

**Information
der
Monitoring-Stelle
zur UN-Behindertenrechtskonvention**

anlässlich der deutschen Übersetzung des

**Berichts des Sonderberichterstatters über Folter und andere
grausame, unmenschliche oder erniedrigende Behandlung oder
Strafe, Juan E. Mendéz**

(UN-Dok. A/HRC/22/53 vom 1. Februar 2013)

[Anhang: Volltext des Berichts in deutscher Übersetzung]

Kontakt:

Monitoring-Stelle / Deutsches Institut für Menschenrechte
Zimmerstraße 26/27
10969 Berlin, Deutschland
Tel.: 030-259359-450
E-Mail: monitoring-stelle@institut-fuer-menschenrechte.de

- 1 -

Bericht des Sonderberichtstatters über Folter und andere grausame, unmenschliche oder erniedrigende Behandlung oder Strafe, Juan E. Mendéz¹

Original veröffentlicht am 1. Februar 2013

Vorbemerkung

Die Monitoring-Stelle zur UN-Behindertenrechtskonvention (Monitoring-Stelle), eingerichtet am unabhängigen Deutschen Institut für Menschenrechte in Berlin, hat gemäß der UN-Behindertenrechtskonvention (UN-BRK, die Konvention) den Auftrag, die Rechte von Menschen mit Behinderungen im Sinne der Konvention zu fördern und zu schützen sowie die Umsetzung der UN-BRK in Deutschland konstruktiv wie kritisch zu begleiten. Sie betreibt das Monitoring der Konventionsumsetzung ganz überwiegend in Bezug auf die strukturelle Ebene.

Entsprechend trägt die Monitoring-Stelle auch dazu bei, auf wichtige internationale

1 UN-Dok. A/HRC/22/53 vom 01.02.2013; der englischsprachige Bericht ist abrufbar unter:
http://www.ohchr.org/Documents/HRBodies/HRCouncil/RegularSession/Session22/A.HRC.22.53_English.pdf

Entwicklungen in Bezug auf die UN-Behindertenrechtskonvention hinzuweisen und hierzulande die Rezeption internationaler Dokumente zu erleichtern.

Der hier vorgestellte Bericht des UN-Sonderberichtstatters über Folter und andere grausame, unmenschliche oder erniedrigende Behandlung oder Strafe, Juan E. Mendéz, lag bisher nur in den sechs offiziellen Amtssprachen der UN (Arabisch, Chinesisch, Englisch, Französisch, Russisch, Spanisch) vor. Die Monitoring-Stelle hat daher eine nicht-offizielle Übersetzung anfertigen lassen, die sich im Anhang befindet. Die vorliegende Information fasst einige der wesentlichen Aspekte des Berichts unter der besonderen Berücksichtigung der Situation von Menschen mit (psychosozialen) Behinderungen zusammen. Die Ziffern in den Klammern geben die Absatznummern des Berichts wieder.

Der Bericht

Zusammenfassung

Im Mittelpunkt des vorliegenden Berichts steht die Auseinandersetzung mit Folter und Misshandlung in Gesundheitseinrichtungen. Der Sonderberichtstatter stellt dar, wann Missbrauch in Gesundheitseinrichtungen eine Schwelle überschreitet, in der Misshandlung zu Folter wird. Gleichzeitig

benennt der Bericht Maßnahmen, um Misshandlungen vorzubeugen.

Hintergrund

Das Amt des UN-Sonderberichterstatters über Folter und andere grausame, unmenschliche oder erniedrigende Behandlung oder Strafe gibt es seit 1985. Derzeitiger Amtsinhaber ist der Argentinier Juan E. Mendéz, der im November 2010 Nachfolger des Österreichers Manfred Nowak wurde.

Nach Einschätzung des Sonderberichterstatters haben sich vorherige Mandatsträger zwar mit Folter und Misshandlung in Gesundheitseinrichtungen befasst, allerdings nicht systematisch und meistens unter dem Aspekt der Beeinträchtigung des Rechts auf Gesundheit. Der vorliegende Bericht soll daher dazu dienen, diese Lücke zu schließen und aufzuzeigen, unter welchen Umständen Missbräuche in Gesundheitseinrichtungen Folter darstellen. Unter Gesundheitseinrichtung versteht der Bericht „Krankenhäuser, öffentliche und private Kliniken, Hospize und sonstige Einrichtungen, in denen Gesundheitsfürsorge geleistet wird“ (Absatznummern 11f.).

Überblick

Nach einer kurzen Einführung (Kapitel I) sowie eines kurzen Tätigkeitsberichts des Sonderberichterstatters (Kapitel II) beschreibt der Bericht die Anwendung des Schutzrahmens gegen Folter und Misshandlung auf Gesundheitseinrichtungen (Kapitel III).

Der Bericht klassifiziert in Übereinstimmung mit Art. 1 Abs. 1 der UN-Antifolterkonvention eine Handlung als Folter, wenn sie mind. folgende vier Elemente enthält:

- Die Handlung fügt große körperliche oder seelische Schmerzen zu,
- sie ist vorsätzlich,
- sie verfolgt einen spezifischen Zweck und
- sie erfolgt unter Beteiligung oder zumindest mit dem stillschweigenden Einverständnis eines oder einer staatlichen Bediensteten (17).

An diese Definition anschließend führt der Sonderberichterstatter weitere wichtige Punkte aus, um sie im Kontext von Gesundheitseinrichtungen anwendbar zu machen (18-22). So ist z.B. das in der Definition aufgeführte Merkmal des Vorsatzes gegeben, wenn eine Person aufgrund ihrer Behinderung diskriminiert worden ist (20). Des Weiteren führt der Sonderberichterstatter aus, dass die Verpflichtung des Staates, Folter zu verhüten, auch für Ärzte und medizinisches Personal sowie in Krankenhäusern und Einrichtungen zur Betreuung von psychisch Kranken gilt (23-24). Bei Auslagerung von medizinischen Dienstleistungen ist der Staat für das Handeln privater Einrichtungen unmittelbar verantwortlich (25). Die Absätze 27 bis 30 behandeln die Rechts- und Handlungsfähigkeit sowie die informierte Einwilligung. Der Sonderberichterstatter hebt hervor, dass

bei attestierter Handlungsunfähigkeit „an die Stelle einer stellvertretenden Entscheidung ein unterstützter Entscheidungsprozess zu treten hat, bei dem Autonomie, der Wille und die Präferenzen der betreffenden Person geachtet werden“ (27). Die darauf folgenden Absätze setzen sich mit dem Machtverhältnis zwischen Gesundheitspersonal und Patient (31), der Doktrin der medizinischen Notwendigkeit (32-35) sowie stigmatisierten Identitäten (36-38) auseinander.

Kapitel IV widmet sich dem abzeichnenden Verständnis verschiedener Formen des Missbrauchs in Gesundheitseinrichtungen. Nach Abschnitten zu Freiheitsentzug aus medizinischen Gründen (40-44), Verletzungen der reproduktiven Rechte (45-50) und Vorenthaltung von Schmerztherapie (51-56) richtet sich das Augenmerk des Berichts auf die Situation von Menschen mit psychosozialen Behinderungen (57-70). Darin macht der Sonderberichterstatter deutlich, dass

- es keine therapeutische Rechtfertigung für die Fixierung von Menschen mit Behinderung über einen längeren Zeitraum hinweg gibt und Fixierung über längere Zeiträume hinweg Folter und Misshandlung sein kann (63);
- Fixierung von Menschen mit psychischen Behinderungen auch für kurze Zeiträume Folter und Misshandlung darstellen kann (ebd.);

- in Gesundheitseinrichtungen stattfindende unfreiwillige Behandlungen und sonstige psychiatrische Eingriffe Formen der Folter und Misshandlung darstellen (64) und
- Freiheitsentziehung auf Grundlage des Vorliegens einer Behinderung, einschließlich einer psychischen oder geistigen Behinderung, als diskriminierend verboten ist (68).

Ein weiterer Abschnitt widmet sich der Situation von Menschen, die mit HIV/Aids leben (71), Menschen, die Drogen gebrauchen (72-74), Sexarbeitern (75), lesbischen, schwulen, bisexuellen, transsexuellen und intersexuellen Menschen (76-79) sowie Menschen mit Behinderungen (80). Letztere sind u.a. von medizinischen Eingriffen, in die sie nicht eingewilligt haben, betroffen.

Im letzten Teil des Berichts, Kapitel IV, zieht der Sonderberichterstatter Schlussfolgerungen (81-84) und gibt Empfehlungen ab (85-90). Er fordert u.a. alle Staaten dazu auf, „das Folterverbot in allen öffentlichen wie privaten Gesundheitseinrichtungen durchzusetzen“ (85a) sowie „ein absolutes Verbot aller unter Zwang und ohne Einwilligung erfolgenden medizinischen Eingriffe an Menschen mit Behinderung zu verhängen, einschließlich der ohne Einwilligung vorgenommenen Psychochirurgie oder Elektroschockbehandlung und Verabreichung bewusstseinsverändernder Arzneimittel wie etwa Neuroleptika, sowie der lang- und kurzfristigen Fixierung und Isolierung“ (89b).



Generalversammlung

Verteilung: Allgemein
1. Februar 2013

Original: Englisch

Menschenrechtsrat

Zweiundzwanzigste Tagung

Tagungsordnungspunkt 3

**Förderung und Schutz aller Menschenrechte,
der bürgerlichen, politischen, wirtschaftlichen,
sozialen und kulturellen Rechte, einschließlich
des Rechts auf Entwicklung**

Bericht des Sonderberichterstatters über Folter und andere grausame, unmenschliche oder erniedrigende Behandlung oder Strafe, Juan E. Méndez

Zusammenfassung

Der vorliegende Bericht befasst sich mit bestimmten Formen des Missbrauchs in Gesundheitseinrichtungen, die unter Umständen eine Schwelle überschreiten, nach der Misshandlung zu Folter oder grausamer, unmenschlicher oder erniedrigender Behandlung oder Strafe wird. Er zeigt die Grundsatzregelungen auf, die diese Praktiken begünstigen, und nennt bestehende Schutzlücken.

Durch seine Beschreibung einiger der missbräuchlichen Praktiken in Gesundheitseinrichtungen wirft der Bericht ein Licht auf oftmals unbemerkte Formen solcher Praktiken, zu denen es unter dem Dach der Gesundheitspolitik kommt, und stellt heraus, wie bestimmte Therapien dem Verbot der Folter und Misshandlung zuwiderlaufen können. Er stellt dar, in welchem Umfang die Staaten gehalten sind, Maßnahmen der Gesundheitsversorgung zu regulieren, zu kontrollieren und zu beaufsichtigen, um Misshandlungen zu verhüten, gleichviel, unter welchem Vorwand sie verübt werden.

Der Sonderberichterstatter prüft verschiedene der häufig gemeldeten Missbräuche in Gesundheitseinrichtungen und beschreibt, inwieweit das Rahmenwerk zu Folter und Misshandlung in diesem Kontext Anwendung findet. Die hier erörterten Beispiele von Folter und Misshandlung in Gesundheitseinrichtungen stellen wahrscheinlich nur einen kleinen Bruchteil dieses weltumspannenden Problems dar.

Inhalt

	<i>Ziffer</i>	<i>Seite</i>
I. Einführung	1–2	3
II. Tätigkeit des Sonderberichterstatters	3–10	3
A. Bevorstehende Länderbesuche und noch offene Anträge	3–4	3
B. Übersicht über die wichtigsten Veranstaltungen und Konsultationen	5–10	3
III. Anwendung des Schutzrahmens gegen Folter und Misshandlung auf Gesundheitseinrichtungen	11–38	4
A. Der sich entwickelnde Begriffsinhalt von Folter und Misshandlung	14–16	4
B. Anwendbarkeit des Rahmenwerks gegen Folter und Misshandlung auf Gesundheitseinrichtungen	17–26	5
C. Auslegungs- und Leitprinzipien	27–38	7
IV. Das sich abzeichnende Verständnis verschiedener Formen des Missbrauchs in Gesundheitseinrichtungen	39–80	10
A. Freiheitsentzug	40–44	10
B. Verletzungen der reproduktiven Rechte	45–50	11
C. Vorenthaltung von Schmerztherapie	51–56	13
D. Menschen mit psychosozialen Behinderungen	57–70	15
E. Randgruppen	71–80	19
V. Schlussfolgerungen und Empfehlungen	81–90	22
A. Die Bedeutsamkeit der Kategorisierung von Missbräuchen in Gesundheits- einrichtungen als Folter und Misshandlung	81–84	22
B. Empfehlungen	85–90	24

I. Einführung

1. Dieser Bericht wird dem Menschenrechtsrat gemäß Ratsresolution 16/23 vorgelegt.
2. Die Dokumente A/HRC/22/53/Add.1 bzw. Add.2 enthalten Berichte über Länderbesuche in Tadschikistan und Marokko. Das Dokument A/HRC/22/53/Add.3 enthält aktualisierte Angaben zu Folgemaßnahmen, und A/HRC/22/53/Add.4 enthält Stellungnahmen des Sonderberichterstatters zu einigen Fällen in den mit Mitteilungen befassten Berichten A/HRC/20/30, A/HRC/21/49 und A/HRC/22/67.

II. Tätigkeit des Sonderberichterstatters

A. Bevorstehende Länderbesuche und noch offene Anträge

3. Der Sonderberichterstatter plant, im Mai 2013 Bahrain und in der zweiten Jahreshälfte 2013 Guatemala einen Besuch abzustatten, und steht mit der jeweiligen Regierung hinsichtlich beiderseitig annehmbarer Termine in Verbindung. Der Sonderberichterstatter hat eine Einladung angenommen, im Februar 2014 Thailand zu besuchen. Er nimmt außerdem mit Dank Kenntnis von einer noch offenen Einladung zum Besuch Iraks.
4. Der Sonderberichterstatter bekundete erneut sein Interesse daran, Länderbesuche in verschiedenen Staaten durchzuführen, die auf Besuchsanträge noch nicht eingegangen sind, nämlich Äthiopien, Ghana, Kenia, Kuba, Simbabwe, Usbekistan, Venezuela (Bolivarische Republik) und Vereinigte Staaten von Amerika. Vor kurzem richtete der Sonderberichterstatter außerdem Besuchsanträge an Côte d'Ivoire, die Dominikanische Republik, Georgien, Mexiko, Tschad und Vietnam.

B. Übersicht über die wichtigsten Veranstaltungen und Konsultationen

5. Am 10. September 2012 nahm der Sonderberichterstatter in London an einer von REDRESS ausgerichteten Chatham-House-Veranstaltung zu dem Thema „Durchsetzung des absoluten Folterverbots“ teil.
6. Am 26. September 2012 traf der Sonderberichterstatter mit dem Generaldirektor der Nationalen Menschenrechtskommission der Republik Korea zusammen, der sich in Washington aufhielt.
7. Zwischen dem 22. und 24. Oktober 2012 legte der Sonderberichterstatter der Generalversammlung seinen Zwischenbericht (A/67/279) vor und nahm an zwei Veranstaltungen am Rande der Generalversammlung teil, wovon eine in der Ständigen Vertretung Dänemarks bei den Vereinten Nationen stattfand und unter dem Thema „Repressalien gegen Opfer von Folter und sonstige Misshandlungen“ stand und die andere gemeinsam mit der World Organisation Against Torture, Penal Reform International, dem Centre for Constitutional Rights und Human Rights Watch zu dem Thema „Die Todesstrafe und die Menschenrechte: der künftige Weg“ veranstaltet wurde. Außerdem traf er mit Vertretern der Ständigen Vertretungen Guatemalas und Uruguays zusammen.
8. Am 17. November 2012 nahm der Sonderberichterstatter an einem von der New York University veranstalteten Symposium über die Praxis der Einzelhaft teil, das den Titel „Einzelhaft: geistreich ausgemalt und hautnah am eigenen Leib erlebt“ trug.
9. Vom 2. bis 6. Dezember 2012 führte der Sonderberichterstatter auf Einladung der Regierung einen Anschlussbesuch in Uruguay (A/HRC/22/53/Add.3) durch, um sich ein Bild der stattgefundenen Verbesserungen zu verschaffen und festzustellen, welche Probleme

me im Hinblick auf Folter und andere grausame, unmenschliche oder erniedrigende Behandlung oder Strafe noch weiter fortbestehen.

10. Vom 13. bis 14. Dezember 2012 veranstaltete der Sonderberichterstatter am Center for Human Rights and Humanitarian Law an der American University in Washington ein Expertentreffen über „Folter und Misshandlung im Gesundheitswesen.“

III. Anwendung des Schutzrahmens gegen Folter und Misshandlung auf Gesundheitseinrichtungen

11. Misshandlung in Gesundheitseinrichtungen¹ hat seitens der Sonderberichterstatter über Folter bei der Wahrnehmung ihres Mandats bislang kaum gezielte Aufmerksamkeit erhalten, da eine Verweigerung gesundheitlicher Versorgung zumeist eher als Beeinträchtigung des „Rechts auf Gesundheit“ verstanden wurde.

12. Zwar haben die Berichterstatter und andere Mechanismen der Vereinten Nationen sich durchaus unter verschiedenen Aspekten bereits mit Folter und Misshandlung in Gesundheitseinrichtungen befasst, doch ist es nach Auffassung des Sonderberichterstatters notwendig, den spezifischen Umfang und die Schwere dieses oft unentdeckt bleibenden Problems hervorzuheben, Missbräuche aufzuzeigen, die über das hinausgehen, was als Verletzung des Rechts auf Gesundheit einzuordnen wäre und stattdessen Folter und Misshandlung darstellt, sowie die Mechanismen für Rechenschaft und Wiedergutmachung zu stärken.

13. Der Sonderberichterstatter erkennt an, dass die Beendigung von Folter und Misshandlung in Gesundheitseinrichtungen mit einzigartigen Herausforderungen verbunden ist, unter anderem wegen der Wahrnehmung, dass bestimmte Maßnahmen bei der Gesundheitsfürsorge zwar nie zu rechtfertigen sind, von den Behörden aber aus Gründen der administrativen Effizienz, der Verhaltensmodifikation oder der medizinischen Notwendigkeit vertreten werden können. Dieser Bericht will alle Formen der Misshandlung analysieren, die sich unter dem gemeinsamen Nenner ihrer angeblichen Berechtigung als „Gesundheitstherapie“ auf die Gesundheitspolitik stützen oder aus dieser zu rechtfertigen suchen, und Querschnittsfragen zu ermitteln, die für alle oder die meisten dieser Maßnahmen gelten.

A. Der sich entwickelnde Begriffsinhalt von Folter und Misshandlung

14. Der Europäische Gerichtshof für Menschenrechte (EGMR) ebenso wie auch der Interamerikanische Gerichtshof für Menschenrechte haben erklärt, dass die Definition der Folter im Lichte heutiger Bedingungen und der sich wandelnden Wertvorstellungen in einer demokratischen Gesellschaft einer kontinuierlichen Neubewertung unterliegt².

15. Die Konzeptualisierung von Missbräuchen in Gesundheitseinrichtungen als Folter oder Misshandlung ist eine relativ neue Entwicklung. Im vorliegenden Abschnitt bejaht der Sonderberichterstatter den sich vollziehenden Paradigmenwechsel, in dessen Rahmen verschiedene Formen des Missbrauchs in Gesundheitseinrichtungen zunehmend in die Folterdiskussion einbezogen werden. Er zeigt, dass das Folterverbot ursprünglich primär im Kon-

¹ Gesundheitseinrichtungen bedeutet Krankenhäuser, öffentliche und private Kliniken, Hospize und sonstige Einrichtungen, in denen Gesundheitsfürsorge erbracht wird.

² World Organization Against Torture (OMCT), *The Prohibition of Torture and Ill-treatment in the Inter-American Human Rights System: A Handbook for Victims and Their Advocates* (2006), S. 107, darin zitiert Inter-American Court of Human Rights, *Cantoral-Benavides v. Peru*, Reihe C, Nr. 69 (2000) Ziff. 99; ECHR, *Selmouni v. France*, Beschwerde Nr. 25803/94 (1999), Ziff. 101.

text der Verhörung, Bestrafung oder Einschüchterung von Inhaftierten Anwendung gefunden haben mag, dass die internationale Gemeinschaft inzwischen aber anerkennt, dass Folter auch in anderen Kontexten vorkommen kann.

16. Die Analyse von Missbräuchen in Gesundheitseinrichtungen aus dem Blickwinkel der Folter und Misshandlung geht von der Definition dieser Rechtsverletzungen aus, die sich aus dem Übereinkommen gegen Folter und andere grausame, unmenschliche oder erniedrigende Behandlung oder Strafe und autoritativen Auslegungen desselben ergibt. Um darzustellen, inwieweit missbräuchliche Maßnahmen in Gesundheitseinrichtungen der Definition der Folter entsprechen, wird im folgenden Abschnitt eine Übersicht über die wichtigsten Elemente der Folterdefinition gegeben.

B. Anwendbarkeit des Rahmenwerks gegen Folter und Misshandlung auf Gesundheitseinrichtungen

1. Übersicht über die wichtigsten Elemente der Definition von Folter und Misshandlung

17. Die Definition der Folter nach Artikel 1 Absatz 1 des Übereinkommens gegen Folter enthält mindestens vier wesentliche Elemente: durch die Handlung werden große körperliche oder seelische Schmerzen oder Leiden zugefügt; sie ist vorsätzlich; sie verfolgt einen spezifischen Zweck; und sie erfolgt unter Beteiligung oder zumindest mit dem stillschweigenden Einverständnis eines staatlichen Bediensteten (A/HRC/13/39/Add.5, Ziff. 30). Handlungen, die diese Kriterien nicht erfüllen, können grausame, unmenschliche oder erniedrigende Behandlung oder Strafe nach Artikel 16 des Übereinkommens gegen Folter darstellen (A/63/175, Ziff. 46). Die früheren Sonderberichterstatter haben sich eingehend mit den wichtigsten Bestandteilen der Folterdefinition auseinandergesetzt. Dennoch gibt es eine Anzahl wesentlicher Punkte, denen es sich für die Zwecke dieses Berichts weiter nachzugehen lohnt.

18. Die Rechtsprechung und die autoritativen Auslegungen internationaler Menschenrechtsorgane liefern nützliche Leitlinien für die Anwendbarkeit der vier Kriterien der Folterdefinition im Kontext von Gesundheitseinrichtungen. Dem EGMR zufolge kann ein Verstoß gegen Artikel 3 auch dann zustande kommen, wenn es weder Zweck noch Absicht der staatlichen Handlung oder Unterlassung war, das Opfer zu erniedrigen, zu demütigen oder zu strafen, diese Folge aber dennoch eintrat³.

19. Missbräuche in Gesundheitseinrichtungen erschließen sich relativ leicht den Kriterien der großen Schmerzen oder Leiden, des Vorsatzes und der mit ausdrücklichem oder stillschweigendem Einverständnis verbundenen Beteiligung eines Angehörigen des öffentlichen Dienstes oder einer anderen in amtlicher Eigenschaft handelnden Person. In Bezug auf das Kriterium des spezifischen Zwecks ist eine gewisse Analysearbeit am Platz⁴.

20. Frühere Mandatsträger haben bereits erklärt, dass effektiv davon ausgegangen werden kann, dass der in Artikel 1 des Übereinkommens gegen Folter geforderte Vorsatz gegeben ist, wenn eine Person aufgrund ihrer Behinderung diskriminiert wurde. Dies ist im Zusammenhang mit der medizinischen Behandlung insbesondere dann relevant, wenn medizinisches Fachpersonal schwere Verletzungen der Rechte und die Diskriminierung von Menschen mit Behinderungen unter Umständen als „gut gemeint“ rechtfertigt. Dem rein fahrlässigen Handeln fehlt das Vorsatzerfordernis, das nach Artikel 1 gegeben sein muss; es

³ Siehe *Peers v. Greece*, Beschwerde Nr. 28524/95 (2001), Ziff. 68, 74; *Groni v. Albania*, Beschwerde Nr. 25336/04 (2009), Ziff. 125.

⁴ Open Society Foundations, *Treatment or Torture? Applying International Human Rights Standards to Drug Detention Centers* (2011), S. 10.

kann jedoch Misshandlung darstellen, wenn es zu großen Schmerzen und Leiden führt (A/63/175, Ziff. 49).

21. Ferner nennt Artikel 1 ausdrücklich verschiedene Zwecke, derentwegen eine Handlung als Folter gelten kann: Erlangung eines Geständnisses, Beschaffung von Auskünften von einem Opfer oder einem Dritten, Bestrafung, Einschüchterung oder Nötigung sowie Diskriminierung. Es wird jedoch gemeinhin anerkannt, dass die genannten Zwecke eine indikative, keineswegs vollständige Aufzählung darstellen. Gleichzeitig tun nur diejenigen Zwecke der Folterdefinition Genüge, die „mit den ausdrücklich aufgeführten Zwecken etwas gemeinsam“ haben (A/HRC/13/39/Add.5, Ziff. 35).

22. Wenngleich in manchen Fällen es schwierig sein kann, das Zweckkriterium der Diskriminierung nachzuweisen, da aller Wahrscheinlichkeit nach geltend gemacht wird, die Behandlung solle dem „Patienten“ doch nützen, kann dem auf verschiedene Weise begegnet werden⁵. Aus der Beschreibung der nachstehend zusammengefassten Missbrauchshandlungen geht konkret hervor, dass neben vordergründig therapeutischen Zielen vielfach explizit oder implizit auch das Ziel der Bestrafung oder die Absicht der Einschüchterung gegeben ist.

2. Der Umfang der staatlichen Kernverpflichtungen nach dem Verbot der Folter und Misshandlung

23. Nach Auffassung des Ausschusses gegen Folter sind die Verpflichtungen des Staates zur Verhütung der Folter und die Verpflichtung zur Verhütung grausamer, unmenschlicher oder erniedrigender Behandlung oder Strafe (Misshandlung) unteilbar und miteinander verknüpft und bedingen sich gegenseitig, da „die Voraussetzungen, aus denen Misshandlung entsteht, häufig auch wegbereitend für Folter sind“⁶. Der Ausschuss hat befunden, „dass jeder Vertragsstaat Folter und Misshandlung in allen Kontexten verbieten, verhüten und wiedergutmachen soll, in denen der Betreffende sich in Gewahrsam befindet oder der Kontrolle untersteht, so etwa in Gefängnissen, Krankenhäusern, Schulen, Einrichtungen zur Betreuung von Kindern, der älteren Menschen, der psychisch Kranken oder der Behinderten, im Militärdienst und in anderen Einrichtungen sowie in Kontexten, in denen das Nichteingreifen des Staates die Gefahr des von privater Hand zugefügten Schadens begünstigt und erhöht“⁷.

24. In der Tat gilt die Verpflichtung des Staates zur Verhütung der Folter nicht nur für Angehörige des öffentlichen Dienstes, wie etwa Ordnungs- und Sicherheitsbeamte, sondern auch für Ärzte, medizinisches Fachpersonal und Sozialarbeiter, einschließlich Personen, die in privaten Krankenhäusern, anderen Institutionen oder Gewahrsamseinrichtungen tätig sind (A/63/175, Ziff. 51). Wie der Ausschuss gegen Folter betonte, muss das Verbot der Folter in Einrichtungen jeder Art durchgesetzt werden und müssen die Staaten ihrer Sorgfaltspflicht nachkommen, um durch nichtstaatliche Amtsträger oder private Akteure verübte Verstöße zu verhüten, zu untersuchen, strafrechtlich zu verfolgen und zu bestrafen⁸.

25. In dem Fall *da Silva Pimentel gegen Brasilien* stellte der Ausschuss für die Beseitigung der Diskriminierung der Frau fest, dass „der Staat ... unmittelbar für die Handlungen privater Einrichtungen verantwortlich [ist], wenn er seine medizinischen Dienstleistungen auslagert“ und „ihm...stets die Pflicht [obliegt], private Gesundheitseinrichtungen zu regu-

⁵ Ebd., S. 12.

⁶ Allgemeine Bemerkung Nr. 2 (2007), Ziff. 3.

⁷ Ebd., Ziff. 15.

⁸ Allgemeine Bemerkung Nr. 2, Ziff. 15, 17 und 18. Siehe auch Ausschuss gegen Folter, Mitteilung Nr. 161/2000, *Dzemajl et al. v. Serbia and Montenegro*, Ziff. 9.2; Menschenrechtsausschuss, Allgemeine Bemerkung Nr. 20 (1992), Ziff. 2.

lieren und zu überwachen“⁹. Der Interamerikanische Gerichtshof für Menschenrechte befasste sich in *Ximenes Lopes gegen Brasilien* mit der Verantwortlichkeit des Staates für die Handlungen privater Akteure bei der Erbringung von Gesundheitsleistungen¹⁰.

26. Die Gewährleistung des besonderen Schutzes von Minderheiten- und Randgruppen und ihnen angehörender Personen ist zentraler Teil der Verpflichtung zur Verhütung von Folter und Misshandlung. Sowohl der Ausschuss gegen Folter als auch der Interamerikanische Gerichtshof für Menschenrechte haben bestätigt, dass den Staaten in erhöhtem Maße die Verpflichtung obliegt, vulnerable und/oder marginalisierte Personen vor Folter zu schützen, da diese Personen in der Regel stärker der Gefahr ausgesetzt sind, Folter und Misshandlung zu erleiden¹¹.

C. Auslegungs- und Leitprinzipien

1. Rechts- und Handlungsfähigkeit und Einwilligung nach erfolgter Aufklärung (informierte Einwilligung)

27. In allen Rechtssystemen ist Handlungsfähigkeit die Eigenschaft eines mit Willens- und Entscheidungsfreiheit begabten Handlungsträgers, dessen Handlungen Rechtswirkungen zugeschrieben werden. Handlungsfähigkeit ist eine widerlegbare Vermutung, es gilt daher, Handlungsunfähigkeit nachzuweisen, bevor einer Person unterstellt werden kann, sie sei nicht imstande, ihre eigenen Entscheidungen zu treffen. Ist erst einmal Handlungsunfähigkeit attestiert worden, werden die von der betreffenden Person geäußerten Entscheidungen nicht mehr als vollwertig anerkannt. Einer der Kerngrundsätze des Übereinkommens über die Rechte von Menschen mit Behinderungen ist „die Achtung der dem Menschen innewohnenden Würde, seiner individuellen Autonomie, einschließlich der Freiheit, eigene Entscheidungen zu treffen, sowie seiner Unabhängigkeit“ (Art. 3 a)). Der Ausschuss für die Rechte von Menschen mit Behinderungen legt die Kernforderung von Artikel 12 so aus, dass an die Stelle einer stellvertretenden Entscheidung ein unterstützter Entscheidungsprozess zu treten hat, bei dem die Autonomie, der Wille und die Präferenzen der betreffenden Person geachtet werden¹².

28. Der Sonderberichterstatter über das Recht eines jeden auf das für ihn erreichbare Höchstmaß an körperlicher und geistiger Gesundheit hat festgestellt, dass informierte Einwilligung nicht die bloße Hinnahme eines medizinischen Eingriffs bedeutet, sondern vielmehr eine nach ausreichender Aufklärung freiwillig getroffene Entscheidung. Die Garantie der informierten Einwilligung ist ein grundlegender Teil der Achtung der Autonomie, der Selbstbestimmung und der Menschenwürde des Einzelnen in einem angemessenen Kontinuum freiwillig in Anspruch genommener Gesundheitsdienstleistungen (A/64/272, Ziff. 18).

29. Wie der Sonderberichterstatter über das Recht auf Gesundheit feststellte, ist die informierte Einwilligung in der Regel in der nationalen Rechtsordnung verankert, wird jedoch in Gesundheitseinrichtungen vielfach unterlaufen. Strukturelle Ungleichheiten wie etwa das Machtungleichgewicht zwischen Ärzten und Patienten, noch verschärft durch Stigma und Diskriminierung, führen dazu, dass Angehörige bestimmter Gruppen in unverhältnismäßigem Umfang Beeinträchtigungen bei der informierten Einwilligung ausgesetzt sind (ebd., Ziff. 92).

⁹ Mitteilung Nr. 17/2008, Ziff. 7.5.

¹⁰ Inter-American Court of Human Rights, (Reihe C) Nr. 149 (2006), Ziff. 103, 150; siehe auch Ausschuss für die Beseitigung der Diskriminierung der Frau, Allgemeine Empfehlung Nr. 19 (1992), Ziff. 9.

¹¹ Ausschuss gegen Folter, Allgemeine Bemerkung Nr. 2, Ziff. 21; *Ximenes Lopes v. Brazil*, Ziff. 103.

¹² Siehe CRPD/C/ESP/CO/1.

30. Sowohl der Ausschuss für die Rechte von Menschen mit Behinderungen als auch der vorangegangene Sonderberichterstatter über Folter haben die enge Verbindung von medizinischen Zwangseingriffen auf der Grundlage der Diskriminierung und dem Entzug der Rechts- und Handlungsfähigkeit hervorgehoben¹³.

2. Machtlosigkeit und die Doktrin der „medizinischen Notwendigkeit“

31. Patienten in Gesundheitseinrichtungen sind auf Gesundheitspersonal angewiesen, das Leistungen für sie erbringt. Der vorherige Sonderberichterstatter stellte fest: „Folter, die schwerste Verletzung des Menschenrechts auf Unversehrtheit und Würde der Person, setzt eine Situation der Machtlosigkeit voraus, in der das Opfer unter der vollkommenen Kontrolle einer anderen Person steht.“¹⁴ Neben dem Freiheitsentzug in Haftanstalten oder an anderen Orten ist der Entzug der Rechts- und Handlungsfähigkeit mit der damit einhergehenden Wegnahme der Entscheidungsfreiheit und deren Übertragung an andere Personen als eine solche Situation zu sehen (A/63/175, Ziff. 50).

32. Der Mandatsträger hat anerkannt, dass invasive und irreversible medizinische Behandlungen, die keinen Therapiezweck verfolgen, Folter und Misshandlung darstellen können, wenn sie unter Zwang oder ohne die freie und informierte Einwilligung der betroffenen Person erfolgen (ebd., Ziff. 40, 47). Dies trifft insbesondere dann zu, wenn invasive und irreversible Behandlungen ohne vorherige Einwilligung an Patienten vorgenommen werden, die marginalisierten Gruppen angehören, wie etwa an Menschen mit Behinderungen, gleichviel, ob dabei beste Absichten oder medizinische Notwendigkeit geltend gemacht werden. Beispielsweise hat der Mandatsträger befunden, dass der diskriminierende Charakter psychiatrischer Zwangseingriffe, wenn diese an Menschen mit psychosozialen Behinderungen vorgenommen werden, ungeachtet der von dem medizinischen Fachpersonal etwa geltend gemachten „besten Absichten“ die nach Artikel 1 des Folterübereinkommens erforderlichen Kriterien des Vorsatzes wie auch des Zwecks erfüllen (ebd., Ziff. 47, 48). In anderen Beispielsituationen wird im Hinblick auf die Verabreichung von Arzneimitteln ohne vorherige Einwilligung oder bei Zwangssterilisierungen häufig behauptet, diese seien eine notwendige Behandlung im sogenannten besten Interesse der betroffenen Person.

33. Indessen betonte die International Federation of Gynecology and Obstetrics (Internationale Vereinigung für Gynäkologie und Geburtshilfe) 2011 auf Meldungen über die Sterilisierung von Frauen hin, dass „Sterilisierung zur Verhütung künftiger Schwangerschaften mit der Begründung, es sei eine medizinische Notsituation gegeben, ...ethisch nicht zu rechtfertigen [ist]. Auch wenn das Leben einer Frau durch eine künftige Schwangerschaft gefährdet wäre, muss ihr die Zeit und Unterstützung gegeben werden, die sie braucht, um eine wohlüberlegte Entscheidung zu treffen. Ihre in Kenntnis der Sachlage getroffene Entscheidung ist sodann zu respektieren, selbst wenn davon ausgegangen wird, dass daraus Schaden für ihre Gesundheit entsteht.“¹⁵

34. In diesen Fällen wurden fragwürdige Gründe der medizinischen Notwendigkeit ins Feld geführt, um ohne die volle, freie und informierte Einwilligung der Patienten invasive und irreversible Verfahren an diesen zu rechtfertigen. Es ist vor diesem Hintergrund daher angebracht, die von dem EGMR in der Rechtssache *Herczegfalvy gegen Österreich* (1992)¹⁶ aufgestellte Doktrin der „therapeutischen Notwendigkeit“ in Frage zu stellen. In den genannten Fall hatte das Gericht befunden, dass die kontinuierliche Sedierung und Zwangsernährung eines Patienten, der durch Fesselung an ein Bett für einen Zeitraum von zwei Wo-

¹³ Übereinkommen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen, Art. 25 (d); siehe auch CRPD/C/CHN/CO/1 und Corr.1, Ziff. 38; A/63/175, Ziff. 47, 74.

¹⁴ A/63/175, Ziff. 50.

¹⁵ *Ethical Issues in Obstetrics and Gynecology* (2012), S. 123–124.

¹⁶ Beschwerde Nr. 10533/83, Ziff. 27, 83.

chen körperlich ruhiggestellt worden war, dennoch mit Artikel 3 der Europäischen Konvention zum Schutz der Menschenrechte und Grundfreiheiten vereinbar sei, weil die fragliche Behandlung medizinisch notwendig gewesen sei und den damals akzeptierten Verfahrensweisen der Psychiatrie entsprach.

35. Die Doktrin der medizinischen Notwendigkeit ist nach wie vor ein Hindernis für den Schutz vor willkürlichen Missbrauchshandlungen in Gesundheitseinrichtungen. Es gilt daher klarzustellen, dass eine unter Verstoß gegen die Bestimmungen des Übereinkommens über die Rechte von Menschen mit Behinderungen entweder unter Zwang oder aufgrund von Diskriminierung vorgenommene Behandlung weder rechtmäßig noch nach der Doktrin der medizinischen Notwendigkeit rechtfertigbar sein kann.

3. Stigmatisierte Identitäten

36. In einem Bericht aus dem Jahr 2011 (A/HRC/19/41) befasste sich die Hohe Kommissarin der Vereinten Nationen für Menschenrechte mit diskriminierenden Rechtsvorschriften und Praktiken sowie Gewalthandlungen gegen Menschen aufgrund ihrer sexuellen Orientierung und ihrer Geschlechtsidentität in Gesundheitseinrichtungen. Sie stellte fest, dass sich ein Muster von Menschenrechtsverletzungen abzeichne, das Gegenmaßnahmen verlange. Mit der im Juni 2011 verabschiedeten Resolution 17/19 brachte der Menschenrechtsrat formell seine „ernste Besorgnis“ über Gewalt und Diskriminierung aufgrund der sexuellen Orientierung und der Geschlechtsidentität zum Ausdruck.

37. In Gesundheitseinrichtungen verübte Missbräuche sind vielfach die Folge von Grundsatzregelungen und Verfahrensweisen, die mit der gezielten Diskriminierung marginalisierter Menschen verbunden sind. Analysiert man Verstöße gegen die reproduktiven Rechte als Formen der Folter oder Misshandlung, so kommt Diskriminierung dabei ein hoher Rang zu, da solchen Verstößen fast immer sexuelle und geschlechtsspezifische Voreingenommenheit zugrunde liegt. In Hinsicht auf eine geschlechtersensible Definition der Folter hat der Mandatsträger festgestellt, dass das Element des Zwecks bei geschlechtsspezifischer Gewalt gegen Frauen immer gegeben ist, da diese Art der Gewalt intrinsisch diskriminierend ist und Diskriminierung eines der in dem Übereinkommen genannten Zweckkriterien ist (A/HRC/7/3, Ziff. 68).

38. Der Sonderberichterstatter über das Recht auf Gesundheit räumte der informierten Einwilligung als ausschlaggebendem Teil eines Kontinuums, das die freiwillige Beratung, Untersuchung und Behandlung umfasst, eine Vorrangstellung ein und stellte außerdem fest, dass verwundbaren Gruppen besondere Aufmerksamkeit zugewandt werden solle. So etwa wird in den Prinzipien 17 und 18 der Yogyakarta-Prinzipien hervorgehoben wie wichtig es ist, die informierte Einwilligung sexueller Minderheiten zu gewährleisten. Anbieter von Gesundheitsdienstleistungen müssen sich der besonderen Bedürfnisse lesbischer, schwuler, bisexueller, transsexueller und intersexueller Menschen bewusst sein und sich diesen anpassen (A/64/272, Ziff. 46). Dem Ausschuss für wirtschaftliche, soziale und kulturelle Rechte zufolge verbietet der Internationale Pakt über wirtschaftliche, soziale und kulturelle Rechte jede Diskriminierung in der Gesundheitsfürsorge und den zugrunde liegenden Gesundheitsparametern, einschließlich des Zugangs zu Mitteln und zu Leistungsberechtigung, aufgrund der sexuellen Orientierung und der Geschlechtsidentität¹⁷.

¹⁷ Allgemeine Bemerkung Nr. 14 (2000), Ziff. 18.

IV. Das sich abzeichnende Verständnis verschiedener Formen des Missbrauchs in Gesundheitseinrichtungen

39. In zahlreichen Berichten ist eine Vielfalt von Missbräuchen an Patienten und der medizinischen Aufsicht unterstehenden Menschen dokumentiert worden. Leistungsanbietern wird vorgeworfen, Gesundheitsleistungen vorzuenthalten oder Behandlungen durchzuführen, die ohne rechtmäßigen medizinischen Zweck vorsätzlich oder fahrlässig große Schmerzen oder Leiden zufügen. Medizinische Maßnahmen, die ohne rechtfertigbaren Grund schweres Leiden verursachen, können als grausame, unmenschliche oder erniedrigende Behandlung oder Strafe angesehen werden, und sofern staatliche Beteiligung und spezifischer Vorsatz vorliegen, handelt es sich dabei um Folter.

A. Freiheitsentzug aus medizinischen Gründen

40. In sogenannten Rehabilitationszentren wird Drogennutzern routinemäßig ihre Freiheit entzogen. Diese mitunter als Entziehungszentren oder als Zentren oder Lager für Umerziehung durch Arbeit bezeichneten Einrichtungen werden im Allgemeinen von militärischen oder paramilitärischen Kräften, Polizei- oder Sicherheitskräften oder Privatunternehmen betrieben. Drogenkonsumenten oder des Drogenkonsums Verdächtige, die sich nicht freiwillig zu einer Drogentherapie und -rehabilitierung entschließen, werden in solchen Zentren eingesperrt und gezwungen, sich verschiedenen Eingriffen zu unterziehen¹⁸. Meldungen zufolge werden in manchen Ländern Angehörige einer breiten Vielfalt anderer Randgruppen, darunter auch Straßenkinder, Menschen mit psychosozialen Behinderungen, Sexarbeiter, Obdachlose und Tuberkulosekranke, in solchen Zentren festgehalten¹⁹.

41. Aus zahlreichen Berichten geht hervor, dass in solchen Zentren festgehaltene Nutzer unerlaubter Drogen ohne medizinische Hilfe einem schmerzhaften Entzug von der Drogenabhängigkeit, der Verabreichung unbekannter oder experimenteller Arzneimittel, vom Staat sanktionierten Schlägen, Stockschlägen oder Peitschenhieben, der Zwangsarbeit, dem sexuellen Missbrauch und der vorsätzlichen Demütigung ausgesetzt sind²⁰. Zu sonstigen gemeldeten Missbräuchen zählen die „Peitschentherapie“, die „Brot-und-Wasser-Therapie“ und zu Krampfanfällen führende Elektroschocks, alle angewandt unter dem Vorwand der Rehabilitation. In diesen Umfeldern steht oft kein medizinisches Fachpersonal zur Verfügung, das dazu ausgebildet wäre, mit Störungen, die mit der Drogenabhängigkeit verbunden sind, als Krankheiten umzugehen²¹.

42. Bei Programmen der Zwangsbehandlung, die überwiegend aus Maßnahmen der körperlichen Züchtigung bestehen, vielfach unter Einschluss quasimilitärischer Drills, finden medizinische Erkenntnisse keine Berücksichtigung (A/65/255, Ziff. 31, 34). Der Weltgesundheitsorganisation (WHO) und dem Büro der Vereinten Nationen für Drogen- und Verbrechenbekämpfung (UNODC) zufolge „sind weder Freiheitsentzug noch Zwangsarbeit von der Wissenschaft als Therapie für drogenbedingte Störungen anerkannt worden“²². Ein solcher Freiheitsentzug - vielfach ohne medizinische Bewertung, gerichtliche Nachprüfung

¹⁸ Siehe World Health Organization (WHO), *Assessment of Compulsory Treatment of People Who Use Drugs in Cambodia, China, Malaysia and Viet Nam* (2009).

¹⁹ Human Rights Watch (HRW), *Torture in the Name of Treatment: Human Rights Abuses in Vietnam, China, Cambodia, and LAO PDR* (2012), p. 4.

²⁰ Siehe Daniel Wolfe und Roxanne Saucier, „In rehabilitation’s name? Ending institutionalized cruelty and degrading treatment of people who use drugs“, *International Journal of Drug Policy*, Bd. 21, Nr. 3 (2010), S. 145-148.

²¹ United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC) und WHO, „Principles of drug dependence treatment“, Diskussionspapier, 2008.

²² Ebd., S.15.

oder Beschwerderecht- stellt keine evidenzgestützte²³, wirksame Therapie dar. Mit Freiheitsentzug und Zwangsarbeit verbundene Programme verstoßen daher gegen das internationale Recht der Menschenrechte und sind ein unrechtmäßiger Ersatz für evidenzgestützte Maßnahmen wie etwa Substitutionstherapie, psychologische Maßnahmen und andere, mit voller informierter Einwilligung einhergehende Formen der Behandlung (A/65/255, Ziff. 31). Dieser willkürliche und ungerechtfertigte Freiheitsentzug wird nachweislich oft von schwerwiegendem körperlichem und geistigem Missbrauch begleitet bietet dafür das entsprechende Umfeld.

Überblick über die bisherigen Entwicklungen

43. Die vielfachen Aufforderungen verschiedener internationaler und regionaler Organisationen, Gewahrsamszentren für Drogenabhängige zu schließen²⁴, sowie die zahlreichen Verfügungen und Empfehlungen in den vor kurzem herausgegeben Leitlinien der WHO betreffend Pharmakotherapie für Opiatabhängigkeit,²⁵ die Grundsatzleitlinien des UNODC zu der menschenrechtlichen Verantwortung der Organisation in Gewahrsamszentren für Drogenabhängige²⁶ und die Resolutionen der Suchtstoffkommission²⁷ werden regelmäßig missachtet²⁸. Diese Zentren sind, vielfach mit unmittelbarer oder mittelbarer Unterstützung und Hilfe durch internationale Geber und ohne angemessene menschenrechtliche Aufsicht, nach wie vor in Betrieb²⁹.

44. Ungeachtet der Zusage, in vermehrtem Umfang auf Methadontherapie und evidenzgestützte Behandlung statt auf Strafsanktionen zurückzugreifen, übersteigt die Zahl derjenigen, die zur Zwangsbehandlung in die auf Bestrafung ausgerichteten drogenfreien Zentren eingewiesen werden, auch nach wie vor exponentiell die Zahl derjenigen, die eine evidenzgestützte Behandlung für ihre Drogenabhängigkeit erhalten³⁰.

B. Verletzungen der reproduktiven Rechte

45. Der Sonderberichterstatter ist mehrfach auf verschiedene Initiativen auf dem Gebiet der Integration der Geschlechterperspektive und der Bekämpfung von Gewalt gegen Frauen eingegangen, indem er sich mit geschlechtsspezifischen Formen der Folter auseinandergesetzt hat, um sicherzustellen, dass der Schutzrahmen gegen Folter auf geschlechtsinklusive Weise angewandt wird³¹. Er möchte diese Anstrengungen nunmehr dadurch ergänzen, dass er die die reproduktiven Rechte betreffenden Praktiken in Gesundheitseinrichtungen aufzeigt, von denen er der Auffassung ist, dass sie Folter oder Misshandlung darstellen.

46. Internationale und regionale Menschenrechtsorgane erkennen inzwischen erstmals an, dass der Missbrauch an Frauen, die reproduktionsgesundheitliche Leistungen in Anspruch nehmen wollen, und ihre Misshandlung größte, dauerhafte körperliche und emotionale Leiden verursachen können, die ihnen aufgrund ihres Geschlecht zugefügt werden³².

²³ Siehe beispielsweise WHO, UNODC, UNAIDS, Technical Guide for Countries to Set Targets for Universal Access to HIV Prevention, Treatment and Care for Injecting Drug Users (WHO, 2009).

²⁴ World Medical Association, "Call for compulsory drug Detention centers to be closed", Presseerklärung, 17. Mai 2011; Stellen der Vereinten Nationen, "Compulsory drug detention and rehabilitation centres", gemeinsame Erklärung, März 2012.

²⁵ Siehe Wolfe und Saucier, "In rehabilitation's name".

²⁶ "UNODC and the promotion and protection of human rights", Positionspapier, 2012, S.8.

²⁷ So etwa die Resolutionen 55/12 (2012); 55/2 (2012) und 55/10 (2012).

²⁸ Siehe Wolfe und Saucier, "In rehabilitation's name".

²⁹ HRW, Dem Sonderberichterstatter unterbreitete Vorlage zur Frage der Folter, 2012.

³⁰ Siehe Wolfe und Saucier, "In rehabilitation's name".

³¹ Siehe A/54/426, A/55/290.

³² CAT/C/CR/32/5, Ziff. 7 (m); Menschenrechtsausschuss, Allgemeine Bemerkung Nr. 28 (2000), Ziff. 11.

Als Beispiele für solche Rechtsverletzungen sind die missbräuchliche Behandlung und Demütigung in einem institutionellen Umfeld zu nennen³³, ferner die unfreiwillige Sterilisierung; die Verweigerung nach dem Gesetz verfügbarer Gesundheitsleistungen³⁴ wie Schwangerschaftsabbruch und Nachsorge nach dem Schwangerschaftsabbruch; Zwangsabtreibungen und Sterilisierungen³⁵; Genitalverstümmelung an Frauen und Mädchen³⁶; Verstöße gegen die medizinische Geheimhaltungs- und Vertraulichkeitspflicht in Gesundheitseinrichtungen, beispielsweise die Denunziation von Frauen durch medizinisches Personal, wenn Anzeichen für einen rechtswidrigen Schwangerschaftsabbruch gefunden werden; und die Praxis, als Vorbedingung für eine potenziell lebensrettende ärztliche Behandlung nach einem Schwangerschaftsabbruch Geständnisse zu erwirken³⁷.

47. In der Rechtssache *R.R. gegen Polen* befand der EGMR, es habe ein Verstoß gegen Artikel 3 stattgefunden, als einer Frau der Zugang zu einer pränatalen genetischen Untersuchung verweigert wurde, nachdem durch Ultraschall mögliche fetale Anomalien festgestellt worden waren. Der Gerichtshof erkannte an, dass „die Beschwerdeführerin sich in einer Situation großer Vulnerabilität“³⁸ befunden habe und dass ihr Zugang zu einer genetischen Untersuchung „durch Verschleppung, Desorganisation und Mangel an ordnungsgemäßer Beratung und Information der Beschwerdeführerin“³⁹ beeinträchtigt gewesen sei. Zugang zu reproduktionsgesundheitlichen Informationen ist für die Fähigkeit einer Frau, auf dem Gebiet der Fortpflanzung Autonomie auszuüben, und für das Recht auf Gesundheit und das Recht auf körperliche Unversehrtheit unverzichtbar.

48. Manche Frauen sind aufgrund ihres Geschlechts oder sonstiger Standes- oder Identitätsmerkmale unter Umständen der Mehrfachdiskriminierung ausgesetzt. Bei der gezielten Zwangssterilisierung⁴⁰ von Angehörigen ethnischer und rassistischer Minderheiten, Frauen aus marginalisierten Gemeinschaften⁴¹ und Frauen mit Behinderungen⁴² aufgrund der diskriminierenden Vorstellung, sie seien „untauglich“, Kinder zu gebären⁴³, handelt es sich um ein zunehmend weltumspannendes Problem. Die Zwangssterilisierung ist ein Akt der Gewalt⁴⁴, eine Form der sozialen Kontrolle und ein Verstoß gegen das Recht auf Freiheit von Gewalt und sonstiger grausamer, unmenschlicher oder erniedrigender Behandlung oder Strafe⁴⁵. Der Mandatsträger hat erklärt, dass „Zwangsabtreibungen oder Zwangssterilisierungen, die von staatlichen Bediensteten im Einklang mit einer auf Nötigung beruhenden Familienplanungsgesetzgebung und -politik durchgeführt werden, Folter darstellen können.“⁴⁶

49. Vielen Frauen, die eine Vergewaltigung überstanden haben, wird der Zugang zu einem gefahrlosen Schwangerschaftsabbruch durch ein Labyrinth administrativer Hürden und durch das fahrlässige und obstruktionistische Verhalten von Amtspersonen nahezu verunmöglicht. In seiner wegweisenden Entscheidung in der Rechtssache *K.N.L.H gegen Peru*

³³ See Center for Reproductive Rights, *Reproductive Rights Violations as Torture and Cruel, Inhuman, or Degrading Treatment or Punishment: A Critical Human Rights Analysis* (2011).

³⁴ See CAT/C/PER/CO/4, Ziff. 23.

³⁵ E/CN.4/2005/51, Ziff. 9, 12.

³⁶ A/HRC/7/3, Ziff. 50, 51, 53; CAT/C/IDN/CO/2, Ziff. 16.

³⁷ CAT/C/CR/32/5, Ziff. 6 j.

³⁸ ECHR, *R.R. v. Poland*, Beschwerde Nr. 27617/04 (2011), Ziff. 159.

³⁹ Ebd., Ziff. 153.

⁴⁰ Siehe ECHR, *V.C. v. Slovakia*, Beschwerde Nr. 18968/07 (2011).

⁴¹ A/67/227, Ziff. 28; A/HRC/7/3, Ziff. 38.

⁴² A/HRC/64/272, Ziff. 55.

⁴³ Siehe Open Society Foundations, *Against Her Will: Forced and Coerced Sterilization of Women Worldwide* (2011).

⁴⁴ Siehe Ausschuss für die Beseitigung der Diskriminierung der Frau, Allgemeine Empfehlung Nr. 19, Ziff. 22; Menschenrechtsausschuss, Allgemeine Bemerkung Nr. 28, Ziff. 11, 20.

⁴⁵ A/HRC/7/3, Ziff. 38, 39.

⁴⁶ Ebd., Ziff. 69.

befand der Menschenrechtsausschuss, dass die Verweigerung eines therapeutischen Schwangerschaftsabbruchs eine Verletzung des Rechts des Einzelnen auf Freiheit von Misshandlung darstellt⁴⁷. In der Rechtssache *P. und S. gegen. Polen* erklärte der EGMR, dass „das einem Schwangerschaftsabbruch und sexueller Gewalt anhaftende allgemeine Stigma....große körperliche wie geistige Nöte und Leiden“ verursacht habe⁴⁸.

50. Der Ausschuss gegen Folter hat mehrfach seine Besorgnis über beschränkten Zugang zu Schwangerschaftsabbrüchen und über absolute Verbote eines Schwangerschaftsabbruchs zum Ausdruck gebracht, die seiner Auffassung nach gegen das Verbot der Folter und Misshandlung verstoßen⁴⁹. Zu zahlreichen Gelegenheiten haben Organe der Vereinten Nationen sich besorgt darüber geäußert, dass der Zugang zu Nachsorge nach einem Schwangerschaftsabbruch gänzlich verwehrt oder an Bedingungen geknüpft wird⁵⁰, oft zu dem unzulässigen Zweck der Bestrafung oder der Erlangung eines Geständnisses⁵¹. Der Menschenrechtsausschuss hat ausdrücklich festgestellt, dass erzwungene Abtreibungen sowie der Umstand, dass Frauen, die infolge einer Vergewaltigung schwanger geworden sind, der Zugang zu einem gefahrlosen Schwangerschaftsabbruch⁵² verwehrt wird, ebenfalls gegen Artikel 7 des Internationalen Pakts über bürgerliche und politische Rechte verstoßen, und hat Besorgnis über Hindernisse zum Ausdruck gebracht, die Schwangerschaftsabbrüchen da, wo sie gesetzlich zugelassen sind, in den Weg gestellt werden.

C. Vorenthaltung von Schmerztherapie

51. Im Jahr 2012 schätzte die WHO, dass 5,5 Milliarden Menschen in Ländern leben, in denen sie kaum oder keinen Zugang zu kontrollierten Arzneimitteln und keinen oder nur unzureichenden Zugang zu Behandlungsmöglichkeiten zur Linderung mäßiger oder schwerer Schmerzen besitzen⁵³. Obwohl die Suchstoffkommission die Staaten mehrfach an ihre Verpflichtungen erinnerte⁵⁴, haben 83 Prozent der Weltbevölkerung entweder gar keinen oder nur unzureichenden Zugang zu Behandlungsmöglichkeiten für mäßige oder schwere Schmerzen. Alljährlich leiden Dutzende Millionen Menschen, darunter etwa 5,5 Millionen Patienten mit Krebs im Endstadium und eine Million Patienten mit HIV/Aids im Endstadium, unter unbehandelten mäßigen bis schweren Schmerzen⁵⁵.

52. Viele Länder treffen keine hinlänglichen Vorkehrungen zur Beschaffung dieser Arzneimittel⁵⁶. Etwa 6 Prozent des weltweiten Morphinverbrauchs entfallen auf Länder mit niedrigem und mittlerem Einkommen, die aber für etwa die Hälfte aller Krebspatienten und 95 Prozent aller HIV-Neuinfektionen verantwortlich sind⁵⁷. Zweiunddreißig Länder in Afrika verfügen über nahezu gar kein Morphin⁵⁸. In den Vereinigten Staaten wird über ein Drittel aller Patienten nicht hinlänglich gegen Schmerzen behandelt⁵⁹. In Frankreich wurde in einer Studie festgestellt, dass die Ärzte das Ausmaß der Schmerzen bei mehr als der Hälfte

⁴⁷ Mitteilung Nr. 1153/2003 (2005), Ziff. 6.3.

⁴⁸ ECHR, Beschwerdeschrift Nr. 57375/08 (2012), Ziff. 76.

⁴⁹ Siehe CAT/C/PER/CO/4, Ziff. 23.

⁵⁰ Siehe CAT/C/CR/32/5, Ziff. 7 (m); A/66/254, Ziff. 30.

⁵¹ CAT/C/CR/32/5, Ziff. 7 (m).

⁵² Allgemeine Bemerkung Nr. 28, Ziff. 11; siehe auch CCPR/CO.70/ARG, Ziff. 14.

⁵³ WHO, „Access to Controlled Medicines Programme“, Lagebericht (2012), S. 1.

⁵⁴ Resolutionen 53/4 (2010) und 54/6 (2011).

⁵⁵ WHO, „Access“, S. 1.

⁵⁶ Siehe HRW, „Please Do Not Make Us Suffer Any More...“: Access to Pain Treatment as a Human Right (2009).

⁵⁷ Open Society Foundations, „Palliative care as a human right“, Public Health Fact Sheet, 2012.

⁵⁸ Ebd.

⁵⁹ Ebd.

ihrer Aids-Patienten unterschätzen⁶⁰. In Indien verfügt mehr als die Hälfte der regionalen Krebszentren des Landes entweder nicht über Morphin oder besitzt keine in seiner Verabreichung ausgebildeten Ärzte, und zwar obwohl 70 Prozent oder mehr der dort behandelten Patienten Krebs in einem fortgeschrittenen Stadium haben und wahrscheinlich eine Schmerztherapie benötigen werden⁶¹.

53. Obwohl relativ preiswerte und außerordentlich wirksame Arzneimittel wie Morphin und andere Betäubungsmittel sich „zur Linderung von Schmerzen und Leiden⁶²“ als unverzichtbar erwiesen haben, sind sie in mehr als 150 Ländern so gut wie nicht erhältlich⁶³. Unter anderem wird der Zugang zu Morphin unnötig erschwert und seine Verfügbarkeit beeinträchtigt durch allzu restriktive Vorschriften zur Suchtstoffkontrolle⁶⁴ und, häufiger noch, durch Fehlinterpretationen ansonsten angemessener Vorschriften⁶⁵, Mängel beim Arzneimittel-Versorgungsmanagement, eine unzulängliche Infrastruktur⁶⁶, eine mangelnde Schwerpunktsetzung bei der Palliativpflege⁶⁷ und fest verwurzelte Vorurteile gegen die Verwendung von Opioiden zu medizinischen Zwecken⁶⁸ sowie mangelnde an Gesundheitskräfte gerichtete Grundsatzregelungen oder Leitlinien zum Schmerzmanagement⁶⁹.

Anwendbarkeit des Rahmenwerks gegen Folter und Misshandlung

54. Schmerztherapie wird in der Regel eher passiv unterlassen als aktiv nicht durchgeführt⁷⁰, und dies geschieht eher aus Unbedachtsamkeit und wegen schlechter staatlicher Grundsatzregelungen als aus der Absicht heraus, Leiden zuzufügen. Außerdem liegt nicht jedes Mal, wenn ein Mensch unter schweren Schmerzen leidet, aber keinen Zugang zu entsprechender Behandlung hat, grausame, unmenschliche oder erniedrigende Behandlung oder Strafe vor. Dies ist nur dann der Fall, wenn das Leiden so schwer ist, dass die Mindestschwelle nach dem Verbot der Folter und Misshandlung erreicht ist; der Staat Kenntnis von dem Leiden hat oder haben sollte, so auch, wenn keine angemessene Therapie angeboten wurde⁷¹; und der Staat nicht alle vertretbaren Schritte zum Schutz der körperlichen und psychischen Unversehrtheit des Einzelnen⁷² unternommen hat.

55. Sicherzustellen, dass die in der Modell-Liste der unentbehrlichen Arzneimittel der Weltgesundheitsorganisation enthaltenen Arzneimittel verfügbar und zugänglich sind, ist nicht nur ein vertretbarer Schritt, sondern auch eine rechtliche Verpflichtung nach dem Einheits-Übereinkommen von 1961 über Suchtstoffe. Verurteilt ein Staat dadurch, dass er keine positiven Schritte unternimmt oder es nicht unterlässt, in die Erbringung von Gesundheitsdiensten einzugreifen, Patienten zu unnötigen schmerzbedingten Leiden, gerät er nicht nur in Konflikt mit dem Recht auf Gesundheit, sondern verstößt unter Umständen auch gegen

⁶⁰ Ebd.

⁶¹ HRW, *Unbearable Pain: India's Obligation to Ensure Palliative Care* (2009), S. 3.

⁶² Einheits-Übereinkommen von 1961 über Suchtstoffe

⁶³ Joseph Amon und Diederik Lohman, „Denial of pain treatment and the prohibition of torture, cruel, inhuman or degrading treatment or punishment“, *INTERIGHTS Bulletin*, Bd. 16, Nr. 4 (2011), S. 172.

⁶⁴ Siehe HRW, *„Please Do Not Make Us Suffer“*.

⁶⁵ E/INCB/1999/1, S. 7.

⁶⁶ A/HRC/65/255, Ziff. 40.

⁶⁷ Palliativpflege bemüht sich darum, die Lebensqualität von Patienten angesichts lebensbedrohender Erkrankungen zu erhöhen, indem sie das Leiden verhütet oder leichter erträglich macht. WHO-Definition der Palliativpflege (Siehe www.who.int/cancer/palliative/definition/en/).

⁶⁸ E/INCB/1999/1, S. 7.

⁶⁹ HRW, *„Please Do Not Make Us Suffer“*, S. 2.

⁷⁰ Amon and Lohman, „Denial“, S. 172.

⁷¹ Siehe etwa ECHR, *Osman v. United Kingdom*, Beschwerde Nr. 23452/94 (1998), Ziff. 115-122; Ausschuss für wirtschaftliche, soziale und kulturelle Rechte, Allgemeine Bemerkung Nr. 14.

⁷² Amon and Lohman, „Denial“, S. 172.

eine positive Verpflichtung nach dem Verbot der Folter und Misshandlung (A/HRC/10/44 und Corr.1, Ziff. 72).

56. In einer gemeinsam mit dem Sonderberichterstatter über das Recht auf Gesundheit herausgegebenen Erklärung bekräftigte der Sonderberichterstatter über Folter, dass die Nichtgewährleistung des Zugangs zu kontrollierten Arzneimitteln zur Linderung von Schmerzen und Leiden die Grundrechte auf Gesundheit und auf Schutz vor grausamer, unmenschlicher und erniedrigender Behandlung bedroht. Die Regierungen müssen als Teil ihrer Mindest-Kernverpflichtungen nach dem Recht auf Gesundheit die Verfügbarkeit unentbehrlicher Arzneimittel - zu denen unter anderem opioide Analgetika gehören - garantieren und Maßnahmen treffen, um ihrer Herrschaftsgewalt unterstehende Menschen vor unmenschlicher und erniedrigender Behandlung zu schützen⁷³.

D. Menschen mit psychosozialen Behinderungen

57. Nach Artikel 1 des Übereinkommens über die Rechte von Menschen mit Behinderungen zählen zu den Menschen mit Behinderungen Menschen, die langfristige geistige oder Sinnesbeeinträchtigungen haben, welche sie in Wechselwirkung mit verschiedenen Barrieren an der vollen, wirksamen und gleichberechtigten Teilhabe an der Gesellschaft hindern können. Es handelt sich dabei um Menschen, die entweder vernachlässigt worden sind oder in psychiatrischen und Sozialpflegeeinrichtungen, in psychiatrischen Stationen, in Gebetslagern, weltlich und religiös ausgerichteten therapeutischen Internaten, Bootcamps, privaten Therapieheimen oder traditionellen Heilzentren⁷⁴ untergebracht wurden.

58. 2008 erzielte der Mandatsträger bedeutende Fortschritte bei der Erarbeitung von Normen zur Abschaffung erzwungener, ausschließlich wegen einer Behinderung vorgenommener psychiatrischer Eingriffe, da diese eine Form der Folter und Misshandlung darstellen (siehe A/63/175). Auch das Übereinkommen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen enthält autoritative Leitlinien zu den Rechten von Menschen mit Behinderungen. Es untersagt die mit der Behinderung begründete unfreiwillige Behandlung und Freiheitsentziehung und ersetzt damit frühere Normen wie etwa die 1991 verabschiedeten Grundsätze für den Schutz von psychisch Kranken und die Verbesserung der psychiatrischen Versorgung.

59. In Gesundheitseinrichtungen werden an Menschen mit psychosozialen Behinderungen und Menschen mit geistigen Behinderungen auch nach wie vor schwere Missbräuche verübt, wie etwa Vernachlässigung, seelischer und körperlicher Missbrauch und sexuelle Gewalt⁷⁵.

60. Es gibt mehrere Bereiche, in denen der Sonderberichterstatter zu Schritten anregen möchte, die über das von dem Mandatsträger in seinem Bemühen um die Förderung des Übereinkommens über die Rechte von Menschen mit Behinderungen als neues normatives Paradigma bereits Vorgeschlagene hinausgehen, und in denen er Maßnahmen zur Bekämpfung der Straflosigkeit fordern möchte.

⁷³ Gemeinsames Schreiben an den Vorsitz der zweiundfünfzigsten Tagung der Suchtstoffkommission, 2008, S. 4.

⁷⁴ Siehe HRW, *“Like a Death Sentence”: Abuses against Persons with Mental Disabilities in Ghana* (2012).

⁷⁵ Im November 2012 billigte die Interamerikanische Menschenrechtskommission Vorsorgemaßnahmen zum Schutz von 300 Personen in der psychiatrischen Anstalt von Guatemala-Stadt, in der unsägliche Formen des Missbrauchs dokumentiert worden waren.

1. Ein neues normatives Paradigma

61. Auf zahlreiche Forderungen des Mandatsträgers, das Regelwerk gegen Folter im Hinblick auf Menschen mit Behinderungen zu überprüfen⁷⁶, ist bislang nicht eingegangen worden. Es gilt daher zu bekräftigen, dass das Übereinkommen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen den umfassendsten Normenkatalog zu den Rechten der Menschen mit Behinderungen darstellt, unter anderem im Kontext der Gesundheitsfürsorge, einem Bereich, in dem die Entscheidungen von Menschen mit Behinderungen oft auf der Grundlage ihrer mutmaßlichen „besten Interessen“ hintangestellt werden und schwerwiegende Rechtsverletzungen und Diskriminierung gegen Menschen mit Behinderungen hinter dem Deckmantel der „besten Absichten“ der medizinischen Fachkräfte versteckt werden können (A/63/175, Ziff. 49).

62. Es gilt, unter Zusammenschau der Normen und Abstimmung der Maßnahmen mit dem Übereinkommen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen⁷⁷ hervorzuheben, was zusätzlich getan werden muss, um Folter und Misshandlungen an Menschen mit Behinderungen zu verhüten.

2. Absolutes Verbot der Fixierung und Absonderung

63. Der Mandatsträger hat in der Vergangenheit erklärt, dass es keine therapeutische Rechtfertigung dafür geben kann, Menschen mit Behinderungen in psychiatrischen Einrichtungen zu isolieren und über längere Zeiträume hinweg zu fixieren; sowohl die Absonderung als auch die Fixierung über längere Zeiträume hinweg kann Folter und Misshandlung darstellen (A/63/175, Ziff. 55-56). Der Sonderberichterstatter hat sich mit der Frage der Isolierung befasst und festgestellt, dass ihre Verhängung gegen Menschen mit Behinderungen, gleichviel über welchen Zeitraum, grausame, unmenschliche oder erniedrigende Behandlung darstellt (A/66/268, Ziff. 67-68, 78). Fernerhin kann jede Fixierung von Menschen mit psychischen Behinderungen, selbst für einen kurzen Zeitraum, Folter und Misshandlung darstellen⁷⁸. Es ist unverzichtbar, dass an allen Orten, an denen Menschen die Freiheit entzogen wird, so auch in psychiatrischen und Sozialpflegeeinrichtungen, ein absolutes Verbot aller unter Zwangsanwendung und ohne Einwilligung angewandter Maßnahmen, einschließlich der Fixierung und Isolierung von Menschen mit psychologischen oder geistigen Behinderungen, zum Tragen gelangt. Ein Umfeld, das von der Machtlosigkeit des Patienten und der missbräuchlichen Behandlung von Menschen mit Behinderungen geprägt ist und in dem diese fixiert und abgesondert werden, kann zu anderen ohne Einwilligung vorgenommenen Behandlungen führen, so etwa der zwangsweisen Verabreichung von Arzneimitteln und Elektroschockverfahren.

3. Einzelstaatliche Rechtsvorschriften, die Zwangseingriffe gestatten

64. Der Mandatsträger erhält nach wie vor Berichte, denen zufolge weltweit systematisch Zwangseingriffe vorgenommen werden. Dieser Mandatsträger ebenso wie auch die Vertragsorgane der Vereinten Nationen haben befunden, dass in Gesundheitseinrichtungen stattfindende unfreiwillige Behandlungen und sonstige psychiatrische Eingriffe Formen der Folter und Misshandlung darstellen⁷⁹. Zwangseingriffe, die oftmals zu Unrecht und entge-

⁷⁶ Siehe A/58/120; A/63/175, Ziff. 41.

⁷⁷ Siehe etwa Organization of American States, Committee for the Elimination of all Forms of Discrimination against Persons with Disabilities, Resolution CEDDIS/RES.1 (I-E/11) (2011), Anlage.

⁷⁸ Siehe CAT/C/CAN/CO/6, Ziff. 19 (d); ECHR, *Bures v. Czech Republic*, Beschwerde Nr. 37679/08 (2012), Ziff. 132.

⁷⁹ A/63/175, Ziff. 44, 47, 61, 63; Menschenrechtsausschuss, Mitteilung Nr. 110/1981, *Viana Acosta v. Uruguay*, Ziff. 2.7, 14, 15.

gen dem Übereinkommen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen durch Theorien der Rechts- und Handlungsunfähigkeit und therapeutischen Notwendigkeit rechtfertigt werden, beziehen ihre Legitimation aus innerstaatlichen Gesetzen und genießen, da sie mutmaßlich im „besten Interesse“ des Betroffenen liegen, unter Umständen breite öffentliche Unterstützung. Insoweit als sie schwere Schmerzen und Leiden zufügen, verstoßen sie jedoch gegen das absolute Verbot der Folter und grausamen, unmenschlichen und entwürdigenden Behandlung (A/63/175, Ziff. 38, 40, 41). Besorgnis um die Autonomie und Würde von Menschen mit Behinderungen bewegt den Sonderberichterstatter zu der nachdrücklichen Forderung nach einer Überarbeitung einzelstaatlicher Rechtsvorschriften, die Zwangseingriffe zulassen.

4. Die volle Achtung der Rechts- und Handlungsfähigkeit eines jeden ist ein erster Schritt auf dem Weg zur Verhütung von Folter und Misshandlung

65. Millionen von Menschen mit Behinderungen wird weltweit die Rechtsfähigkeit aberkannt, infolge von Stigma und Diskriminierung, durch richterliche Entmündigung oder lediglich aufgrund des Befunds eines Arztes, der Betreffende sei entscheidungsunfähig. Menschen, denen die Rechts- und Handlungsfähigkeit aberkannt wurde, wird ein Betreuer oder sonstiger Entscheidungsvertreter beigegeben, dessen Zustimmung für ausreichend erachtet wird, eine Zwangsbehandlung zu rechtfertigen (E/CN.4/2005/51, Ziff. 79).

66. Wie von dem Mandatsträger bereits früher erklärt, sollten die Kriterien, auf deren Grundlage eine Behandlung ohne freie und informierte Einwilligung stattfinden kann, im Recht klargestellt werden, ohne Unterscheidung zwischen Menschen mit und ohne Behinderungen⁸⁰. Nur in einem lebensbedrohlichen Notfall und sofern keine unterschiedlichen Auffassungen zu der mangelnden Rechts- und Handlungsfähigkeit bestehen, darf ein Erbringer von Gesundheitsleistungen einen lebensrettenden Eingriff vornehmen, ohne dass eine informierte Einwilligung vorliegt⁸¹. Unter diesem Gesichtspunkt mag es notwendig sein, mehrere der Grundsätze von 1991 als den Bestimmungen des Übereinkommens über die Rechte von Menschen mit Behinderungen zuwiderlaufend zu überdenken (A/63/175, Ziff. 44).

5. Unfreiwillige Unterbringung in psychiatrischen Einrichtungen

67. In vielen Ländern, in denen es Grundsatzregelungen und Rechtsvorschriften zur psychischen Gesundheit gibt, geht es darin primär um die Unterbringung von Menschen mit psychischen Behinderungen in psychiatrischen Einrichtungen, nicht aber um den wirksamen Schutz ihrer Menschenrechte⁸².

68. Unfreiwillige Unterbringungen in psychiatrischen Einrichtungen sind wohldokumentiert⁸³. Es gibt gut belegte Beispiele dafür, dass Menschen ihr gesamtes Leben in solchen psychiatrischen oder Sozialpflegeeinrichtungen zubringen⁸⁴. Der Ausschuss für die Rechte von Menschen mit Behinderungen hat sehr deutlich die Forderung nach dem Verbot des Freiheitsentzugs auf der Grundlage einer Behinderung erhoben, d.h. dem Verbot der Einweisung beziehungsweise der Zwangsinstitutionalisierung oder des Gewahrsams auf-

⁸⁰ Siehe auch A/64/272, Ziff. 74.

⁸¹ Ebd., Ziff. 12.

⁸² WHO, „Mental health legislation and human rights – denied citizens: including the excluded“, S. 1.

⁸³ Siehe Thomas Hammarberg, „Inhuman treatment of persons with disabilities in institutions“, Human Rights Comment (2010).

⁸⁴ Siehe Dorottya Karsay and Oliver Lewis, „Disability, torture and ill-treatment: taking stock and ending abuses“, *The International Journal of Human Rights*, Bd. 16, Nr. 6 (2012), S. 816-830.

grund der Behinderung⁸⁵. Der Ausschuss stellt fest, dass das unterstützte Leben in der Gemeinschaft nicht länger einen vielversprechenden Fortschritt in der Politik darstellt, sondern vielmehr ein international anerkanntes Recht⁸⁶. Das Übereinkommen selbst tritt diesem Ansatz radikal entgegen, indem es Freiheitsentziehung auf der Grundlage des Vorliegens einer Behinderung, einschließlich einer psychischen oder geistigen Behinderung, als diskriminierend verbietet. Artikel 14 Absatz 1 Buchstabe b des Übereinkommens stellt unzweideutig fest, dass „das Vorliegen einer Behinderung in keinem Fall eine Freiheitsentziehung rechtfertigt.“ Rechtsvorschriften, die die Unterbringung von Menschen mit Behinderungen auf der Grundlage ihrer Behinderung ohne ihre freie und informierte Einwilligung zulassen, müssen abgeschafft werden. Im gleichen Zuge gilt es auch, Bestimmungen aufzuheben, die es gestatten, Menschen mit Behinderungen zum Zweck ihrer Pflege und Behandlung ohne ihre freie und informierte Einwilligung zu institutionalisieren, sowie auch Bestimmungen, die den präventiven Entzug der Freiheit von Menschen mit Behinderungen auf der Grundlage zulassen, sie stellten möglicherweise eine Gefahr für sich selbst und für andere dar, und zwar immer dann, wenn der angeführte Zweck der Pflege, Behandlung und öffentlichen Sicherheit in der Rechtsvorschrift an eine augenscheinliche oder diagnostizierte psychische Krankheit geknüpft wird (A/HRC/10/48, Ziff. 48, 49).

69. Eine Freiheitsentziehung mit der Begründung, es liege eine psychische Erkrankung vor, ist nicht gerechtfertigt, wenn sie auf der Grundlage der Diskriminierung oder des Vorurteils gegen Menschen mit Behinderungen erfolgt. Nach der Europäischen Menschenrechtskonvention muss die psychische Störung einen gewissen Schweregrad besitzen, um den Freiheitsentzug zu rechtfertigen.⁸⁷ Der Sonderberichterstatter ist der Auffassung, dass die Schwere der psychischen Erkrankung alleine nicht ausreicht, um den Freiheitsentzug zu rechtfertigen; vielmehr muss der Staat auch nachweisen, dass dieser notwendig ist, um die Sicherheit des Betroffenen oder anderer Personen zu wahren. Außer in Notfällen sollte dem Betroffenen nicht seine Freiheit entzogen werden, es sei denn, dass zuverlässig nachgewiesen wurde, dass er „geistig gestört“⁸⁸ ist. Da der Freiheitsentzug in einem psychiatrischen Umfeld zu psychiatrischer Behandlung⁸⁹ ohne vorherige Einwilligung führen kann, hat der Mandatsträger erklärt, dass ein Freiheitsentzug aufgrund des Vorliegens einer Behinderung, bei dem große Schmerzen oder Leiden zugefügt werden, in den Anwendungsbereich des Übereinkommens gegen Folter fallen kann (A/63/175, Ziff. 65). Bei einer solchen Bewertung sollten Faktoren wie die durch die unbestimmte Dauer des Freiheitsentzugs ausgelöste Furcht und Angst, die zwangsweise Verabreichung von Medikamenten oder Elektroschocks, die Verwendung von Fesseln und Absonderung, die Trennung von der Familie und der Gemeinschaft usw. Berücksichtigung finden⁹⁰.

70. Ferner werfen die Auswirkungen einer Unterbringung von Personen, bei denen die entsprechenden Einweisungskriterien nicht gegeben sind (was bei den meisten Einrichtungen vorkommt, die sich nicht auf dem Überwachungsradar befinden und bei denen keine angemessene Aufsicht über die Einweisungen erfolgt⁹¹), im Hinblick auf das Verbot der Folter und Misshandlung besondere Fragen auf. Die unangemessene oder unnötige, ohne Einwilligung erfolgende Unterbringung eines Einzelnen kann insoweit Folter oder Miss-

⁸⁵ Siehe auch CRPD/C/HUN/CO/1, Ziff. 27-28.

⁸⁶ Siehe CRPD/C/CHN/CO/1 und Corr.1, Ziff. 92-93.

⁸⁷ Siehe Peter Bartlett, „A mental disorder of a kind or degree warranting confinement: examining justifications for psychiatric detention, *The International Journal of Human Rights*, Bd. 16, Nr. 6 (2012), S. 831-844.

⁸⁸ Siehe ECHR, *Winterwerp v. The Netherlands*, Beschwerde Nr. 6301/73 (1979) und ECHR, *E v. Norway*, Beschwerde Nr. 11701/85 (1990).

⁸⁹ Siehe Bartlett, „A mental disorder“.

⁹⁰ Stop Torture in Healthcare, „Torture and ill-treatment of people with disabilities in healthcare settings“, Campaign Briefing, 2012.

⁹¹ Siehe CAT/C/JPN/CO/1, Ziff. 26.

handlung darstellen, als es sich dabei um eine das Maß des streng Notwendigen übersteigende Anwendung von Gewalt handelt⁹².

E. Randgruppen

1. Mit HIV/Aids lebende Menschen

71. In zahlreichen Berichten wird dokumentiert, wie Menschen mit HIV/Aids von Leistungserbringern im Gesundheitsbereich misshandelt werden oder wie ihnen die Behandlung verweigert wird⁹³. Berichten zufolge werden sie von Krankenhäusern abgewiesen, summarisch entlassen, nur dann medizinisch versorgt, wenn sie einwilligen, sich sterilisieren zu lassen⁹⁴, und erhalten sie eine qualitativ minderwertige Fürsorge, die entwürdigend und ihrem ohnehin prekären Gesundheitszustand abträglich ist⁹⁵. Auch die zwangsweise oder obligatorische Durchführung von HIV-Tests ist ein häufiger Missbrauch, der erniedrigende Behandlung darstellen kann, wenn er „auf diskriminierender Grundlage unter Außerachtlassung der Voraussetzungen der Einwilligung und Notwendigkeit“ stattfindet (A/HRC/10/44 und Corr.1, Ziff. 65). Die unautorisierte Offenlegung des HIV-Status gegenüber Sexualpartnern, Familienangehörigen, Arbeitgebern und anderen Gesundheitsfachkräften ist ein häufig verübter Missbrauch an mit HIV lebenden Menschen, der zu physischer Gewalt führen kann.

2. Menschen, die Drogen gebrauchen

72. Menschen, die Drogen gebrauchen, sind eine in hohem Maße stigmatisierte und kriminalisierte Bevölkerungsgruppe, die bei der Gesundheitsversorgung oft Demütigung, Bestrafung und Grausamkeit erfährt. Mit HIV lebenden Drogenkonsumenten wird oft die medizinische Notfallbehandlung verweigert⁹⁶. In manchen Fällen wird im Recht spezifisch der Drogengebrauch als alleinige Grundlage angeführt, auf der jemandem das Sorgerecht oder sonstige elterliche Rechte entzogen werden dürfen. Die Verwendung von Verzeichnissen von Drogenkonsumenten, in denen Polizei und Gesundheitspersonal Drogennutzer erfassen und aufführen und durch die diese in ihren bürgerlichen Rechten beschränkt werden, stellt eine Verletzung der ärztlichen Schweigepflicht dar⁹⁷, die zu weiterer Misshandlung durch Gesundheitsanbieter führen kann.

73. Eine besondere Form der Misshandlung und möglicherweise der Folter von Drogenkonsumenten ist die Vorenthaltung einer Opiat-Substitutionstherapie, unter anderem als Weg, durch die Herbeiführung schmerzhafter Entzugssymptome Geständnisse über Straftaten zu erlangen (A/HRC/10/44 und Corr.1, Ziff. 57). Bei Vorliegen bestimmter Umstände ist die Verweigerung einer Methadon-Therapie in Gewahrsamseinrichtungen zu einem Verstoß gegen das Recht auf Freiheit von Folter und Misshandlung erklärt worden (ebd., Ziff. 71). Auch wenn kein Gewahrsamskontext gegeben ist, insbesondere in Fällen, in denen Re-

⁹² ECHR, *Mouisel v. France*, Beschwerde Nr. 67263/01 (2002), Ziff. 48; siehe auch Nell Monroe, „Define acceptable: how can we ensure that treatment for mental disorder in detention is consistent with the UN Convention on the Rights of Persons with Disabilities?“, *The International Journal of Human Rights*, Bd. 16, Nr. 6 (2012)

⁹³ Campaign to Stop Torture in Health Care, „Torture and ill-treatment in health settings: a failure of accountability“, *Interights Bulletin*, Bd. 16, Nr. 4 (2011), S. 162.

⁹⁴ Open Society Foundations, *Against Her Will* (Fußnote 43 oben).

⁹⁵ Siehe HRW, *Rhetoric and Risk: Human Rights Abuses Impeding Ukraine's Fight against HIV/AIDS* (2006).

⁹⁶ Ebd., S. 44.

⁹⁷ A/65/255, Ziff. 20.

gierungen eine Substitutionstherapie und Maßnahmen zur Schadensminderung gänzlich verbieten⁹⁸, sollte die gleiche Logik gelten. Die häufige Praxis, HIV-positiven Menschen, die Drogen gebrauchen, unter der Annahme, dass sie die Therapievorschriften nicht einhalten können werden, eine anti-retrovirale Therapie zu verweigern, stellt in Anbetracht der physischen und psychologischen Leiden, die mit dem Fortschreiten der Krankheit einhergehen, grausame und unmenschliche Behandlung dar; ferner stellt sie Misshandlung auf der Grundlage ungerechtfertigter, allein durch den Gesundheitszustand bedingter Diskriminierung dar.

74. Indem sie ihnen eine effektive Drogentherapie vorenthält, fügt die staatliche Drogenpolitik einer großen Gruppe von Menschen vorsätzlich schwere körperliche Schmerzen und Leiden zu und setzt sie Demütigungen aus. Sie straft sie damit effektiv dafür, dass sie Drogen konsumieren, und versucht, sie unter völliger Missachtung des chronischen Charakters der Abhängigkeit und der wissenschaftlich belegten Wirkungslosigkeit von Strafmaßnahmen zur Abstinenz zu nötigen.

3. Sexarbeiter

75. In einem Bericht über Sexarbeiter wurden negative und obstruierende Einstellungen von Gesundheitskräften dokumentiert, darunter auch die Verweigerung der notwendigen gesundheitlichen Fürsorge⁹⁹. Aus gesundheitspolitischen Beweggründen wurden in manchen Fällen obligatorische HIV-Tests durchgeführt und wurde der HIV-Status der betreffenden Person bei gleichzeitiger Anwendung von Strafmaßnahmen offengelegt¹⁰⁰. Bei Verletzungen der Privatsphäre und der Schweigepflicht handelt es sich um weitere Erniedrigungen, denen Sexarbeiter in Gesundheitseinrichtungen ausgesetzt sind¹⁰¹. Zuletzt nahm der Ausschuss gegen Folter Kenntnis von „Berichten über Vorwürfe betreffend Mangel an Privatsphäre und erniedrigender Behandlung gleichkommende, demütigende Umstände bei medizinischen Untersuchungen“¹⁰². Der Mandatsträger stellte fest, dass Handlungen, die darauf gerichtet sind, das Opfer zu demütigen, ungeachtet dessen, ob ihm dabei schwere Schmerzen zugefügt wurden oder nicht, wegen der damit verbundenen psychischen Leiden erniedrigende Behandlung oder Strafe darstellen können (E/CN.4/2006/6, Ziff. 35).

4. Lesbische, schwule, bisexuelle, transsexuelle und intersexuelle Menschen

76. Die Panamerikanische Gesundheitsorganisation (PAHO) hat festgestellt, dass homophobe Misshandlungen seitens medizinischer Fachkräfte unannehmbar und zu verbieten und zu ächten sind¹⁰³. Es gibt eine Vielzahl von Berichten und Aussagen, in denen Menschen darstellen, wie ihnen medizinische Behandlung vorenthalten wurde und wie sie der Beschimpfung und öffentlichen Demütigung, psychiatrischen Untersuchungen, verschiedensten Zwangseingriffen wie der Sterilisation, vom Staat verlangten und unter Zwang durchgeführten rektalen Untersuchungen zum Zweck der Strafverfolgung wegen mutmaßlicher homosexueller Betätigung sowie von Gesundheitsanbietern durchgeführten invasiven Jungfräulichkeitsuntersuchungen¹⁰⁴ und unter dem Deckmantel sogenannter „reparativer

⁹⁸ Siehe HRW, *Lessons Not Learned: Human Rights Abuses and HIV/AIDS in the Russian Federation* (2004).

⁹⁹ Campaign to Stop Torture in Health Care, „Torture“, S. 163; siehe auch A/64/272, Ziff. 85.

¹⁰⁰ WHO und die Global Coalition on Women and AIDS, „Violence against sex workers and HIV prevention“ (WHO, 2005), S. 2

¹⁰¹ Campaign to Stop Torture in Health Care, „Torture“, S. 163.

¹⁰² CAT/C/AUT/CO/4-5, Ziff. 22.

¹⁰³ PAHO, „Cures for an illness that does not exist“ (2012), S. 3.

¹⁰⁴ Siehe HRW, *In a Time of Torture: The Assault on Justice in Egypt's Crackdown on Homosexual Conduct* (2003).

Therapien“ Hormontherapien und geschlechtsangleichenden Operationen ausgesetzt waren¹⁰⁵. Diese Eingriffe sind kaum je medizinisch notwendig¹⁰⁶ und können zu Narbenbildung, Verlust des sexuellen Empfindens, Schmerzen, Inkontinenz und lebenslangen Depressionen führen und wurden ferner als unwissenschaftlich, möglicherweise schädlich und stigmatisierend kritisiert (A/HRC/14/20, Ziff. 23). Der Ausschuss für die Beseitigung der Diskriminierung der Frau äußerte sich besorgt darüber, dass lesbische, bisexuelle, transsexuelle- und intersexuelle Frauen „Opfer von Missbrauch und Misshandlung durch Gesundheitsdienstleister“ werden (A/HRC/19/41, Ziff. 56).

77. Kinder, die mit atypischen Geschlechtsmerkmalen auf die Welt kommen, sind oft einer irreversiblen Zuweisung der Geschlechtszugehörigkeit, der unfreiwilligen Sterilisierung oder unfreiwilligen chirurgischen Eingriffen zur Geschlechtsangleichung ausgesetzt, die ohne ihre informierte Einwilligung oder die ihrer Eltern in dem Bestreben an ihnen vorgenommen werden „ihr Geschlecht eindeutig festzulegen“,¹⁰⁷ was bei ihnen dauerhafte, irreversible Fortpflanzungsunfähigkeit hinterlässt und schwere psychische Leiden verursacht.

78. In vielen Ländern müssen sich Transgender als Voraussetzung dafür, dass sie in den Genuss der rechtlichen Anerkennung der von ihnen bevorzugten Geschlechtszugehörigkeit gelangen können, vielfach nicht gewollten Sterilisierungsoperationen unterziehen. In Europa verlangen 29 Staaten, dass Transgender sich sterilisieren lassen, bevor ihre Geschlechtszugehörigkeit personenstandsrechtlich anerkannt wird. In 11 Staaten, die keine Rechtsvorschriften über die rechtliche Anerkennung der Geschlechtszugehörigkeit besitzen¹⁰⁸, wird dennoch Zwangssterilisierung praktiziert. Mit Stand von 2008 mussten sich Transgender in 20 Staaten der USA einer „geschlechtsbestätigenden Operation“ oder einer „Operation zur Geschlechtsneuzuweisung“ unterziehen, bevor sie ihre Geschlechtszugehörigkeit personenstandsrechtlich ändern können¹⁰⁹. In Kanada besteht lediglich die Provinz Ontario nicht auf einer „transsexuellen Operation“ als Voraussetzung für eine Berichtigung der in der Geburtsurkunde eingetragenen Geschlechtszugehörigkeit¹¹⁰. Manche innerstaatlichen Gerichte haben befunden, dass ein erzwungener chirurgischer Eingriff nicht nur zu dauerhafter Fortpflanzungsunfähigkeit und unumkehrbaren Veränderungen des Körpers führt und das Familienleben und Fortpflanzungsleben beeinträchtigt, sondern auch einen schweren und irreversiblen Eingriff in die körperliche Unversehrtheit eines Menschen darstellt. Im Jahr 2012 urteilte das schwedische Oberverwaltungsgericht, dass eine in die körperliche Unversehrtheit eines Menschen eingreifende Auflage zur Zwangssterilisierung nicht als freiwillig angesehen werden kann¹¹¹. 2011 urteilte das deutsche Bundesverfassungsgericht, dass die Auflage einer geschlechtsumwandelnden Operation das Recht auf körperliche Unversehrtheit und Selbstbestimmung verletze.¹¹² 2009 urteilte auch der Verwaltungsgerichtshof Österreichs, dass eine obligatorische Geschlechts-Neuzuweisung als Voraussetzung für die personenstandsrechtliche Anerkennung der Geschlechtsidentität rechtswidrig sei¹¹³. 2009 stellte der Menschenrechtskommissar des Europarats fest, dass die Auflage zur unfreiwilligen Sterili-

¹⁰⁵ PAHO/WHO, „Therapies to change sexual orientation lack medical justification and threaten health“, Presseerklärung, 17. Mai 2012; und Vorlage von Advocates for Informed Choice an den Sonderberichterstatter über Folter, 2012.

¹⁰⁶ PAHO/WHO, „Therapies“.

¹⁰⁷ A/HRC/19/41, Ziff. 57.

¹⁰⁸ Commissioner for Human Rights of the Council of Europe, *Discrimination on Grounds of Sexual Orientation and Gender Identity in Europe* (2011), S. 86-87.

¹⁰⁹ D. Spade, „Documenting gender“, *Hastings Law Journal*, Bd. 59, Nr. 1 (2008), S. 830-831.

¹¹⁰ *XY v. Ontario*, 2012 HRTO 726 (CanLII), Urteil vom 11. April 2012.

¹¹¹ Målnr 1968-12, Kammarrätten i Stockholm, Avdelning 03, http://du2.pentagonvillan.se/images/stories/Kammarrattens_dom_-_121219.pdf, S. 4.

¹¹² Bundesverfassungsgericht 1 BvR 3295/07. Verfügbar unter www.bundesverfassungsgericht.de/entscheidungen/rs20110111_1bvr329507.html.

¹¹³ Verwaltungsgerichtshof Nr. 2008/17/0054, Erkenntnis vom 27. Februar 2009.

sierung „eindeutig im Widerspruch zu der Achtung der körperlichen Unversehrtheit der Person“ stehe¹¹⁴.

79. Der Mandatsträger hat festgestellt, dass „Angehörige sexueller Minderheiten in unverhältnismäßigem Umfang der Folter und anderen Formen der Misshandlung ausgesetzt sind, weil sie in Bezug auf die Geschlechtszugehörigkeit von sozial konstruierten Erwartungen abweichen. Diskriminierung aufgrund der sexuellen Orientierung oder der Geschlechtsidentität trägt unter Umständen sogar oft zu dem Prozess der Dehumanisierung des Opfers bei, vielfach eine notwendige Wegbereitung für Folter und Misshandlung.“¹¹⁵ Die „medizinisch wertlose“ Praxis, homosexueller Betätigung verdächtige Männer ohne ihre Einwilligung rektalen Untersuchungen zu unterziehen, um ihre Homosexualität zu „beweisen“,¹¹⁶ wurde von dem Ausschuss gegen Folter, dem Sonderberichterstatter über Folter und der Arbeitsgruppe für willkürliche Inhaftierungen verurteilt, die befunden haben, dass die Praxis unvereinbar mit dem Verbot der Folter und Misshandlung ist (A/HRC/19/41, Ziff. 37).

5. Menschen mit Behinderungen

80. Menschen mit Behinderungen sind in besonderem Maße von erzwungenen medizinischen Eingriffen betroffen und sehen sich auch weiterhin ärztlichen Eingriffen ausgesetzt, zu denen sie keine Einwilligung erteilt haben (A/63/175, Ziff. 40). Bei Kindern in Gesundheitseinrichtungen kann eine tatsächliche oder wahrgenommene Behinderung dazu führen, dass den Ansichten des Kindes bei der Feststellung seines wohlverstandenen Interesses geringeres Gewicht beigemessen wird¹¹⁷, oder dass die Behinderung als Grundlage für eine Substitution der eigenen Feststellung und Entscheidung durch Eltern, Vormünder, Betreuer oder öffentliche Stellen herangezogen wird¹¹⁸. Frauen mit Behinderungen, vor allem mit psychiatrisch umschriebenen Behinderungen, laufen Gefahr, in Gesundheitseinrichtungen mehrfachen Formen der Diskriminierung und des Missbrauchs ausgesetzt zu sein. Es gibt umfangreiche Belege für Zwangssterilisierungen an Mädchen und Frauen mit Behinderungen¹¹⁹. Neben anderen Ländern lässt auch in Spanien¹²⁰ das innerstaatliche Recht die Sterilisierung von Minderjährigen zu, bei denen schwere geistige Behinderungen festgestellt wurden. Das ägyptische Parlament hat es verabsäumt, in sein Patientenschutzgesetz eine Bestimmung aufzunehmen, die Sterilisierung als „Therapie“ für psychische Krankheiten verbietet. In den Vereinigten Staaten haben 15 Staaten Gesetze, die Frauen mit Behinderungen keinen Schutz vor unfreiwilliger Sterilisierung bieten¹²¹.

¹¹⁴ „Human rights and gender identity“, Themenpapier (2009), S. 19.

¹¹⁵ A/56/156, Ziff. 19. Siehe auch E/CN.4/2001/66, Ziff. 199.

¹¹⁶ Working Group on Arbitrary Detention, Stellungnahme Nr. 25/2009 (2009), Ziff. 29.

¹¹⁷ Ausschuss für die Rechte des Kindes, Allgemeine Bemerkung Nr. 12 (2009), para. 21.

¹¹⁸ Siehe A/HRC/20/5, para. 53 d). A/HRC/63/175, Ziff. 59.

¹¹⁹ Siehe Independent Expert for the Secretary-General's Study on Violence against Children, *World Report on Violence against Children* (2009).

¹²⁰ Open Society Foundations, *Against Her Will* (Fußnote 43), S. 6, A/64/272, Ziff. 71.

¹²¹ Open Society Foundations, *Against Her Will*, S. 6.

V. Schlussfolgerungen und Empfehlungen

A. Die Bedeutsamkeit der Kategorisierung von Missbräuchen in Gesundheitseinrichtungen als Folter und Misshandlung

81. Die vorstehend aufgeführten Beispiele für Folter und Misshandlung in Gesundheitseinrichtungen stellen wahrscheinlich nur einen kleinen Bruchteil dieses weltumspannenden Problems dar. Solche Eingriffe stellen immer mindestens unmenschliche und erniedrigende Behandlung dar, entsprechen vielfach wohl auch den Folterkriterien und sind immer völkerrechtlich verboten.

82. Das Verbot der Folter ist eines der wenigen absoluten Menschenrechte, die nicht abbedungen werden dürfen¹²²; es ist Teil des *ius cogens*¹²³ und bildet eine zwingende Norm des Völkergewohnheitsrechts. Die Betrachtung von Missbrauchshandlungen in Gesundheitseinrichtungen aus der Perspektive des Regelwerks zum Schutz vor Folter gestattet es, ein klareres Verständnis dieser Rechtsverletzungen zu gewinnen und die positiven Pflichten der Staaten hervorzuheben, diese Rechtsverletzungen zu verhüten, strafrechtlich zu verfolgen und wiedergutzumachen.

83. Das Recht auf einen angemessenen Standard der Gesundheitsfürsorge („Recht auf Gesundheit“) ist bestimmend für die Pflichten der Staaten gegenüber Kranken. Aus der Absolutheit und Unabdingbarkeit des Rechts auf Schutz vor Folter und Misshandlung wiederum ergeben sich objektive Beschränkungen für bestimmte Therapien. Wird bei Missbrauchshandlungen im Gesundheitskontext das Folterverbot in den Vordergrund gestellt, so verleiht dies Rechenschaftsforderungen größeres Gewicht und stellt das richtige Gleichgewicht zwischen der Freiheit und Würde des Einzelnen und Belangen der öffentlichen Gesundheit her. Durch die Berücksichtigung des Folter-Regelwerks wird somit dafür gesorgt, dass systemische Unzulänglichkeiten, Ressourcenmangel oder Leistungsdefizite nicht zur Rechtfertigung von Misshandlungen dienen können. Wenngleich knappe Ressourcen als Rechtfertigung für die nur teilweise Erfüllung vereinzelter Aspekte des Rechts auf Gesundheit herangezogen werden können, kann ein Staat die Nichtbefolgung seiner Kernpflichten, wie etwa des absoluten Folterverbots, unter keinerlei Umständen rechtfertigen¹²⁴.

84. Durch die Neuumschreibung von Gewalt- und Missbrauchshandlungen in Gesundheitseinrichtungen als widerrechtliche Misshandlung erschließen sich Opfern wie Interessenanwälten stärkerer rechtlicher Schutz und Wiedergutmachung für Verletzungen der Menschenrechte. In dieser Hinsicht enthält die vor kurzem veröffentlichte Allgemeine Bemerkung Nr. 3 (2012) des Ausschusses gegen Folter, die das Recht auf Rechtsschutz und Wiedergutmachung behandelt, wertvolle Leitlinien dahin gehend, welche proaktiven Maßnahmen notwendig sind, um Zwangseingriffe zu verhüten. Der Ausschuss ist namentlich der Auffassung, dass die Pflicht zur Gewährung von Rechtsschutz und Wiedergutmachung sich auf alle Misshandlungen erstreckt¹²⁵, so dass es für diese Zwecke unwesentlich ist, ob in Gesundheitseinrichtungen verübte Missbrauchshandlungen den Folterkriterien im strengen Sinne Genüge tun. Aus diesem Rahmen ergeben sich neue Möglichkeiten für holistische gesellschaftliche Prozesse, die die gelebten Erfahrungen anderer Menschen besser würdigen, unter Einschluss von

¹²² Übereinkommen gegen Folter, Art. 2, Ziff. 2, Internationaler Pakt über bürgerliche und politische Rechte, Art. 7.

¹²³ Siehe International Criminal Tribunal for the Former Yugoslavia, *Prosecutor v. Furundzija*, Fall Nr. IT-95-17/1-T, Urteil (1998).

¹²⁴ Siehe Ausschuss für wirtschaftliche, soziale und kulturelle Rechte, Allgemeine Bemerkung Nr. 14.

¹²⁵ Allgemeine Bemerkung Nr. 3, Ziff. 1.

Maßnahmen zur Genugtuung und von Nichtwiederholungsgarantien sowie der Aufhebung unvereinbarer Rechtsvorschriften.

B. Empfehlungen

85. Der Sonderberichterstatter fordert alle Staaten auf,

(a) das Folterverbot in allen öffentlichen wie privaten Gesundheitseinrichtungen durchzusetzen, unter anderem, indem sie erklären, dass im Rahmen der Gesundheitsfürsorge verübte Missbräuche Folter oder grausame, unmenschliche oder erniedrigende Behandlung oder Strafe darstellen können; medizinische Behandlungsmethoden zu regulieren, um zu verhüten, dass es zu Misshandlungen kommt, gleichviel, unter welchem Vorwand; und die Bestimmungen zur Verhütung von Folter und Misshandlung in die Gesundheitspolitik zu integrieren;

(b) Rechenschaft für Folter und Misshandlung in Gesundheitseinrichtungen zu fördern, indem sie diejenigen Gesetze, Politiken und Methoden ermitteln, die zu Missbräuchen führen; und nationale Mechanismen zur Folterverhütung dazu befähigen, eine systematische Überwachung vorzunehmen, Beschwerden entgegenzunehmen und die Strafverfolgung einzuleiten;

(c) umgehende, unparteiische und eingehende Ermittlungen zu allen Vorwürfen über Folter und Misshandlung in Gesundheitseinrichtungen durchzuführen; sofern ausreichende Beweise vorliegen, die Täter strafrechtlich zu verfolgen und gegen sie vorzugehen; und den Opfern wirksamen Rechtsschutz und wirksame Wiedergutmachung sowie Restitution, Entschädigung und Rehabilitierung zu gewähren;

(d) dem Personal im Bereich der Gesundheitsfürsorge die entsprechende Ausbildung und Aufklärung über das Verbot der Folter und Misshandlung sowie über die Existenz, das Ausmaß, die Schwere und die Folgen verschiedener Situationen zu gewähren, die Folter oder grausame, unmenschliche oder erniedrigende Behandlung oder Strafe darstellen; und eine Kultur der Achtung für die Unversehrtheit und Würde des Menschen, Achtung für die Vielfalt und die Ausmerzung pathologisierender und homophober Einstellungen zu fördern; Ärzte, Richter, Staatsanwälte und die Polizei hinsichtlich der Normen der freien und informierten Einwilligung zu schulen;

(e) durch rechtliche Regelwerke und justizielle und Verwaltungsmechanismen, so auch durch Politiken und Verfahren zum Schutz vor Missbräuchen, jedem Einzelnen gleichberechtigt und ausnahmslos die freie und informierte Einwilligung zu garantieren. Alle dem entgegenstehenden Rechtsvorschriften, wie etwa Bestimmungen, die im Umfeld der psychiatrischen Fürsorge, auch im Wege der Betreuung oder sonstigen stellvertretenden Entscheidung, die Isolierung oder Zwangsbehandlung zulassen, sind zu ändern. Politiken und Protokolle einzuführen, die die Autonomie, Selbstbestimmung und Menschenwürde wahren; sicherzustellen, dass gesundheitsrelevante Informationen uneingeschränkt verfügbar, annehmbar, zugänglich und qualitativ hochwertig sind und dass sie mittels unterstützender und schützender Maßnahmen wie etwa eines breiten Fächers gemeindenaher Dienste und Unterstützungsmaßnahmen vermittelt und aufgenommen werden (A/64/272, Ziff. 93). Werden Behandlungen ohne informierte Einwilligung vorgenommen, so sollen die Fälle untersucht und soll den Opfern Wiedergutmachung gewährt werden;

(f) als zentraler Bestandteil der Verpflichtung zur Verhütung von Folter und Misshandlung für den besonderen Schutz von Minderheiten- und Randgruppen sowie

von Angehörigen dieser Gruppen zu sorgen¹²⁶, unter anderem, indem sie in einen breiten Fächer freiwilliger Unterstützungsmaßnahmen investieren, die sie marginalisierten Personen anbieten, die es diesen gestatten, ihre Rechts- und Handlungsfähigkeit auszuüben, und bei denen ihre Autonomie, ihr Wille und ihre Präferenzen als Einzelpersonen uneingeschränkt geachtet werden.

1. Vorenthaltung von Schmerztherapie

86. Der Sonderberichterstatter fordert alle Staaten auf,

(a) mit Vorrang eine auf den Menschenrechten aufbauende Herangehensweise an die Drogenkontrolle einzuführen, um zu verhüten, dass es in Verbindung mit dem bisherigen Ansatz der Einschränkung von Angebot und Nachfrage weiterhin zu Rechtsverletzungen kommt (A/65/255, Ziff. 48). Sicherzustellen, dass nationale Drogenkontrollgesetze anerkennen, wie wesentlich Betäubungsmitteln und psychotrope Stoffe für die Linderung von Schmerzen und Leiden sind; nationale Rechtsvorschriften und Verwaltungsverfahren zu überprüfen, um die hinlängliche Verfügbarkeit dieser Arzneimittel für rechtmäßige medizinische Zwecke sicherzustellen;

(b) den uneingeschränkten Zugang zur Palliativpflege sicherzustellen und die regulatorischen sowie die ausbildungs- und einstellungsbedingten Hindernisse zu überwinden, die für die begrenzte Verfügbarkeit wesentlicher Arzneimittel für die Palliativpflege, insbesondere des oralen Morphins, verantwortlich sind. Die Staaten sollen Politiken entwickeln und umsetzen, durch die ein allgemeines Verständnis des therapeutischen Nutzens kontrollierter Stoffe und ihrer rationellen Verwendung gefördert wird;

(c) die Palliativpflege entwickeln und in ihr öffentliches Gesundheitswesen integrieren, indem sie diese in alle ihre nationalen Gesundheitspläne und -politiken, Lehrpläne und Ausbildungsprogramme aufnehmen und die notwendigen Normen, Richtlinien und klinischen Protokolle aufstellen.

2. Freiheitsentzug aus medizinischen Gründen

87. Der Sonderberichterstatter fordert alle Staaten auf,

(a) Gewahrsams- und "Rehabilitierungs"-zentren für den zwangsweisen Drogenentzug unverzüglich zu schließen und gemeindenaher freiwillige, evidenzgestützte und an Rechten orientierte Gesundheits- und Sozialdienste einzuführen. Mit Hilfe von Untersuchungen sicherzustellen, dass in privat betriebenen Zentren zur Behandlung von Drogenabhängigkeit keine Missbräuche stattfinden, so auch keine Folter oder grausame, unmenschliche und erniedrigende Behandlung;

(b) den Betrieb bestehender Gewahrsamszentren für den Drogenentzug oder die Schaffung neuer Zentren nicht mehr zu unterstützen. Jede Finanzierungsentscheidung sollte nur nach sorgfältiger Risikobewertung getroffen werden. Entsprechende Mittel sollten zeitlich klar begrenzt sein und nur unter der Voraussetzung bereitgestellt werden, dass die Behörden a) sich zu einem zügigen Prozess zur Schließung der Gewahrsamszentren für den Drogenentzug und zur Umschichtung der besagten Mittel zugunsten einer großflächigeren Erbringung freiwilliger, gemeindenaher, evidenzgestützter Dienste zur Drogentherapie verpflichten; und b) strafende Ansätze und die Zwangselemente der Drogentherapie durch andere, evidenzgestützte Bemühungen zur

¹²⁶ Siehe Ausschuss für wirtschaftliche, soziale und kulturelle Rechte, Allgemeine Bemerkung Nr. 14, Ziff. 43 (a)-(f).

Prävention von HIV und anderen mit Drogen verbundenen Schädigungen zu ersetzen. Während der Zeit, in der sie von den Behörden abgewickelt und geschlossen werden, unterliegen noch in Betrieb befindliche Zentren einer gänzlich unabhängigen Überwachung;

(c) einen wirksamen Mechanismus zur Überwachung der bei Entzugstherapien eingesetzte Methoden und der Einhaltung internationaler Normen zu schaffen;

(d) sicherzustellen, dass alle Maßnahmen zur Schadensminderung und Leistungen zur Behandlung von Drogenabhängigkeit, insbesondere Opioid-Substitutionstherapie, Menschen, die Drogen gebrauchen, zur Verfügung stehen, insbesondere soweit es sich dabei um Häftlinge handelt (A/65/255, Ziff. 76).

3. Lesbische, schwule, bisexuelle, transsexuelle und intersexuelle Menschen

88. Der Sonderberichterstatter ruft alle Staaten auf, alle Gesetze aufzuheben, die invasive und irreversible Behandlungen gestatten, einschließlich zwangsweiser geschlechtsangleichender Operationen, unfreiwilliger Sterilisation, unethischer Versuche, der Verwendung als medizinisches Anschauungsobjekt, „reparativer Therapien“ oder der Geschlechtsumwandlung, sofern ohne die freie informierte Einwilligung der betroffenen Person durchgesetzt oder vorgenommen. Er fordert sie außerdem auf, die Sterilisierung unter Zwang oder Nötigung unter allen Umständen zu ächten und Angehörigen von Randgruppen besonderen Schutz zu gewähren.

4. Menschen mit psychosozialen Behinderungen

89. Der Sonderberichterstatter fordert alle Staaten auf,

(a) das Regelwerk zur Verhütung von Folter in Bezug auf Menschen mit Behinderungen zu überprüfen, in Übereinstimmung mit dem Übereinkommen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen als autoritative Leitlinie für ihre Rechte im Rahmen der Gesundheitsfürsorge;

(b) ein absolutes Verbot aller unter Zwang und ohne Einwilligung erfolgten medizinischen Eingriffe an Menschen mit Behinderungen zu verhängen, einschließlich der ohne Einwilligung vorgenommenen Psychochirurgie oder Elektroschockbehandlung und Verabreichung bewusstseinsverändernder Arzneimittel wie etwa Neuroleptika, sowie der lang- wie kurzfristigen Fixierung und Isolierung. Die Verpflichtung zur Beendigung allein aufgrund einer Behinderung vorgenommener zwangsweiser psychiatrischer Eingriffe besitzt sofortige Wirkung, und knappe Ressourcen können nicht als Rechtfertigung für eine Verzögerung geltend gemacht werden¹²⁷;

(c) Dienstleistungen in der Gemeinschaft an die Stelle von Zwangsbehandlung und Unterbringung treten zu lassen. Diese Dienstleistungen müssen den von Menschen mit Behinderungen zum Ausdruck gebrachten Bedürfnissen entsprechen, die Autonomie, Entscheidungen, Würde und Privatsphäre des Betroffenen achten und das Gewicht auf Alternativen zu dem medizinischen Modell der psychischen Gesundheit legen, einschließlich gegenseitiger Unterstützung, Bewusstseinsbildung und Ausbildung von psychiatrischem Gesundheitspersonal sowie von Ordnungs- und Sicherheitskräften und anderen;

(d) die Gesetzesbestimmungen zu überarbeiten, die Freiheitsentzug auf der Grundlage des psychischen Gesundheitszustands oder in psychiatrischen Einrichtungen

¹²⁷ Übereinkommen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen, Art. 4, Ziff. 2.

gen sowie etwaige Zwangseingriffe oder -behandlungen in psychiatrischen Einrichtungen ohne die freie und informierte Einwilligung des Betroffenen zulassen. Rechtsvorschriften, die die Unterbringung von Menschen mit Behinderungen aufgrund ihrer Behinderung und ohne ihre freie und informierte Einwilligung gestatten, müssen abgeschafft werden.

5. Reproduktive Rechte

90. Der Sonderberichterstatter ruft alle Staaten auf, sicherzustellen, dass Frauen ohne Furcht vor strafrechtlichen Sanktionen oder Repressalien Zugang zu medizinischer Notfallfürsorge, einschließlich der Nachsorge nach einem Schwangerschaftsabbruch, haben. Staaten, deren innerstaatliches Recht den Schwangerschaftsabbruch unter verschiedenen Umständen zulässt, sollten sicherstellen, dass die Dienstleistungen tatsächlich verfügbar sind, ohne dass der Frau oder der medizinischen Fachkraft dabei Nachteile entstehen.
