sexuellem Missbrauch, Konsequenzen in ungeahnter Weise nach sich ziehen können. Es muss daher immer davon ausgegangen werden, dass Betroffenen ein solches Ereignis möglicherweise nicht überstehen. Dagegen lässt sich kaum ein so hochwertiger Nutzen aufstellen, der es lohnend erscheinen ließe ihn gegen dieses Risiko ins Verhältnis zu setzen. In jedem Fall werden auch hier die Begriffe des Schadens und des Nutzens nicht durch den Betroffenen festgelegt, sondern der Interpretation Dritter übertragen und dem was diese in der jeweiligen Situation dafür halten. Damit disqualifiziert sich der Verhältnismäßigkeitsgrundsatz zumindest in Hinblick auf seine Anwendung bei *Eigengefährdung* zumal sich auch für die Betroffenen in der Regel keinerlei Nutzen daraus ergibt, was aus den Studien dazu ebenfalls hervorgeht.

Fesselungen sind auch dann (juristisch) gerechtfertigt, wenn sich die anlassgebenden Gründe nachträglich als falsch erweisen (Schanz 2004: 141). Diese Tatsache ermöglicht und deckt jeden sadistischen oder in anderer Weise böswilligen Gebrauch von Fesselungen. Unter der formalen Ausrufung einer Selbst- oder Fremdgefährdung kann damit jedes tatsächliche Motiv beliebig und verdeckt ausgelebt werden. Die Fixierungsdokumentation, die von Psychiatern als ein maßgebliches Instrument zur „Qualitätssicherung“ und damit zur Vorbeugung zweckfremd motivierter Fesselungen dienen soll, ist nicht ansatzweise ein taugliches Mittel. Alle Angaben in dieser Dokumentation werden vom Personal selbst erstellt. Die Darstellung des Betroffenen zum Geschehen wird nicht erfasst oder in irgendeiner Form berücksichtigt. Die notwendige Voraussetzung, die potentiellen Täter müssten sich in der Fixierungsdokumentation selbst belasten und würden ihr Fehlverhalten dort schriftlich festhalten, ist absurd. Zudem ist es extrem schwierig und auf die Praxis bezogen nahezu unmöglich, eine sadistische Absicht evident nachzuweisen. Das Aussagegewicht von psychiatrisierten Menschen wird ohnehin oftmals als gering angesehen und entfaltet, wenn es entgegen der Darstellung eines oder mehrerer Psychiatriebeschäftigter steht, keine Konsequenz. Diese Verhältnisse sind für potentielle Täter einladend. Auch gibt es keine wirkungsvolle, staatliche Kontrolle, da offizielle Überprüfungen nur sehr selten oder mit Vorankündigung stattfinden und lediglich punktuelle Stichproben darstellen ohne die Regelverhältnisse im Längsschnitt zu erfassen.

6 | 4 | Diskussionsfazit

Die Gewalt der Psychiatrie baut sich auf zwei modellhaften Säulen: Die erste besteht aus einem ordnungspolitischen Gesellschaftsauftrag, der allerdings aus dieser Perspektive nichts mit Behandlung, Heilung und Medizin zu tun hat, sondern die Herstellung von Sicherheit und die Verwaltung von (mutmaßlich) „gefährlichen“ Menschen umfasst. Nach diesem Verständnis dient Gewalt vor allem als Gegengewalt zu krankheitsbedingter Gewalt der Insassen. Die zweite Säule entsteht aus einer Zuständigkeit für medikalisierte Devianzformen, aus der die Psychiatrie ihre Identität zieht und einen kompetenten Umgang mit allen Phänomenen die im Zusammenhang damit stehen behauptet. Hier erfolgt Gewalt um die eigene Tätigkeit, die störungsfreie Durchführung verhaltens- und persönlichkeitsverändernder Prozesse abzusichern.

Fessel sind der Psychiatrie ein wirkungsvolles Instrument welches in Wechselwirkung mit anderen Gewaltformen und unterdrückenden, einschüchternden Maßnahmen steht. Die dadurch erzielten Effekte münden, abseits der offiziell beabsichtigten Funktion, in der Regel in einer gravierenden psychischen und physischen Erschütterung der Betroffenen. Diese zentrale Wirkung wird oft von der Psychiatrie tabuisiert und ignoriert, da sich durch ihre Einbeziehung die Verhältnismäßigkeit zwischen zulässiger und unzulässiger Gewalt verschiebt – restriktives Fesseln wird zur Folter und damit ethisch wie politisch unhaltbar. In Verbindung mit der Entziehung der vollständigen Handlungsfähigkeit mittels einer Ganzkörperfesselung, wird außerdem neben den unmittelbar betroffenen Freiheits- und Selbstbestimmungsmöglichkeiten, auch die Wahrnehmungsoption auf alle weiteren denkbaren Menschenrechte verhindert.

Um eine Entwaffnung zu verhindern und die traditionsreichen Werkzeuge zur Beherrschung der psychisch Kranken zu bewahren, versucht die Psychiatrie seit jeher, vor allem gewichtigen Notwendigkeiten und Vorzüge dafür konstruieren. Im Sinne des Prinzips, nachdem der Zweck die Mittel heiligt, sowie bedingt durch den Mangel an positiven Folgen, die dem Fesseln selbst zu entnehmen sind, hat sie ihre Rechtfertigung vor allem auf Folgehandlungen und umstehende Aspekte ausgerichtet. Danach dienen Fesselungen dem Erhalt einer schützenden Atmosphäre, ermöglichen eine hilfreiche Medikamentengabe oder sind einfach der bittere Teil in einem Maßnahmenbündel welches letztlich (zurück) in die eigene *Einwilligungs- und Handlungsfähigkeit* führt. Unglücklicherweise offenbaren die Tatsachen genau ein umgekehrtes Verhältnis: psychiatrisches Fesseln führt unter sehr viel Leid und unter großen Qualen nur für überhaupt sehr wenige Menschen zu irgendeinem Nutzen.

Heute weiß man, dass eben nicht jedes Mittel durch einen Zweck geschützt ist, sondern dass es durchaus Taten gibt, die in sich als so barbarisch angesehen werden können, dass sie sich durch nichts was in Verbindung mit Rechtstaatlichkeit und Gerechtigkeit zu bringen ist, rechtfertigen lassen. Die Gründe und die Umstände von Gewalt geraten insbesondere dann in den Hintergrund, wenn ihre Folgen unumkehrbar sind. Der auf dieser Erkenntnis basierende Gedanke, besonders grausame Gewaltformen unter ethischen Gesichtspunkten zusammenzufassen und aus der Rechtstaatlichkeit zu verbannen und zu ächten ist ein menschenrechtliches Grundprinzip zum Schutz der Menschenwürde.

Ohne an dieser Stelle in allzu grundsätzliche Abhandlungen und Debatten über Selbstbestimmung im Sterben, das Recht auf Krankheit oder den eigenen Körper einsteigen zu wollen sei gesagt, dass auch kurzfristige Interventionen zum „Gesundheits- oder Lebensschutz“ darunterfallen. Egal welcher Meinung man in den Diskussionen dazu anhängt so ist klar, dass diese immer nur eine ganz persönliche Bindung entfaltet und nicht auf dritte ausdehnbar ist. Gewalt als Reaktion auf selbstschädigendes oder suizidales Handeln oder derartige Absichten zeugt deshalb immer von einer

Arroganz der eigenen Haltung über die Meinung anderer. Jeder Mensch hat stets das erste Zugriffsrecht auf seinen eigenen Körper und damit auch das Recht diesem zu schaden ohne, dass er Dritten gegenüber Rechenschaft dafür ablegen, oder sich für den „geistigen Zustand“ in welchem er diese Handlungen vollzieht rechtfertigen müsste. Zudem ist die Vorstellung, man könne einen Menschen kurz- oder mittelfristig mit Gewalt zum Leben zwingen und im wahrsten Wortsinne mithilfe von Fesseln an selbiges binden, eine abermalige Pervertierung des Hilfedankens. Eine Fesselung stellt immer auch eine Form der Aneignung eines fremden Körpers dar, die in einem psychiatrischen Kontext stets unzulässig bleibt.

Angesichts der Grausamkeiten, die mit Fesselungen in der Psychiatrie verbunden sind, ist es allein aus emotionaler Sicht mehr als unverständlich, dass sie überhaupt praktiziert werden. Abseits jeder rationalen Auseinandersetzung mit dem Thema steht zunächst eine zwischenmenschliche Dimension, die bei jedem mitfühlenden Menschen Abscheu oder wenigstens starke Zweifel wecken sollte.

Es ist daher besonders absurd, dass diese Praxis auf schützenden, wohltuenden und letztlich positiven Absichten aufbauen soll. Selbst jenseits des Folterverbots ist diese Argumentation abwegig. Eine Zwangspsychiatrie, die Menschen in ihrem Machtbereich permanent reglementiert, kontrolliert, provoziert, bedrängt und sogar angreift oder quält kann sich selbst schwerlich als Schutzmacht für andere aufspielen. Menschen müssen nicht durch die Psychiatrie, sondern vor allem vor der Psychiatrie geschützt werden. Mit ihrer Machtstellung ist sie in der komfortablen Situation ständig selbst den „Schutzfall“ definieren, ausrufen und „lösen“ zu können. Damit wird Gewalt zum Selbstzweck und Sicherheit zum Vorwand um jede Aggression, die von der Psychiatrie ausgeht formal zu rechtfertigen. Als Anlass und Ursache von Gewalt ist die Psychiatrie Brandstifter und Feuerlöscher in einer Funktion und bewegt sich damit in einer paradoxen Doppelrolle. Auch befriedet Psychiatriegewalt keine Konflikte, denn eine Fesselung stellt keine deeskalierende Maßnahme dar, wie es von psychiatrischer Seite stets dargestellt wird, sondern sie ist stattdessen eine einseitige Eskalation zulasten der Betroffenen. Eine humane Problemlösung kann nie darin bestehen, einen Konflikt mit brutalen Mitteln niederzuschlagen. Psychiatriegewalt (re)produziert Probleme, die es ohne sie gar nicht gäbe und kreierte so eine interne Gewaltspirale. Es ist abzusehen, dass sobald die Fesseln gelöst sind jedes zwischenmenschliche Verhältnis zerstört, der Hass größer als zuvor und die nächste Eskalation vorbestimmt ist.

In diesem Sinne ist mit dem Fesseln auch kein ethisches Dilemma verbunden; vielmehr ist es die schnellste und einfachste Art aus einer unfairen Kräfteverteilung und personellen Übermacht heraus einen einzelnen Menschen ohne Rücksicht auf dessen Bedürfnisse unter Kontrolle zu bringen und die eigenen Interessen und Ordnungsvorstellungen durchzusetzen. Die Psychiatrie präsentiert sich gerne hadernd mit ihrer Rolle als Gewalttäter und als in einem unauflösbaren ethischen Interessenkonflikt gefangen. In Wirklichkeit kann solchen Einlassungen angesichts der Vielzahl an offensichtlichen Widersprüchen, die damit verbunden sind, keine Glaubwürdigkeit abgewonnen werden.

Die Psychiatrie zelebriert ihre Macht mit jeder Fesselung oder anderen Gewalttat und ist privilegiert, die Folgen der eigenen autoritären Politik nicht ertragen zu müssen. In dieser bequemen Rolle kann sie es sich erlauben dem Problem mit viel Gelassenheit zu begegnen oder Minimalveränderungen auf langfristige Reformprozesse auszudehnen. Auch das *Deutsche Institut für Menschenrechte* (2015: 23) bescheinigt, dass „weder die Politik noch die in der psychiatrischen Versorgung beteiligten Berufsgruppen, etwa die Ärzteschaft, Alternativen [entwickeln], um von Zwangsunterbringung und Zwangsbehandlung wegzukommen.“ Ein echtes Interesse an der Lösung des eigenen Gewaltproblems gibt es in der Psychiatrie also nicht.

Schon die Feststellung, welche geringe Rolle den Betroffenen in der psychiatrischen Forschung zukommt, lässt diese Haltung erahnen. Trotz der bisherigen Erkenntnisse über die schrecklichen und unabsehbaren Folgen von Fesselungen wird die Einsicht verweigert, grundsätzlich auf psychiatrische Gewalt zu verzichten. Besonders die Sozialpsychiatrie begegnet der anhaltenden Kritik stattdessen mit Vorschlägen und Ansätzen, die darauf abzielen, die Anwendungshäufigkeit von Fesselungen zu verringern oder deren Durchführung „angenehmer“ zu gestalten und besser zu überwachen. Psychiatrische Gewalt soll vermieden, aber nicht ausgeschlossen werden. Im Gespräch und in der teilweisen Umsetzung dazu sind vor allem bereits angesprochene Begleitmaßnahmen wie Fixierungsdokumentationen, Nachbesprechungen, Besuchskommissionen oder Beschwerdestellen. Diese Ansätze verkennen allerdings ebenso bewusst die Qualität der Gewalt, um die es dabei geht. Die Vorstellung, man könne Folter in irgendeiner Weise „menschenswürdig“ gestalten oder einer „Qualitätskontrolle“ unterziehen, ist den Betroffenen gegenüber in besonderem Maße respektlos und zynisch. Es liegt auf der Hand, dass diese Kategorien sich einander ausschließen und dass Folter durch die Einführung von begleitenden Korrektur- und Kontrollvorgängen nichts an seinem grundsätzlichen Charakter einbüßt. Ebenso ist auch selten und nur in Ausnahmefällen durchgeführte Folter immer noch Folter. Nach dem Prinzip der freiwilligen Selbstverpflichtung auf die Entwicklung von Alternativen und Verbesserungen, lassen sich ausgehend von der Psychiatrie keine substantiellen Veränderungen erwarten.

Gleiches gilt leider auch für Organisationen der Menschenrechtsbewegung, die ausnahmslos keine Bemühungen und kein Engagement für die Menschenrechte von Menschen, die in Psychiatrien gequält werden, zeigen und von denen sich überhaupt nur eine einzige Stelle im Rahmen dieser Arbeit inhaltlich zu dem Thema äußern wollte.

Zusammenfassend lassen Theorie und Praxis sogenannter *Fixierungen* auf ein äußerst eigenwilliges Menschenbild schließen, auf welchem die Psychiatrie ihre totalitäre und gewaltbehaftete Ausrichtung aufbaut. Dieses Menschenbild steht nicht nur fundamental im Widerspruch zu einer pluralistischen Gesellschaft und demokratischen Gesellschaftsform, sondern vor allem zu den humanistischen Werten wie Freiheit, Gleichberechtigung, Gerechtigkeit, Menschlichkeit und Wissenschaftlichkeit.

Mit konstruierten Konzepten wie dem der *Einwilligungsunfähigkeit* oder *Einsichtsunfähigkeit* immunisiert sich die Psychiatrie gegen Kritik von Betroffenen und macht ganz deutlich, dass es für sie Menschen gibt, deren Stimme kein Gewicht hat. Mit dieser als Fürsorge getarnten Menschenverachtung rechtfertigt sie unentschuldbare Gewalt. Ein psychiatrischer Paternalismus, der entscheidet, welche Ängste und Nachteile Menschen in Kauf zu nehmen haben, um damit zu einem vermeintlich höheren und abstrakten Ziel der Gesundheitsförderung oder der gesellschaftlichen Sicherheit beizutragen, ist Ausdruck einer über jedes Ausmaß reichenden disziplinären Arroganz und Anmaßung.

Psychiatrische Fesselungen tragen das Potenzial in sich, Menschen innerhalb weniger Minuten unwiderruflich zu schaden und im schlimmsten Fall dadurch Schicksale zu zeichnen und Leben zu zerstören. Ohne die Einhaltung menschenrechtlicher Mindeststandards werden Psychiatrien zu Foltergefängnissen. Aus dieser Feststellung ergibt sich die imperative Notwendigkeit, den verantwortlichen Dreiklang aus Gesellschaft, Staat und Psychiatrie zu einer neuen Bescheidenheit zu drängen. Es muss ganz deutlich werden, dass es Dritten nicht zusteht, in diesem Umfang und in dieser Tiefe in das Leben und gegen das Interesse von Menschen einzugreifen; ganz gleich, ob diese als gesund oder krank angesehen werden. Dies ist nicht nur die Kernaufgabe einer modernen Antipsychiatrie, sondern auch jeder Bestrebung, die sich der Durchsetzung von Gerechtigkeit und Menschenrechten verschrieben sieht.

7 | Danksagung

Die letzten Worte möchte ich für die Menschen stehen lassen, die mich in der Zeit in der diese Arbeit entstanden ist, unterstützt und begleitet haben. Für die inhaltliche Unterstützung, die Offenheit und die Erfahrungsberichte möchte ich mich bei allen Psychiatrie-Erfahrenen bedanken. Außerdem möchte ich mich von ganzem Herzen bei meinen Freunden bedanken! Sie alle wissen welche Anstrengung es mich gekostet hat, mich diesem Thema zu stellen. Sie haben mir die Kraft gegeben, diese Arbeit zu beenden und mit ihren Meinungen auch einen Anteil an der Arbeit selbst geleistet. Ganz besonders wenn die Bilder und Gedanken mich in den Nacht- und Morgenstunden nicht losgelassen haben, waren sie da für mich. Dafür möchte ich mich so sehr bedanken und diese Worte widmen an: Stefan Baldus, Robert Baumann, Mario Giglio, Andreas Müller, Mathias Kloster und Vinzenz Hofferek. Ein ganz besonderer Dank geht an meine Familie und insbesondere an meine Mutter Susanne Schneider. Abschließend geht ein letzter und ebenfalls ganz besonderer Dank an Dominik Maier. Das vorliegende Thema verbindet und teilt und auf ganz besondere Weise. Ihm möchte ich danken für die vielen Stunden und Worte, für die Teilung seiner Einblicke in die Psychiatrie und ganz besonders für seine kritischen Einwände.

Am Ende habe ich an dieser Arbeit gelernt auch für eine Sache dankbar zu sein, die ich nicht als Selbstverständlichkeit betrachte, nämlich dass ich selbst nie gegen meinen Willen in einer Psychiatrie war oder derartige Gewalt am eigenen Leben erfahren musste. Dafür bin ich tatsächlich mehr als dankbar.

8 | Glossar

BgH – Besonders gesicherter Haftraum

DGPPN – Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde, ab 2013: Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde

EU – Europäische Union

UN – United Nations

9 | Literatur

Asani, F.; Eißmann, I. & Danyluk, K. (2007): Fixierung von Patienten bei Eigen- und Fremdgefährdung. *Psychiatrische Pflege Heute*; 13 (3): 139–142.

Chamberlin, J. & Lehmann, P. (2007): Dresdener Erklärung zur psychiatrischen Zwangsbehandlung. *BPE-Rundbrief*; <http://www.bpe-online.de/verband/rundbrief/2007/2/ddgc.pdf> [Abruf 20.02.2016].

Council of Europe (2016): Treaty Office. Chart of signatures and ratifications of Treaty 005: Convention for the Protection of Human Rights and Fundamental Freedoms [1950]. <http://www.coe.int/en/web/conventions/full-list/-/conventions/treaty/005/signatures> [Abruf 25.03.2016].

de Young, M. (2015): *Encyclopedia of asylum therapeutics, 1750–1950*. McFarland & Company; Jefferson.

Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (Hrsg.) (2010): *S2 Praxisleitlinien in Psychiatrie und Psychotherapie; Band 2 Behandlungsleitlinie: Therapeutische Maßnahmen bei aggressivem Verhalten*. Steinkopff Verlag (Springer Science + Business Media); Heidelberg.

Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (2014): Achtung der Selbstbestimmung und Anwendung von Zwang bei der Behandlung von psychisch erkrankten Menschen. Eine ethische Stellungnahme der DGPPN. <http://www.dgppn.de/presse/pressemitteilungen/detailansicht/article/307/achtung-der.html> [Abruf 22.02.2016].

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. http://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 [Abruf 03.03.2016].

Fogel, D. & Steinert, T. (2012): Aggressive und gewalttätige Patienten – Fixierung. *Lege artis*; 2 (1): 28–33.

Frajo-Apor, B.; Stippler, M. & Meise, U. (2011): „Etwas Erniedrigenderes kann dir eigentlich in der Psychiatrie nicht passieren“. Auswertung von 14 Leitfadeninterviews mit psychiatrischen Patienten über ihre Erfahrungen mit mechanischer Fixierung. *Psychiatrische Praxis*; 38 (6): 293–299.

Fuchs, C. (o. J.): Die Zulässigkeit von Patientenfixierungen. Zu den rechtlichen Grenzen im Umgang mit gefährlichen und gefährdeten Patienten im Krankenhausalltag. http://www.aerztenetz-bad-berleburg.de/images/zulaessigkeit_von_patientenfixierungen.pdf [Abruf 11.01.2016].

Gallop, R.; McCay, E.; Guha, M. & Khan, P. (1999): The experience of hospitalization and restraint of women who have a history of childhood sexual abuse. *Health Care for Women International*; 20 (4): 401–416.

Halmi, A. C. (2004): Zwangspsychiatrie – ein Foltersystem. http://www.iaapa.de/zwang2_dt/halmi.htm. Abruf 10.03.2016.

Halmi, A. C. (2010): Zwangspsychiatrie: ein durch Folter aufrecht erhaltenes System. In: *Irren-Offensive* (Hrsg.): *Irren-Offensive – 30 Jahre Kampf für die Unteilbarkeit der Menschenrechte*. Arbeitsgemeinschaft Sozialpolitischer Arbeitskreise; Neu-Ulm: 39–67.

Hemkendreis & Nienaber (2016): Vom Schatten ins Licht – Eine kritische Betrachtung der Anwendung von Zwangsmaßnahmen in der psychiatrischen Versorgung. *Betreuungsrechtliche Praxis*; (1): 18–21.

Human Rights Watch (2015): “Chained like prisoners” – abuses against people with psychosocial disabilities in Somaliland. <https://www.hrw.org/report/2015/10/25/chained-prisoners/abuses-against-people-psychosocial-disabilities-somaliland> [Abruf 23.03.2016].

Human Rights Watch (2016): #BreakTheChains: end shackling in Indonesia. <https://www.hrw.org/BreakTheChains?l> [Abruf 23.03.2016].

Jäger, M. & Rössler, W. (2009): Informeller Zwang zur Verbesserung der Behandlungsbereitschaft psychiatrischer Patienten. *Neuropsychiatrie*; 23 (4): 206–215.

Johnson, M. E. (1998): Being restrained: a study of power and powerlessness. *Issues in Mental Health Nursing*; 19 (3): 191–206.

Kallert, T. W.; Jurjanz, L.; Schnall, K.; Glöckner, M.; Gerdjikov, I.; Raboch, J.; Georgiadou, E.; Solomon, Z.; de Rosa, C.; Dembinskas, A.; Adamowski, T.; Nawka, P.; Hernandez, C. & Björkdahl, A. (2007): Eine

Empfehlung zur Durchführungspraxis von Fixierungen im Rahmen der stationären psychiatrischen Akutbehandlung. *Psychiatrische Praxis*; 34 (Supplement 2): S233–S240.

Kontio, R.; Joffe, G.; Putkonen, H.; Kuosmanen, L.; Hane, K.; Holli, M. & Välimäki, M. (2012): Seclusion and restraint in psychiatry: patients' experiences and practical suggestions on how to improve practices and use alternatives. *Perspectives in Psychiatric Care*; 48 (1): 16–24.

Krisor, M. & Pfannkuch, H. (1998): Aspekte zur Theorie und Praxis einer gewaltfreien Psychiatrie. In: Kebbel, J.; Pörksen, N. & Aktion Psychisch Kranke (Hrsg.): *Gewalt und Zwang in der stationären Psychiatrie (Tagungsberichte Band 25)*. Rheinland-Verlag; Köln: 202–227.

Larue, C.; Dumais, A.; Boyer, R.; Goulet, M.-H.; Bonin, J.-P. & Baba, N. (2013): The experience of seclusion and restraint in psychiatric settings: perspectives of patients. *Issues in Mental Health Nursing*; 34 (5): 317–324.

Méndez, J. (2014a): Report of the Special Rapporteur on Torture and Other Cruel, Inhuman or Degrading Treatment or Punishment on Torture in Healthcare Settings. In: American University Washington College of Law, Center for Human Rights and Humanitarian Law, Anti-Torture Initiative (Hrsg.): *Torture in Healthcare Settings: Reflections on the Special Rapporteur on Torture's 2013 Thematic Report*. Selbstverlag; Washington, D. C.: S. 299–321.

Méndez, J. (2014b): Response by the Special Rapporteur to the Joint Statement by the American Psychiatric Association and the World Psychiatric Association. In: American University Washington College of Law, Center for Human Rights and Humanitarian Law, Anti-Torture Initiative (Hrsg.): *Torture in Healthcare Settings: Reflections on the Special Rapporteur on Torture's 2013 Thematic Report*. Selbstverlag; Washington, D. C.: S. 151–153.

Müller, S.; Gather, J.; Jakovljević, A.-K. & Heberlein, A. (2014): Folter in der Psychiatrie? Zum Bericht des UN-Sonderberichterstatters Juan Méndez. *Ethik in der Medizin*; 26 (4): 339–347.

Nienaber, A. (2012): „Same procedure as ...?“ Freiheitsbeschränkende Zwangsmaßnahmen im Vergleich. *Psychiatrische Pflege Heute*; 18 (4): 188–192.

Olofsson, B. & Jacobsson, L. (2003): Die Forderung nach Respekt – zwangseingewiesene psychiatrische Patienten berichten über Zwangsmaßnahmen. *Psychiatrische Pflege*; 9 (6): 302–310.

Ološtiak, M. (2016): ‚Hilfe‘, ‚Schutz‘ und ‚Anti-Stigma‘ – Propaganda und ‚Neusprech‘ in der Psychiatrie (Teil 1). *BPE-Rundbrief*; (1): 12–13.

Poole, J. & Jivraj, T. (2015): Mental health, mentalism and sanism. In: Wright, J. D. (Hrsg.): *International encyclopedia of the social and behavioral sciences*. Elsevier; Oxford: 200–203.

Ray, N. K.; Myers, K. J. & Rappaport, M. E. (1996): Patient perspectives on restraint and seclusion experiences: a survey of New York State psychiatric facilities. *Psychiatric Rehabilitation Journal*; 20 (1): 11–18.

Richter, D.; Fuchs, J. M. & Bergers, K.-H. (2001): *Konfliktmanagement in psychiatrischen Einrichtungen; Prävention in NRW, Band 1*. Gemeindeunfallversicherungsverband Westfalen-Lippe, Rheinischer Unfallversicherungsverband & Landesunfallkasse Nordrhein-Westfalen; Münster & Düsseldorf.

Schanz, B. (2004): Fixierung und Überwachung von fixierten Patienten. *Psychiatrische Pflege Heute*; 10 (3): 138–143.

- Steinert, T. (2013): Ordnungspolitische Funktion der Psychiatrie – Pro. Psychiatrische Praxis; 40 (6): 304–305.
- Steinert, T.; Fischer-Erlewein, E.; Kuster, W.; Pape, C.; Schwink, A.; Stuhlinger, M. & Arbeitsgemeinschaft Prävention von Gewalt in der Psychiatrie (2002): Prävention von Zwang und Gewalt im psychiatrischen Krankenhaus. Erste Ergebnisse einer multizentrischen Arbeitsgemeinschaft aus Baden-Württemberg und Bayern. Krankenhauspsychiatrie; 13 (4): 132–137.
- Steinert, T.; Gebhardt, R. P. & Lepping, P. (2001): Zwangsmaßnahmen in der Psychiatrie: Ein ethisches Dilemma. Deutsches Ärzteblatt; 98 (42): A2696–A2898.
- Steinert, T.; Schmid, P.; Abderhalden, C.; Needham, I. & Arbeitskreis Prävention von Gewalt in der Psychiatrie (2004): Management von Aggression und Gewalt in psychiatrischen Krankenhäusern. Krankenhauspsychiatrie 2004; 15 (4): 146–150.
- Steinert, T.; Schmid, P.; Arbeitskreis zur Prävention von Gewalt und Zwang & Landesverband der Psychiatrie-Erfahrenen Baden-Württemberg (2014): Zwangsmaßnahmen in psychiatrischen Kliniken in Deutschland – Gegenwärtige Praxis (2012). Der Nervenarzt; 85 (5): 621–629.
- Stewart, C.; Bowers, L.; Simpson, A.; Ryan, C. & Tziggili, M. (2009): Manual restraint of adult psychiatric inpatients: a literature review. Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing; 16 (8): 749–757.
- Talbot, R. & Groth, J. (2005): Warum psychiatrische Zwangsbehandlung Folter ist. http://www.antipsychiatrie.de/io_13/warum.htm [Abruf 24.03.2016].
- Talbot, R. & Narr, W.-D. (2006): „Der Geständniszwang macht die Zwangsbehandlung zur Folter.“. http://www.antipsychiatrie.de/io_13/narr.htm [Abruf 24.03.2016].
- Thiele, P. (2005): Ethische Aspekte bei der Pflege fixierter psychisch erkrankter Menschen. Psychiatrische Pflege; 11 (3): 131–137.
- United Nations (2016a): Treaty Collection. Chapter IV: Human Rights. (4) International Covenant on Civil and Political Rights [1966]. https://treaties.un.org/Pages/ViewDetails.aspx?src=TREATY&mtdsg_no=IV-4&chapter=4&lang=en. Abruf 25.03.2016.
- United Nations (2016b): Treaty Collection. Chapter IV: Human Rights. (9) Convention against Torture and Other Cruel, Inhuman or Degrading Treatment or Punishment [1984]. https://treaties.un.org/Pages/ViewDetails.aspx?src=TREATY&mtdsg_no=IV-9&chapter=4&lang=en. Abruf 25.03.2016.
- United Nations (2016c): Treaty Collection. Chapter IV: Human Rights. (15) Convention on the Rights of Persons with Disabilities https://treaties.un.org/Pages/ViewDetails.aspx?src=TREATY&mtdsg_no=IV-15&chapter=4&lang=en. Abruf 25.03.2016.
- Wesuls, R.; Heinzmann, T. & Brinker, L. (2005): Professionelles Deeskalationsmanagement (ProDeMa). Praxisleitfaden zum Umgang mit Gewalt und Aggression in den Gesundheitsberufen (4. Aufl.). Unfallkasse Baden-Württemberg; Stuttgart.
- Wienberg, G. (1998): Gewaltfreie Psychiatrie – eine Fiktion. Begriffliches und Grundsätzliches zum Thema Gewalt in der Psychiatrie. In: Keibel, J.; Pörksen, N. & Aktion Psychisch Kranke (Hrsg.): Gewalt und Zwang in der stationären Psychiatrie (Tagungsberichte Band 25). Rheinland-Verlag; Köln: 67–79.

Zimbardo, P. G.; Haney, C.; Banks, W. C. & Jatile, D. (1973): The mind is a formidable jailer: a Pirandellian prison. The New York Times Magazine; 8. April; Section 6: 38–60.

Zinkler, M. (2011): Diskriminierende Psychatriegesetze. Recht und Psychiatrie; 29 (3): 122.

Zinkler, M. & Kousseimou, J. M. (2014): Menschenrechte in der Psychiatrie – Wege und Hindernisse zu einem umfassenden Gewaltverzicht. Recht und Psychiatrie; 32 (3): 142–147.

10 | Anhang

(I) Allgemeine Erklärung der Menschenrechte

Artikel 5:

No one shall be subjected to torture or to cruel, inhuman or degrading treatment or punishment.

(II) Internationaler Pakt über bürgerliche und politische Rechte

Artikel 4 (2):

No derogation from articles 6, 7, 8 (paragraphs 1 and 2), 11, 15, 16 and 18 may be made under this provision.

Artikel 7:

No one shall be subjected to torture or to cruel, inhuman or degrading treatment or punishment. In particular, no one shall be subjected without his free consent to medical or scientific experimentation.

(III) Übereinkommen der Vereinten Nationen gegen Folter und andere grausame, unmenschliche oder erniedrigende Behandlung oder Strafe

Artikel 1 (1):

For the purposes of this Convention, the term "torture" means any act by which severe pain or suffering, whether physical or mental, is intentionally inflicted on a person for such purposes as obtaining from him or a third person information or a confession, punishing him for an act he or a third person has committed or is suspected of having committed, or intimidating or coercing him or a third person, or for any reason based on discrimination of any kind, when such pain or suffering is inflicted by or at the instigation of or with the consent or acquiescence of a public official or other person acting in an official capacity. It does not include pain or suffering arising only from, inherent in or incidental to lawful sanctions.

(IV) Übereinkommen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen

Artikel 15: *Freedom from torture or cruel, inhuman or degrading treatment or punishment*

1. No one shall be subjected to torture or to cruel, inhuman or degrading treatment or punishment. In particular, no one shall be subjected without his or her free consent to medical or scientific experimentation.

2. States Parties shall take all effective legislative, administrative, judicial or other measures to prevent persons with disabilities, on an equal basis with others, from being subjected to torture or cruel, inhuman or degrading treatment or punishment.

(V) Europäische Konvention zum Schutz der Menschenrechte und Grundfreiheiten

Artikel 3: *Prohibition of torture*

No one shall be subjected to torture or to inhuman or degrading treatment or punishment.

Artikel 15 (2): *Derogation in time of emergency*

No derogation from Article 2, except in respect of deaths resulting from lawful acts of war, or from Articles 3, 4 (paragraph 1) and 7 shall be made under this provision.

(VI) Grundgesetz für die Bundesrepublik Deutschland

Artikel 104 (1):

Die Freiheit der Person kann nur auf Grund eines förmlichen Gesetzes und nur unter Beachtung der darin vorgeschriebenen Formen beschränkt werden. Festgehaltene Personen dürfen weder seelisch noch körperlich misshandelt werden.

(VII) Bericht des Sonderberichterstatters über Folter und andere grausame, unmenschliche oder erniedrigende Behandlung oder Strafe in Gesundheitseinrichtungen

Abschnitt D: *Persons psychosocial disabilities*

Artikel 2: *Absolute ban on restraints and seclusion*

Punkt 63: *The mandate has previously declared that there can be no therapeutic justification for the use of solitary confinement and prolonged restraint of persons with disabilities in psychiatric institutions; both prolonged seclusion and restraint may constitute torture and ill-treatment (A/63/175, paras. 55-56). [...] Moreover, any restraint on people with mental disabilities for even a short period of time may constitute torture and ill-treatment.⁷⁸ It is essential that an absolute ban on all coercive and non-consensual measures, including restraint and solitary confinement of people with psychological or intellectual disabilities, should apply in all places of deprivation of liberty, including in psychiatric and social care institutions. The environment of patient powerlessness and abusive treatment of persons with disabilities in which restraint and seclusion is used can lead to other non-consensual treatment, such as forced medication and electroshock procedures.*

(VIII) General comment No. 1 des UN-Ausschusses für die Rechte von Menschen mit Behinderungen

Artikel IV: *Relationship with other provisions of the Convention*

Punkt 42: *Articles 15, 16 and 17: Respect for personal integrity and freedom from torture, violence, exploitation and abuse*

As has been stated by the Committee in several concluding observations, forced treatment by psychiatric and other health and medical professionals is a violation of [...] freedom from torture (art. 15); and freedom from violence, [...] and abuse (art. 16). This practice denies the legal capacity of a person to choose medical treatment [...]. States parties must, instead, respect the legal capacity of persons with disabilities to make decisions at all times, including in crisis situations [...]. [...] Forced treatment is a particular problem for persons with psychosocial, intellectual and other cognitive disabilities. States parties must abolish policies and legislative provisions that allow or perpetrate forced treatment, as it is an ongoing violation found in mental health laws across the globe, despite empirical evidence indicating its lack of effectiveness and the views of people using mental health systems who have experienced deep pain and trauma as a result of forced treatment. The Committee recommends that States parties ensure that decisions relating to a person's physical or mental integrity can only be taken with the free and informed consent of the person concerned.

(IX) Abschließende Bemerkungen über den ersten Staatenbericht Deutschlands des UN-Ausschusses für die Rechte von Menschen mit Behinderungen

Artikel III: *Principal areas of concern and recommendations; B. Specific rights (arts. 5–30)*

Punkt 33: *Freedom from torture and cruel, inhuman or degrading treatment or punishment (art. 15)*

The Committee is deeply concerned that the State party does not recognize the use of physical and chemical restraints, solitary confinement and other harmful practices as acts of torture. It is further concerned about the use of physical and chemical restraints, in particular for persons with psychosocial disabilities in institutions and older persons in residential care.

Punkt 34: *The Committee recommends that the State party:*

- (a) Carry out a review with a view to formally abolishing all practices regarded as acts of torture;*
- (b) Prohibit the use of physical and chemical restraints in older persons' care settings and institutions for persons with disabilities;*
- (c) Consider compensation for the victims of such practices.*

(X) Anschreiben an Menschenrechtsorganisationen

Sehr geehrte(r) Herr/Frau XY,

mein Name ist Ole Arnold Schneider und ich bin Student der Politikwissenschaft an der Freien Universität Berlin. Für mein Studium untersuche ich im Rahmen einer wissenschaftlichen Arbeit die Frage inwiefern die Menschenrechte sich grundsätzlich mit Zwangsmaßnahmen in der Psychiatrie vereinbaren lassen. Dabei fokussiere ich mich speziell auf die Praxis der zwangsweisen Fesselung eines Menschen an ein Bett (sog. Fixierung), mit vorausgehender gewaltsamer Überwältigung, in Betrachtung auf Deutschland.

Bei einer Fixierung werden im Standardverfahren mindestens beide Hände, Arme und der Bauch an ein Bett gebunden (sog. 5-Punkt-Fixierung), sodass fast keine Bewegung des gefesselten Menschen mehr möglich ist. Zusätzlich kann der Körper an insgesamt bis zu elf Stellen gefesselt werden und dies geschieht, teilweise über viele Stunden oder sogar Tage. Zudem geht die Fesselung in den meisten Fällen mit einer Zwangsmedikation einher oder auch anderen Praktiken, wie etwa Zwangsernährung oder dem Verabreichen von Elektroschocks. Zahlreiche Organisationen von Psychiatrie-Erfahrenen aber auch einzelne Betroffene beklagen die Vorgehensweise des Fixierens seit Langem als massivste Menschenrechtsverletzung. Zudem belegen mehrere Studien wie verheerend sich psychiatrische Fesselungen auf die Mehrheit der Betroffenen auswirken und wie sehr diese dadurch traumatisiert wurden. Im Zuge dieser extremen Folgen sprechen viele Organisationen und Betroffene ganz offen von Folter und erste wissenschaftliche Gegenüberstellungen mit den Folter-Kriterien der UN-Antifolterkonvention bekräftigen diesen Vorwurf. Auch Juan Méndez, der UN-Sonderberichterstatter über Folter, verurteilt psychiatrische Fesselungen in einem Bericht aus dem Jahr 2013 und fordert (auch Deutschland) dazu auf, diese Praxis zu beenden.

Im Kontext meiner Arbeit werte ich auch die Standpunkte und das Engagement verschiedenster Menschenrechtsorganisationen zu diesem Thema aus. Trotz intensiver Recherche auf der Webseite der Organisation XY, konnte ich dort leider nur wenig konkrete Informationen bezüglich der Thematik in Erfahrung bringen, insbesondere auch zur Position ihrer Organisation selbst. Aus diesem Grund möchte ich es hiermit über den direkten Weg versuchen, um mehr über das Verhältnis ihrer Organisation zu Fesselungen in der Psychiatrie zu erfahren. In diesem Zusammenhang habe ich folgende Fragen:

1. Welche Sichtweise hat die Organisation XY auf das zwangsweise Fesseln in der Psychiatrie?
2. Teilt die Organisation XY die Einschätzung diese Praxis als Folter einzustufen?
3. In welchem Umfang oder in welcher Art engagiert sich die Organisation XY gegen diese Praxis?

Ich freue mich sehr über Ihre Antworten und danke Ihnen, dass Sie sich die Zeit nehmen auf meine Fragen zu antworten. Bis dahin verbleibe ich

mit freundlichen Grüßen,

Ole Arnold Schneider

(XI) Antwort von Amnesty International (Deutschland)

Sehr geehrter Herr Schneider,

vielen Dank für Ihre Nachricht und das Interesse an Amnesty International.

Aufgrund von fehlenden zeitlichen und personellen Kapazitäten können wir Ihnen bei Ihrer Arbeit nicht behilflich sein. Amnesty International hat zu dem von Ihnen erwähnten Thema keine eigens recherchierten Informationen.

Amnesty International ist eine Organisation, die sich für die Verwirklichung der Menschenrechte weltweit einsetzt. Leider ist jedoch die Zahl der Menschenrechtsverletzungen so hoch, dass Amnesty International nur zu einem kleinen Teil dieser Verstöße tätig werden kann. Aus diesem Grund sind wir gezwungen, Schwerpunkte in unserer Arbeit zu setzen. Speziell in Deutschland konzentriert sich unsere Einzelfallarbeit auf solche Fälle, in denen Menschen in Deutschland Asyl suchen, weil sie in ihrem Herkunftsland verfolgt werden.

Es gibt verschiedene Stellen, die eventuell zum Thema arbeiten und vielleicht können Sie dort Auskünfte einholen. Ich liste Ihnen einige Stellen auf.

[...]

Mit der Bitte um Verständnis und besten Grüßen

Mariana Lopes

Fachreferentin

(XII) Antwort vom Behandlungszentrum für Folteropfer

Sehr geehrter Herr Schneider,

leider können wir Ihrer Anfrage aus Kapazitätsgründen nicht nachkommen.

Ich hoffe auf Ihr Verständnis. Wir wünschen Ihnen weiterhin alles Gute.

Mit freundlichen Grüßen

Meltem Arsu

Referentin für Presse- und Öffentlichkeitsarbeit

(XIII) Antwort vom Nürnberger Menschenrechtszentrum

Sehr geehrter Herr Schneider,

bislang arbeitet das NMRZ nicht zu der sicherlich wichtigen, aber auch komplexen Thematik. Daher nehmen wir öffentlich dazu auch keine Stellung. Haben Sie bitte dafür Verständnis.

Für Ihre Arbeit wünschen wir Ihnen viel Erfolg.

Mit besten Grüßen,
Michelle Fowinkel

(XIV) Antwort vom Deutschen Institut für Menschenrechte

Sehr geehrter Herr Schneider,

soweit das Deutsche Institut für Menschenrechte eine Position zum Thema „Fixierung“ hat, ist diese folgenden beiden Dokumenten zu entnehmen:

-Stellungnahme der Monitoring-Stelle von 2012

-Parallelbericht der Monitoring-Stelle zum Staatenbericht

Das Thema Gewalt im Zusammenhang mit der gesundheitlichen Versorgung ist wie Sie selbst wissen, sehr heikel. Das betrifft auch die Fixierung, die nach fachlicher Hinsicht kein therapeutisches Mittel darstellt und menschenrechtlich hoch problematisch bleibt.

Wir treten in Anbetracht der weiten Verbreitung von Gewalt in der Psychiatrie in Deutschland für eine absolute Vermeidung von Zwangsmaßnahmen ein und insbesondere gegenüber der Politik dafür, die Voraussetzungen für eine Vermeidbarkeit zu gewährleisten und die Befähigung des Systems zur Vermeidung zügig mit wirksamen Maßnahmen voranzubringen.

Mitzuteilen ist in diesem Zusammenhang, dass menschenrechtlich die Frage der Zulässigkeit von Zwangsmaßnahmen wie die Fixierung auf internationaler Ebene diskutiert wird und nicht einheitlich beantwortet ist. Vor dem Hintergrund unserer spezifischen Verantwortlichkeit gegenüber den Rechten von Menschen mit Behinderungen sehen wir es als unsere Aufgabe, gerade auch die Sichtweise des für die UN-BRK zuständigen Fachausschusses für die Rechte von Menschen mit Behinderungen zu vermitteln. Dieser sieht jede Form der Zwangsmaßnahme besonders kritisch.

Für Ihre Information dürfen wir außerdem auf den General Comment Nr. 1 sowie die Abschließenden Bemerkungen im Anschluss an die Prüfung Deutschlands verweisen, die Sie beide auf unserer Homepage finden.

Mit freundlichen Grüßen

i. A. Cathrin Kameni
Assistentin der Monitoring-Stelle

(XV) Fallschilderung A: Ungerechtfertigte Fixierung in Psychiatrie

Ich habe auch schon schlimmes in der Psychiatrie erlebt, die meine positive Meinung sehr geändert hat

Ich fasse es kurz zusammen. (Sommer 2007) Ich war auf der geschlossenen Station wegen SVV mit Suizidgefahr und bekam deswegen auch einen Beschluss. Der dortige Oberarzt hat sich mit mir wegen der Medikation abgesprochen und versprach mir keine Neuroleptika zu verordnen (... hatte meine Gründe damals). Ich bekam ein Medikament zum Einschlafen jeden Abend und fand heraus dass es ein Neuroleptikum war. In der Visite stellte ich ihn zur Rede ohne laut zu werden. Anscheinend fühlte er sich bloßgestellt und verwies mich des Raumes.

3 Stunden später. Der Oberarzt rief mich zu einem Gespräch aus dem Raucherzimmer. Anstatt wir ein Sprechzimmer aufsuchten gingen wir in mein Patientenzimmer. Dort standen 5 oder 6 Pfleger und eine Ärztin mit einer gefüllten Spritze.

Der Arzt sagte zu mir die Ärztin würde mir ein Medikament namens Ziatyl spritzen, damit ich ruhiger würde. Ich sagte das möchte ich nicht. (Ich kannte es und hatte davon auch schon mal heftige Nebenwirkungen erlebt, sagte dies auch)

Dann würde ich es zwangsverabreicht bekommen.

Ich habe mich gewehrt so gut ich konnte gegen diese Übermacht- keine Chance

Der Alptraum war noch nicht vorbei. Weil ich mich so gewehrt habe und das Medikament 7 Stunden zum Wirken bräuchte, würde ich jetzt fixiert.

Es war das erste Mal auch diesmal wandten sie alle Methoden an um mich mit der 5-Punkt-Fixierung ans Bett zu fesseln und ich verstehe bis heute nicht, warum mir das angetan wurde. Die einzige Erklärung ist für mich, dass der Arzt in seiner narzisstischen Ader getroffen wurde und es mir heimzahlen wollte.

Um mich letztendlich noch zu demütigen durchsuchte mich die Ärztin noch nach Gegenständen mit denen ich mich verletzen könnte und entblöbte mich sogar kurz vor aller Augen (sie zog mir den Slip herunter, ein Pfleger äußerte sich noch, wie demütigend, dies für mich sein müsste)

Danach war ich die ganze Nacht fixiert und kann mich von dem Zeitpunkt an die zwei folgenden Tage nicht mehr erinnern.

Seitdem, bekomme ich Panik und Aggressionen, wenn ich nochmal auf diese Station muss, dies führte beim nächsten Aufenthalt zu schlimmen Eskalationen

All dies verfolgt mich immer wieder und ich bekomme keine Unterstützung da ich aufgrund meiner B[order-]L[ine]- Störung als unglaublich eingestuft werde.

Abrufbar unter <http://www.geistigenahrung.org/ftopic61985.html>

(XVI) Fallschilderung B: Wird man in einer Kinder- und Jugendpsychiatrie eingesperrt und fixiert?

Ich war selber schon einmal in einer Psychiatrie und diese sogenannten 'Gummizellen' [...] und man kommt dort eigentlich nur rein wenn man Aggressionsanfälle hat oder Verhaltensstörungen. Die meisten kamen wegen Suizidgefährdung oder Bedrohung der Menschen in deren Umfeldern dorthin. Aus meiner eigenen Erfahrung wurde ich wegen angeblichen Aggressionsausbrüchen dann festgehalten und anschließend fixiert. Doch ich hatte in Wirklichkeit keine Aggressionen nur die Psychologen haben mich auf absurdeste Art und Weise provoziert um nur das zu erreichen, weil es da eine Psychologin gab, der ich die Arbeit nicht gerade sehr einfach machte. Sie haben mir alles verboten nur weil ich gehbehindert war, weil ich einen Unfall hatte. Nur deswegen wurde ich wie eine schwerkranke behandelt und nicht wie die anderen obwohl ich keine geistigen Störungen hatte. Ich schrie in meinem Zimmer, welches wie eine Bruchbude aussah, rum und schlug meinen Schrank zusammen. Die Psychologen kamen in mein Zimmer und baten mir eine Beruhigungstablette an, die ich aber ablehnte. Dann gaben sie mir 10 Minuten Zeit mich selber zu beruhigen. Dabei drohten sie mir, wenn sie noch einmal mich hören sollte, werden sie anderen Konsequenzen ziehen, von denen ich aber nichts wusste.

Ich sprach mit mir alleine laut, wie sehr ich alle hier hasse und gleich darauf kamen 8 muskulöse Männer und Frauen um mein Bett. Der eine Psychologe bat mir noch einmal die Tablette an, die ich wieder ablehnte und dann nickte er einem Mann zu, der mich sofort dann von hinten packte und aufs Bett riss und drückte, während die anderen meine Arme und Beine festhalten wollten. Ich verspürte so eine Wut in mir dass ich einem Mann selbst mit einer Nagelfeile die ich noch in der

Hand hielt, beinahe die Pulsader aufriss. Aus diesem Grund drückte jemand dann die Alarmglocke, die nur bei gefährlichen Eskalationen gedrückt wird. Gleich darauf kamen noch drei weitere Männer dazu die mich ebenfalls auf dem Bett festhielten und ich muss sagen, dieser Augenblick war schlimmer als das Fixieren. Sie brachen mir fast alle Knochen und legten sich mit ihrem ganzen Gewicht so auf mich drauf, dass ich fast erstickte. Ein Mann hielt mir dann ein Lappen ins Gesicht während der andere mir versuchte die Tablette in den Mund zu stecken, was ich jedoch verhinderte. In dem Moment bin ich fast gestorben, weil der eine Psychologe auf meinem Brustkorb mit seinen 90kg saß und mir dabei die Nase zuhielt damit ich den Mund öffnete damit er mir die Tablette dann reinstecken konnte. Doch ich machte aber nicht den Mund auf. So war ich eigentlich schon am Ersticken weil die nicht erkennen konnten, dass ich schon blau anlief, da der Lappen mein Gesicht verdeckte.

Nachdem ich mich nicht erfolgreich wehrte und den anderen Frauen und Männern verletzte, kamen Männer aus der Intensivstation mit einem Bett, an dem Fixiergurte dran waren. Alle zusammen trugen mich auf das Bett und ketteten mich dann zu. So fest dass selbst meine Arme und Beine blau anliefen und meine Fußknöchel dick anschwellen. Sie schnallten den Gurt an meiner Taille so fest zu, dass ich bis heute da an der Stelle eine Muskelentzündung habe. Sie fuhren mich in ein großes Zimmer, wo es sogar ein Fenster hatte und ich lag genau unter einer Kamera die mich die ganze Zeit beobachtete. Sie gaben mir über so eine Spritze die Tablette in den Mund den ich dann sofort wieder ausspuckte. Und durchschnittlich darf ein Kind unter 18 nicht länger wie 30 Minuten fixiert im Raum liegen. Doch ich lag insgesamt 6 Stunden. dazwischen wurde ich noch ein anderes Zimmer gefahren mit zwei Kameras in den Ecken und keinen Fenstern. Und dann wurde meiner Mom noch 24 Stunden das Sorgerecht entzogen und deshalb durfte sie mich dann nicht noch am selben Tag dort rausholen, sondern musste solange in der Zelle bleiben und durfte nicht raus. Die Tür ging nicht einmal auf und das Licht bedienten die Wächter mit so einer Fernbedienung. [Ich] hatte auch nur eine Matratze und ein Bettlaken als Decke und das war's. Als ich entfesselt wurde, wurde ich auch gleich gefilzt. Das heißt sie haben mir alles abgenommen womit ich mich oder anderen umbringen könnte z.B. Schnürbänder oder Brille etc.. Als ich mich verweigerte [mich] auszuziehen, wollten sie mich gleich wieder fesseln, was sie aber dann doch lieber nicht machten.

Es war einfach schrecklich. Und als sie merkten dass ich die Tabletten alle ausspuckte, wollten sie mir mit einer fetten Spritze durchs Bein spritzen. Fakt ist, diese Fixierungen hinterlassen mehr Wunden und Narben als es Heilung und Besserung bringen sollte. Vor allem ich war nicht einmal geistig krank und man tat mir so etwas an. Man [kann] so etwas auch anders lösen aber nicht so. Es ist unvorstellbar wie sehr es mich traumatisiert hat. Sowas wünsch ich echt niemandem.

- von „diidijulii“ am 22.08.2015, Abrufbar unter <http://www.gutefrage.net/frage/wird-man-in-einer-kinder--und-jugendpsychiatrie-ingesperrt-und-fixiert>

(XVII) Fallschilderung C: Alptraum oder Realität? Bericht vom Jahr 2000 über einen alptraumhaften Aufenthalt in der Psychiatrie

Ich habe von September 1996 bis Januar 2003 in einer Werkstatt für Behinderte (WfB) gearbeitet, wo man sich sehr über einige meiner Handlungen aufgeregt hatte. Unter dem Vorwand, ich sei suizidgefährdet, haben der Psychologe aus der WfB und weitere Personen eine Zwangseinweisung in ein LKH veranlasst.

Auf der Station habe ich abends mit Mitpatienten in einer gemütlichen Runde gesessen. Dabei erzählte ein Mitpatient mehrere Witze, so dass die ganze Runde laut und herzlich lachte. Ein Pfleger bekam das mit und fragte uns in einem aggressiven Ton, was der Lärm denn solle. Dabei habe er

mich angeschaut und mir gedroht, wenn ich mich nicht am Riemen reißen würde, müsste ich damit rechnen, fixiert zu werden. Damit war die gute Stimmung im Eimer.

Einige Tage später musste ich leider feststellen, dass einer der Pfleger mich im Dienstzimmer als "blondes Ungetüm" titulierte hatte. Darüber habe ich mich geärgert. Vermutlich tat der Pfleger dies deshalb, weil ich zu dieser Zeit sehr kurze blondierte Haare trug. Ich fragte ihn, was das denn sollte, mich als blondes Ungetüm zu bezeichnen, ich würde ja auch nicht "hässlicher Vogel" zu ihm sagen. Daraufhin wollte er mich fixieren und holte einige seiner Kollegen dazu.

Zum Glück haben mehrere Mitpatienten die Situation richtig eingeschätzt und setzten sich für mich ein, so dass ich erst mal nicht fixiert wurde. Einige Stunden später fragte mich eine Krankenschwester, ob ich Atosil haben wollte. Ich sagte zu ihr, dass ich kein Atosil bräuchte.

Abends gegen 23 Uhr kamen sechs Pfleger in den Aufenthaltsraum, wo wir ferngesehen haben, um mich zu fixieren. Als Begründung wurde angegeben, dass ich das Atosil nicht genommen hatte. Ich wurde auf dem Flur geschleppt, fixiert und bekam eine Diazepam-Spritze. Anschließend schoben sie mich in das dunkle Badezimmer wo kein Licht und kein Fenster war.

Ich schrie vor Angst, weil ich die totale Dunkelheit in dem Raum nicht ertragen konnte. Dann kam ein Pfleger und sagte zu mir, wenn ich jetzt noch Neurocil-Tropfen nehme, würden sie die Fixierung in ca. einer Viertelstunde lösen. Also nahm ich das Neurocil, aber ich blieb trotzdem die ganze Nacht fixiert im Bad.

Morgens um ca. 05:30 Uhr wurde ich in das Aufnahme- bzw. Beobachtungszimmer geschoben. Gegen 10:00 Uhr wurde ich endlich von der Fixierung befreit. Danach hatte ich den Wunsch, zu duschen und zu frühstücken. Beides wurde mir in einem barschen Ton verweigert, weil es angeblich dafür zu spät sei.

In der Visite sagte mir der Stationsarzt, dass ich ab sofort das Zimmer nicht mehr verlassen dürfte. Wenn ich rauchen oder zur Toilette gehen wollte, musste ich das Personal fragen, weil ich das nur noch in Begleitung von Pflegern durfte. Da ich diese Anweisungen nicht nachvollziehen konnte, war ich darüber sehr wütend und entsetzt. Vor Verzweiflung habe ich geweint. Daraufhin kam wieder der Arzt mit mehreren Pflegern und sie wollten mich erneut fixieren, um mir Ciatyl Z Akuphase zu spritzen. Da ich schon von der ersten Fixierung so traumatisiert war und das nicht noch einmal miterleben wollte, ließ ich diese Spritze freiwillig über mich ergehen.

Von den Mitpatienten völlig isoliert, musste ich meine Mahlzeiten im Beobachtungszimmer einnehmen. Wenn ich rauchen wollte, wurde ich mit Beschimpfungen attackiert wie: "Nerve nicht und halt's Maul, sonst wirst Du wieder fixiert!"

Wenn ich Glück hatte, durfte ich ein- bis zweimal am Tag eine Zigarette rauchen. Nach ungefähr einer Woche durfte ich das Beobachtungszimmer verlassen und wurde auf ein normales Patientenzimmer verlegt. Aus Angst und in der Hoffnung, nie wieder solchen Gewaltattacken ausgeliefert zu werden, habe ich jeden Tag freiwillig den Küchendienst gemacht.

An einem Abend haben wir Patienten mit den Pflegern gekocht. Während des Kochens fehlte angeblich ein Messer. Die Pfleger hatten sofort mich in Verdacht, dass ich das Messer geklaut hatte. Deshalb wurde nur ich durchsucht. Obwohl sie bei mir kein Messer finden konnten, haben sie mir den Diebstahl trotzdem untergejubelt. Ich wurde wieder auf das Beobachtungszimmer abgeschoben. Leider nahm der Horror wieder seinen Lauf!

Am gleichen Abend bekam ich noch einen heftigen Krampfanfall, der von den Pflegern einfach ignoriert wurde. Nachdem ich ca. 1 ½ Stunden gekrampft hatte, kam ein Pfleger zu mir und meinte, ich solle mich nicht so anstellen, ich hätte ja nur einen hysterischen Wutanfall.

Ein paar Tage später bekam ich starke Bauchschmerzen, die immer schlimmer wurden. Vor lauter Schmerzen konnte ich nichts mehr essen. Ich äußerte mehrfach den Wunsch, wenigstens einen Kamillentee zu bekommen, damit ich etwas Warmes zu trinken hatte. Das wurde aber einfach ignoriert. Da ich wegen der Bauchschmerzen auch keinen Kaffee bekam, musste ich mich wochenlang mit Leitungswasser im Zimmer versorgen.

Mit Handschellen wurde ich wegen der starken Bauchschmerzen mehrmals in ein nahegelegenes Krankenhaus gefahren, um einige Untersuchungen durchzuführen. Schließlich sollte ich operiert werden, weil ein Verdacht auf Blinddarmentzündung bestand. Außerdem sollten während der OP weitere Untersuchungen gemacht werden.

Einen Tag vor der OP kam eine Psychologin zu mir. Wegen meiner schlimmen Erfahrungen auf der Station meinte sie, dass die Bauchschmerzen vielleicht psychosomatisch bedingt wären. Sie machte den Vorschlag, mich sofort auf eine andere Station und ein normales Patientenzimmer zu verlegen, mit der Hoffnung, dass dann die Bauchschmerzen verschwinden würden und ich auch dann wieder ganz normal essen könnte. Ich ging auf den Vorschlag der Psychologin ein und der OP-Termin für den nächsten Tag wurde vorerst abgesagt. Ich bekam sogar Schmerzmittel gegen die Bauchschmerzen.

Am nächsten Tag ging es mir schon wesentlich besser und ich konnte sogar eine Scheibe Toast essen. Denn auf der neuen Station wurde ich genauso behandelt wie meine Mitpatienten auch. Ich war sehr erleichtert, und der Psychologin sehr dankbar, dass sie dafür sorgte, dass der Horror endlich ein Ende nahm.

Die Erlebnisse auf der vorherigen Station waren für mich so traumatisch, dass ich sogar noch ein Jahr lang mit schweren Alpträumen Angstzuständen und starken Schweißausbrüchen zu kämpfen hatte. Schlafen konnte ich nur, wenn der Fernseher im Hintergrund lief. Dies sollte ein Ablenkungsmanöver sein, um keine Alpträume mehr zu bekommen.

Aus eigener Erfahrung kann ich sagen, dass schlimme Erlebnisse in der Psychiatrie leider nicht auszulöschen sind und einem das ganze Leben begleiten und verfolgen.

- von Doris Steenken, Abrufbar unter <http://www.bpe-online.de/infopool/biographie/pb/steenken.htm>

(XVIII) Taxonomie: psychiatrische/r Zwang/Gewalt

