

Stellungnahme zum Normenkontrollverfahren vor dem BVerfG 1/2024:

Einführung

Wir haben die Grundhaltung, dass in Deutschland eine Prüfung und Fortentwicklung des gesamten (psychiatrischen) Versorgungssystems auf der Basis der Menschenrechte rasch und entschlossen vorzunehmen ist und betroffene Menschen in seelischen Krisen vor Zwang und Zwangsbehandlung zu schützen sind. Die gesetzliche Einführung von Zwangsbehandlungen außerhalb des Krankenhauses, also eine Erweiterung von ärztlichen Zwangsbefugnissen, würde bestehende erhebliche Mängel des Versorgungssystems (Bundesministerium der Justiz 2024, S. 10 und 200) Einzelpersonen in besonderen Risikosituationen zuschreiben und gegen die Interessen der betroffenen Menschen gerichtet sein.

Immer neu eingeforderte staatliche Schutzpflichten in diesem Bereich höhlen die eigentliche Abwehrfunktion der Grundrechte aus.

Wir teilen die Einschätzung der Evaluierung des Gesetzes zur Änderung der materiellen Zulässigkeitsvoraussetzungen von ärztlichen Zwangsmaßnahmen und zur Stärkung des Selbstbestimmungsrechts von Betreuten vom 17. Juli 2017, dass im konkreten Fall, bei über Jahre hinweg durchgeführten ärztlichen Zwangsmaßnahmen, zur Frage steht, inwiefern eine fortlaufende Beantragung und Genehmigung einer ärztlichen Zwangsmaßnahme überhaupt noch den anderen Voraussetzungen des § 1832 BGB (§ 1906a BGB a.F.) entspricht (Bundesministerium der Justiz 2024, S. 217). Insbesondere das Ziel der Heilbehandlung, die kurzfristig sei und vor akuter Eigengefährdung schützen soll, scheint nicht der tatsächliche Anlass der Beantragung der (ambulanten) ärztlichen Zwangsmaßnahme im Rahmen der stationsäquivalenten Behandlung (StäB) zu sein.

Die gesundheitlichen Gefahren, die insbesondere bei langfristiger Einnahme von Neuroleptika bestehenden, werden unter Punkt II.1 beschrieben. Die Stationsäquivalente Behandlung (StäB) sieht weder konzeptuell eine Behandlung gegen den (natürlichen) Willen vor noch ist sie als Form einer Dauerbehandlung gedacht oder gesetzlich gefasst (dazu u.a. unter Punkt II.3).

Aus dem Evaluierungsbericht geht außerdem hervor, dass auch medizinisches Fachpersonal bei der Beantragung ärztlicher Zwangsmaßnahmen die Notwendigkeit eines stationären Krankenhausaufenthalts im Allgemeinen für gegeben sieht. Bei der Befragung der ärztlichen Dienste sahen fast 100% (66,7% immer/ 33,3 % häufig) und unter den Pflegekräften 70% immer, 20% häufig und 10% manchmal die Notwendigkeit der Verbringung als gegeben an (Bundesministerium Justiz, S. 108).

Mit einer Zunahme der Anwendung von ärztlichen Zwangsmaßnahmen, wenn ihre Zulässigkeit auf Heime und Einrichtungen ausgeweitet würde, ist allein deswegen zu rechnen, weil eine hohe Personenanzahl potentiell betroffen wäre. 26,4% der untersuchten Fälle des Evaluierungsberichts leben in Einrichtungen (Bundesministerium der Justiz, S. 40). Nicht zuletzt zeigt sich bereits unter der bestehenden Gesetzgebung, dass an vielen Stellen die vorgesehenen gesetzlichen Zulässigkeitsvoraussetzungen nicht hinreichend von den zuständigen Gerichten geprüft werden (siehe hierzu IV. und IX.2).

Wenn es zu einer Ausweitung der Befugnisse kommen sollte, ist mit einer weiteren Gefährdung des Verfahrensschutzes zu rechnen und ein bereits gegenwärtig nicht ausreichend stattfindendes umfassendes Monitoring sowohl freiheitsentziehender als auch ärztlicher Zwangsmaßnahmen wird noch unwahrscheinlicher (siehe hierzu I.1).

LITERATUR

Bundesministerium der Justiz 2024: Evaluierung des Gesetzes zur Änderung der materiellen Zulässigkeitsvoraussetzungen von ärztlichen Zwangsmaßnahmen und zur Stärkung des Selbstbestimmungsrechts von Betreuten vom 17. Juli 2017

Fragenkatalog mit entsprechender Stellungnahme:

I. Welche empirischen Erkenntnisse gibt es zu Fallzahlen, Gruppen von Betroffenen, Arten und zu Genehmigungsquoten ärztlicher Zwangsmaßnahmen gegenüber Betreuten? Es wird insbesondere um Stellungnahme gebeten

I.1. zur bundesweiten bzw. landesweiten Anzahl der Fälle ärztlicher Zwangsmaßnahmen gegenüber Betreuten, soweit möglich unter gesonderter Ausweisung der verschiedenen betroffenen Personengruppen (z.B. psychisch Erkrankte etc.) und der verschiedenen Arten ärztlicher Zwangsmaßnahmen (z.B. Verabreichung von Medikamenten etc.);

Aus der Frage I.1. geht nicht hinreichend hervor, welche gesetzlichen Grundlagen an dieser Stelle gemeint sind, wenn doch ärztliche Zwangsmaßnahmen gegenüber rechtlich betreuten Menschen sowohl nach Bürgerlichem Gesetzbuch (BGB), den Psychisch-Krankengesetzen der Länder (PsychKGs/PsychKHGs) als auch im Falle des rechtfertigenden Notstands (§ 34 StGB) zulässig sind. Dies hätte Einfluss auf die Deutung und Vergleichbarkeit der evtl. im Rahmen der Stellungnahmen übermittelten Daten.

Valide Zahlen zu der Anzahl der Fälle, zur Beschreibung der betroffenen Personengruppe und der Arten der ärztlichen Zwangsmaßnahmen gibt es - auch bereits im Rahmen des Aufenthalts in einer Klinik, wenngleich die Kliniken die organisatorischen Möglichkeiten hätten (Bundesministerium der Justiz 2024, S. 224) - nicht. Lediglich der Evaluierungsbericht des Bundesjustizministeriums macht einige Angaben zu

betroffenen Personengruppen, die aus der durchgeführten Stichprobe von 76 Gerichts- und Behandlungsakten hervorgehen. Bei den gesichteten Fällen handelt es sich überwiegend um Frauen (Frauen: 49, Männer: 27), 60,9% leben allein, 20,3% leben mit einer Partnerin oder einem Partner und 17,2% mit Familienangehörigen zusammen. Außerdem geht aus der Untersuchung hervor, dass insgesamt 26,4% der Personen in einer Einrichtung leben, 4,2% sind wohnungslos und 66,6% leben mit oder ohne Unterstützung in der eigenen Wohnung (Bundesministerium der Justiz 2024, S. 41).

Die größte Gruppe an Betroffenen war der Altersgruppe zwischen 25 und 34 Jahren zuzuordnen (N=18), gefolgt von der zweitgrößten Altersgruppe von 55 bis 64 Jahren (N=16) (Bundesministerium der Justiz 2024, S. 41). Alle Betroffenen waren stationär in der Klinik. Bei der weitüberwiegenden Gruppe von Betroffenen wurde eine Diagnose nach F.20-F29.0 gestellt (Bundesministerium der Justiz 2024, S. 42).

Patientenverfügungen wurden in den Akten nur in drei Fällen gesehen, die überdies inhaltlich dem somatischen Anwendungsbereich zuzuordnen waren (Bundesministerium der Justiz 2024, S. 43).

In anderen Erhebungen wird weder eine klare Unterscheidung zwischen ärztlichen Zwangsmaßnahmen gemäß § 1832 BGB (§1906a BGB a.F.) und freiheitsentziehenden Unterbringung und freiheitsentziehenden Maßnahmen gemäß § 1831 BGB (§1906 BGB a.F.) vollzogen noch Zwangsmaßnahmen mit ganz anderen Zwecken, wie dem Schutz Dritter gemäß den entsprechenden Landesgesetzen (PsychKHGs/PsychKGs) oder im Rahmen des rechtfertigenden Notstand gemäß § 34 StGB erfasst (Betreuungsgerichtstag 2019, S. 2).

So liegt für die Jahre 2020 und 2021 nur die B-Statistik vor, welche jedoch lediglich zur Berechnung des Personalbedarfs und nicht zur Überwachung der Anzahl von Zwangsbehandlungen, betroffenen Personengruppen und Arten der ärztlichen Eingriffe gegen den (natürlichen) Willen dient. Aber selbst diese Daten sind unvollständig und decken nicht alle Bundesländer ab, was auch einen Vergleich mit früheren Jahren unmöglich macht. Die letzten zuverlässigen Zahlen stammen aus den Jahren 2014 und 2015, während für 2016 und darauffolgende Jahre keine vollständigen Daten verfügbar sind (Bundesministerium der Justiz 2024, S. 17f).

Es gibt bereits seit längerer Zeit die Kritik an der unzureichenden Datenlage zu psychiatrischen Zwangsmaßnahmen in Deutschland. Um Entwicklungen zu überwachen und auf Veränderungen in der Praxis zu reagieren, ist zum einen eine bundesweit einheitliche Erfassung ärztlicher Zwangsmaßnahmen erforderlich, sowohl im Rahmen der Landesgesetze (PsychKHGs/PsychKGs) als auch des Bundesgesetzes (BGB) und im Falle des rechtfertigenden Notstands. Diese sollte Informationen wie die Dokumentation der Erfassung des (mutmaßlichen) Willens, des Überzeugungsversuchs, der Nutzung milderer Mittel außerhalb des Zwangs und Entscheidungsunterstützungen, der Anzahl der durchgeführten Zwangsbehandlungen nach Bundesland und Klinik, betroffener Personengruppen, Rechtsgrundlagen, Art der Maßnahmen (Medikamente

oral oder parenteral verabreicht, Elektrokonvulsionstherapie, medizinische Eingriffe) und Dauer der Behandlungen erfassen.

Um ein umfassendes Bild zu erhalten, sollten zum anderen neben Zwangsbehandlungen auch weitere Zwangsmaßnahmen wie die freiheitsentziehende Unterbringung gemäß den verschiedenen Rechtsgrundlagen sowie andere freiheitsentziehende Maßnahmen wie Fixierung, Festhalten und Isolierung in die Erfassung einbezogen werden (Bundesministerium der Justiz 2024, S. 200f). Es sollte allerdings klar sein, dass ein Monitoring keine Verhinderung von Zwang nach sich zieht, sondern lediglich Statistik wäre.

LITERATUR

Betreuungsgerichtstag e.V.: Keine ambulante Zwangsbehandlung von Verfassungswegen – Zur Verfassungsmäßigkeit von § 1906a Abs. 1 Nr. 7 BGB Stellungnahme des Betreuungsgerichtstags e.V., 2019

Bundesministerium der Justiz 2024: Evaluierung des Gesetzes zur Änderung der materiellen Zulässigkeitsvoraussetzungen von ärztlichen Zwangsmaßnahmen und zur Stärkung des Selbstbestimmungsrechts von Betreuten vom 17. Juli 2017

I.2. zur Anzahl der Fälle, in denen die Verabreichung von Medikamenten verdeckt erfolgt, insbesondere zum Vorliegen von Anhaltspunkten dafür, dass eine solche Verabreichung in erheblichem Umfang außerhalb von Krankenhäusern durchgeführt wird;

Zu empirischen Erkenntnissen und Anhaltspunkten:

Es gibt keine ausreichenden Stichproben oder Samples, um die Frage wissenschaftlich valide zu beantworten. Allerdings ergibt sich aus klinischer Erfahrung, z.B. bei Hausbesuchen, dass verdeckte Medikamentengabe durch Angehörige weit verbreitet sein könnte. Die Durchführenden sind sich oft nicht bewusst, dass das heimliche Hinzufügen von Medikamenten in Lebensmittel eine Straftat darstellt. Bislang wurde überwiegend die verdeckte Verabreichung von Medikamenten zurecht als von § 1832 BGB (§1906a BGB a.F.) nicht umfasst angesehen. Somit ist, und sollte es auch bleiben, die verdeckte Medikamentengabe oder das heimliche Untermischen von Medikamenten in das Essen oder Getränke sowohl innerhalb als auch außerhalb eines Krankenhauses eine Straftat.

Die Erfassung der Häufigkeit dieser Straftaten wäre jedoch darauf angewiesen, dass die Betroffenen Anzeige erstatten, was unwahrscheinlich ist, da entweder die Betroffenen überhaupt nicht davon wissen, dass Medikamente in die Lebensmittel gegeben werden oder das Beweisen der Zuführung (Menge, Dauer, Zeitpunkt) mehr oder weniger unmöglich ist. An der Unwissenheit der Betroffenen würde sich auch dann nichts ändern, wenn die Gerichte eine Zulässigkeit verdeckter Medikamentengabe vom §1832 BGB als erfasst ansähen, da die betroffenen Menschen auch im Falle der Zulässigkeit nicht über das Verfahren informiert werden dürften.

Eine Zulässigkeit unter §1832 BGB würde auch an der Dunkelziffer nichts ändern, wenn Angehörige oder Fachpersonal bereits gegenwärtig unrechtmäßig heimlich Medikamente in die Lebensmittel mischen, warum sollten sie zukünftig dafür eine Genehmigung beantragen, wenn sie jetzt schon bereit sind (wissentlich oder unwissentlich) eine Straftat zu begehen? Hinzu kommt, dass es für die betroffenen Personen schwierig sein dürfte, sich gegen den Missbrauch des heimlichen Untermischens zu wehren, insbesondere wenn durch ein Gericht genehmigt, da ihnen z.B. die Ressourcen für anwaltlichen Beistand oder das Durchleben eines Rechtsstreits fehlen.

Stellungnahme zur verdeckten Medikamentengabe als Zwangsbehandlung:

Weiterhin könnte eine Subsumtion der verdeckten Medikamentengabe unter § 1832 BGB (§1906a BGB a.F.) bedeuten, wie im Evaluationsbericht angedeutet (Bundesministerium der Justiz 2024, S. 226), dass das heimliche Untermischen als milderes Mittel innerhalb der Anwendung von Zwang im Verhältnis zur offenkundigen ärztlichen Zwangsmaßnahme betrachtet wird und daher häufiger angewendet werden könnte, als bis dato ohne Evidenz behauptet.

Die Ermöglichung der verdeckten Medikamentengabe sehen wir als äußerst kritisch an:

Wenn eine solche Zulässigkeit der heimlichen Medikamentengabe über § 1832 BGB (§1906a BGB a.F.) eingeführt würde, würden potenziell betroffene Personen dann über diese rechtliche Option seitens der Behandelnden informiert werden? Wenn ja, würde dies das Vertrauensverhältnis von Anfang an beeinträchtigen und womöglich gar zur Verweigerung der Nahrungsaufnahme führen.

Gerade Menschen in z.B. sog. „psychotischen Zuständen“ sind sensibel und feingefühlig, so dass sie häufig Umstände wahrnehmen, die über das uns gleichzeitig Wahrnehmbare hinausgehen. Zwischenmenschliche Änderungen oder Drohungen (wozu die Information über ambulante Optionen auf Zwangsbehandlung oder verdeckte Medikamentengabe unzweifelhaft zählt) können unvorhersehbare Folgen haben, nämlich ein enormes Misstrauen (und damit die Verweigerung der Nahrungsmittelaufnahme) über alles was unkontrollierbar erscheint. Wenn die betroffenen Personen nicht über die rechtliche Option der heimlichen Untermischung informiert würden, wäre dies eine massiv fremdbestimmte Herangehensweise an die Selbstbestimmungsrechte in Bezug auf Entscheidungen die die eigene Gesundheit betreffen.

Bei einer heimlichen Verabreichung, wäre es untersagt, der Patientin bzw. den Patienten über diese Vorgehensweise aufzuklären. Die Heimlichkeit wäre nur gegeben, wenn die betroffene Person weder durch die Ärztin oder den Arzt (vgl. §§ 630c Abs. 1, 630e Abs. 5 BGB) noch durch ihre Vertretenden (vgl. die Besprechungspflicht in § 1901 Abs. 3 S. 3 BGB) oder im gerichtlichen Genehmigungsverfahren (vgl. Art. 103 Abs. 1 GG sowie §§ 312 ff. FamFG, insbesondere §§ 319, 321, 325 FamFG) informiert würde. Folglich dürfte keine an dem Verfahren beteiligte Instanz die betroffene Person über das Verfahren in Kenntnis setzen, der verfahrensrechtliche Schutz der Person wäre

somit vollständig aufgehoben. Dies wirft ernsthafte Fragen zur Rechtsstaatlichkeit der Verfahren auf und fördert,

wenn eine Zulässigkeit unter §1832 BGB (§1906a BGB a.F.) oder entsprechenden Landesgesetzen geregelt würde, die missbräuchliche Anwendung massiv. Deren Ahndung der betroffenen Person, auf Grund der für die Umsetzung des heimlichen Verabreichens notwendige Unkenntnis, nahezu unmöglich sein würde.

Wenn unter der „Würde des Menschen“ (auch) die innere Freiheit zu verstehen ist, auch in Situationen äußerer Unfreiheit, (Goos, Innere Freiheit, S. 15, 75–215), würde gerade diese innere Freiheit dem Menschen genommen, wenn er zwangsbehandelt und auch verdeckt zwangsbehandelt würde. Die Menschenwürdegarantie schütze die elementare Substanz menschlicher Persönlichkeit, also den Kernbereich der Individualität, Identität und Integrität, der schlechthin unantastbar bleiben muss und keiner Relativierung durch Abwägungen oder gesonderten Einschränkungen zugänglich ist (ErfK/Schmidt, GG Art. 1 Rn. 7; Dreier/Dreier, GG Art. 1 Rn. 44). Es ist ein gravierender Eingriff in die Persönlichkeit und Individualität, wenn der Mensch Medikamente mit erheblichen unerwünschten Wirkungen (Nebenwirkungen) erhält oder solche, die seelische Abläufe, wie z.B. Neuroleptika, verändern (siehe hierzu II. 1), ebenso wenn der eigentliche Wunsch evtl. besteht, sterben zu wollen. Insbesondere zu den Neuroleptika stellte bereits das BVerfG fest, dass sie den Kern der Persönlichkeit des Menschen berühren (vgl. BVerfG, Beschl. v. 8. Juni 2021 – 2 BvR 1866/17, 2 BvR 1314/18, NStZ-RR 2021, 356). In die Erlebnis- und Empfindungsfähigkeit des Menschen, die auch als Teil der inneren Freiheit angesehen werden (Goos, Innere Freiheit, S. 75–215; BeckOK/Hillgruber, GG Art. 1 Rn. 12.2), würde massiv eingegriffen. Wie dies mit den verfassungsrechtlichen Grundgedanken vereinbar sein sollte, erschließt sich nicht.

Nunmehr wenden einige ein, dass bezogen auf die somatische Erkrankung eine verdeckte Medikamentengabe zulässig sein müsste, wenn sie das mildere Mittel darstellt. Würde jedoch für diese wenigen Fälle eine Erweiterung des § 1832 BGB (§1906a BGB a.F.) erfolgen, würde die Frage -wie im Evaluationsbericht- aufkommen: Warum ist es für eine Betroffenengruppe das mildere Mittel, den Beschluss mit körperlicher Gewalt durchzusetzen und im anderen Fall durch Heimlichkeit (Bundesministerium der Justiz 2024, S. 227)? Die Gefahr besteht, dass die Vorschrift weit über den Einzelfall angewendet würde; sei es z.B. auch aufgrund von Personalmangel oder fehlender Kompetenz der Begleitenden. Womöglich wird sie gar als ethisches Argument genutzt, verdeckt Medikamente zu verabreichen, ohne dass überhaupt ein gerichtliches Verfahren angestrebt würde.

Dem Menschen würde durch eine verdeckte Medikamentengabe letztendlich gar die Bildung seines „natürlichen Willens“ im Verabreichungsmoment genommen, wenn ihm die Medikamente verdeckt verabreicht werden dürften; er würde zum Objekt. Seine Subjektqualität und der daraus folgende Achtungsanspruch (dazu BeckOK/Hillgruber, GG Art. 1 Rn. 13) würden in Frage gestellt.

LITERATUR

Bundesministerium der Justiz 2024: Evaluierung des Gesetzes zur Änderung der materiellen Zulässigkeitsvoraussetzungen von ärztlichen Zwangsmaßnahmen und zur Stärkung des Selbstbestimmungsrechts von Betreuten vom 17. Juli 2017

Goos, Christoph, Innere Freiheit - Eine Rekonstruktion des grundgesetzlichen Würdebegriffs, Göttingen 2011.

Dreier (Hrsg.), Kommentar zum Grundgesetz, Bd. I, 3. Aufl. 2013.

Epping, Volker; Hillgruber, Christian (Hrsg.), BeckOK Grundgesetz, 57. Edition, Stand: 15.01.2024.

Müller-Glöge, Rudi; Preis, Ulrich; Schmidt, Ingrid; Dieterich, Thomas ; Hanau, Peter; Schaub, Günter (Hrsg.), Erfurter Kommentar zum Arbeitsrecht, 24. Auflage, München 2024.

I.3. zum Anteil derjenigen Fälle, in denen Betreuungsgerichte die Genehmigung der Einwilligung in ärztliche Zwangsmaßnahmen ablehnen.

Die Anzahl der Genehmigungen nach § 1832 BGB (1906a BGB a.F.) betrug im Jahr 2020 insgesamt 4.032, während es 235 Ablehnungen gab. Im Jahr 2021 wurden insgesamt 3.783 Genehmigungen erteilt, bei 198 Ablehnungen. Allerdings konnten die Bundesländer Mecklenburg-Vorpommern, Sachsen und Schleswig-Holstein keine validen Daten für das Jahr 2020 liefern. Im Jahr 2021 gab hinzukommend auch Berlin keine Zahlen an. Daher können die erfassten Zahlen nicht als valide Gesamtzahl für die Bundesrepublik Deutschland angesehen werden (Bundesministerium der Justiz 2024, S. 18).

LITERATUR

Bundesministerium der Justiz 2024: Evaluierung des Gesetzes zur Änderung der materiellen Zulässigkeitsvoraussetzungen von ärztlichen Zwangsmaßnahmen und zur Stärkung des Selbstbestimmungsrechts von Betreuten vom 17. Juli 2017

II. Welche Erkenntnisse gibt es zur praktischen Durchführung der zwangsweisen Verabreichung von Medikamenten, insbesondere an psychisch erkrankte Patientinnen und Patienten? Es wird insbesondere um Stellungnahme gebeten

Psychopharmaka greifen tief in die Persönlichkeit der betroffenen Personen ein. Das BVerfG hielt bereits 2011 fest, dass "Psychopharmaka (...) auf die Veränderung seelischer Abläufe gerichtet (sind). Ihre Verabreichung gegen den natürlichen Willen des Betroffenen berührt daher, auch unabhängig davon, ob sie mit körperlichem Zwang durchgesetzt wird, in besonderem Maße den Kern der Persönlichkeit." (vgl. BVerfG, Beschl. v. 8. Juni 2021 – 2 BvR 1866/17, 2 BvR 1314/18, NStZ-RR 2021, 356)

Dies berücksichtigend, werden die Antworten unter II.1-II.3 aufzeigen, welche fachwissenschaftlich-medizinischen Erkenntnisse ihre 2011 dargestellte Auffassung, bezüglich des schwerwiegenden Eingriffs in die Grundrechte der betroffenen

Personen, bekräftigen. So bestätigt sich, dass auch unabhängig von der erzwungenen Verabreichung, Neuroleptika und Benzodiazepine die Gesundheit massiv beeinträchtigen können, insbesondere bei längerfristiger Einnahme.

II.1. zu den verschiedenen Medikamentengruppen und deren Auswirkungen (Behandlungseffekte, Nebenwirkungen etc.);

Neuroleptika (Antipsychotika) werden zur Behandlung von Psychosen, aber auch zur Dämpfung von Gefühlen, zur Verhaltenssteuerung und zum Hervorrufen von Schläfrigkeit eingesetzt. Wenngleich Neuroleptika der zweiten Generation einige typische unerwünschte Wirkungen (Nebenwirkungen) der ersten Generation überwunden haben, bleiben metabolische, kognitive und kardiovaskuläre Nebenwirkungen ein großes Problem (Kane et al. 2015, De Hert M et al 2011):

Insbesondere die Langzeiteinnahme kann unerwünschte somatische Wirkungen in verschiedenen Systemen hervorrufen, hierzu zählen metabolische (Barton et al 2020, Newcomer 2005), neurologische (Fusar et al. 2013, Tarsy et al. 2011, Ali et al 2021, Ho et al), kardiovaskuläre (De Hert M et al 2011) oder hormonelle (Gynäkomastie, sexuelle Dysfunktion) (Besnard et al. 2014) Veränderungen.

Kardiometabolische Risikofaktoren werden als signifikante Faktoren für die erhöhte Mortalitätsrate von Menschen mit bestimmten psychiatrischen Diagnosen anerkannt; zu diesem Risiko tragen Neuroleptika bei, so dass die Empfehlung gegeben wurde, Neuroleptika nur zu nutzen, wenn andere Behandlungsoptionen mit geringerem Herzkreislaufisiko in angemessener Weise erprobt wurden und nicht erfolgreich waren (Correll et al. 2017).

Zusätzlich zu diesen somatischen unerwünschten Wirkungen können kognitive Beeinträchtigungen (Konzentration, Gedächtnis) (Sakurai et al. 2013) und psychische Störungen (affektive Abflachung, Anhedonie, emotionale Dysregulation) (Thompson et al. 2020) die Lebensqualität erheblich verschlechtern. Die Rolle von Neuroleptika bei der Prävention von Suizidgedanken und -verhalten ist unklar (Taipale et al. 2021).

Ihre nachteiligen Wirkungen können sogar Suizidgedanken hervorrufen (Cem Atbaşoğlu et al. 2001). Die Nutzerinnen und Nutzer werden zusätzlich in der Regel nicht ausreichend auf solche Risikofaktoren hingewiesen (Mitchell et al. 2012). Darüberhinaus ist ein erheblicher Anteil der Verschreibungen von Neuroleptika für Off-Label-Anwendungen bestimmt, also ohne die arzneimittelrechtlich vorgesehene Kontrolle der Sicherheit und Qualität des Arzneimittels, und liegt in einigen Studien zwischen 21 % und über 60 % (Douglas et al. 2009). Zu den Off-Label-Anwendungen gehören unter anderem Erkrankungen wie Angstzustände, ADHS, Demenz, Depressionen, Schlaflosigkeit und Drogenmissbrauch. Es gibt eindeutig Bedenken hinsichtlich erhöhter unerwünschter Wirkungen bei Off-Label-Anwendungen, insbesondere bei gefährdeten

Bevölkerungsgruppen wie älteren Menschen. (Maglione 2011, siehe hierzu insbesondere V.).

Benzodiazepine werden zur Beruhigung, gegen Ängste und Schlafstörungen eingesetzt. Die hauptsächlichsten unerwünschten Wirkungen von Benzodiazepinen sind: Beeinträchtigt Reaktionsvermögen und verlangsamte Bewegungsabläufe, Benommenheit, Schläfrigkeit und Müdigkeit Verwirrung und Desorientierung, Kopfschmerzen, Verlust der Libido, Muskelschwäche und erhöhte Sturzgefahr, Atemdepression und verlangsamte Atmung (Dold et al. 2012). Zusätzlich können bei längerem Gebrauch von Benzodiazepinen Entzugssymptome wie Schlafstörungen, Zittern, Übelkeit und Panikattacken auftreten, wenn sie zu schnell abgesetzt werden (Soyka 2017). Auch eine Verstärkung von Depressionen ist möglich. Insgesamt erhöht sich bei Langzeiteinnahme das Risiko für eine Abhängigkeit deutlich (Holzbach 2006). Ältere Menschen reagieren besonders empfindlich auf Benzodiazepine und haben ein höheres Risiko für Nebenwirkungen (Ashton 2004).

LITERATUR

Ali T et al Antipsychotic-induced extrapyramidal side effects: A systematic review and meta-analysis of observational studies. *PLoS One*. 2021 Sep 10; 16(9):e0257129.

Ashton Protracted Withdrawl Symptoms from Benzodiazepines, in *Comprehensive Handbook of Drug & Alcohol Addiction*, University of New Castle-School of Neurosciences 2004

Barton BB et al Update on weight-gain caused by antipsychotics: a systematic review and meta-analysis. *Expert Opin Drug Saf*. 2020 Mar; 19(3):295-314.

Besnard I et al Antipsychotic-drug-induced hyperprolactinemia: physiopathology, clinical features and guidance. 2014 Feb; 40(1):86-94

Cem Atbaşoğlu E et al The relationship of akathisia with suicidality and depersonalization among patients with schizophrenia. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci*. 2001; 13(3):336-41

Correll CU et al. Prevalence, incidence and mortality from cardiovascular disease in patients with pooled and specific severe mental illness: a large-scale meta-analysis of 3,211,768 patients and 113,383,368 controls. *World Psychiatry*. 2017 Jun; 16(2):163-180

De Hert M et al Metabolic and cardiovascular adverse effects associated with antipsychotic drugs. *Nat Rev Endocrinol*. 2011 Oct 18; 8(2) 114-26

Dold et al. Benzodiazepines for schizophrenia. *Cochrane Database Syst Rev*. 2012 Nov 14;11(11)

Douglas L Leslie et al. Off-label use of antipsychotic medications in the department of Veterans Affairs health care system, *Psychiatric Services*, 2009

Fusar-Poli et al. Progressive brain changes in schizophrenia related to antipsychotic treatment? A metaanalysis of longitudinal MRI studies, *Neurosci. Biobehav. Rev.*, vol. 37, no. 8, S. 1680–1691, 2013

Ho BC et al Long-term antipsychotic treatment and brain volumes: a longitudinal study of first-episode schizophrenia. *Arch Gen Psychiatry*. 2011 Feb; 68(2):128-37

Holzbach Der Benzodiazepinentzug und dessen Behandlung, in *Suchttherapie*, Thieme Verlag Stuttgart-New York, 2006, 7: 97 – 106

Kane JM, Correll CU. Past and present progress in the pharmacologic treatment of schizophrenia. *J Clin Psychiatry*. 2010 Sep; 71(9):1115-24

Mitchell AJ et al Guideline concordant monitoring of metabolic risk in people treated with antipsychotic medication: systematic review and meta-analysis of screening practices. *Psychol Med.* 2012 Jan; 42(1):125-47

Maglione M, Maher AR, Hu J, et al. Off-Label Use of Atypical Antipsychotics: An Update [Internet]. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (US); 2011 Sep. (Comparative Effectiveness Reviews, No. 43.) Executive Summary.

Newcomer JW. Second-generation (atypical) antipsychotics and metabolic effects: a comprehensive literature review. *CNS Drugs.* 2005; 19 Suppl 1:1-93

Sakurai H et al Dopamine D2 receptor occupancy and cognition in schizophrenia: analysis of the CATIE data. *Schizophr Bull.* 2013 May;39(3):564-74

Soyka Treatment of Benzodiazepine Dependence, *N Engl J Med* 2017 ;376:1147-115

Tarsy D, Lungu C, Baldessarini RJ. Epidemiology of tardive dyskinesia before and during the era of modern antipsychotic drugs. *Handb Clin Neurol.* 2011

Taipale H et al Comparative effectiveness of antipsychotics for risk of attempted or completed suicide among persons with schizophrenia. *Schizophr Bull.* 2021 Jan 23; 47(1):23-30

Thompson J et al Experiences of taking neuroleptic medication and impacts on symptoms, sense of self and agency: a systematic review and thematic synthesis of qualitative data. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2020 Feb; 55(2):151-164

II.2. zu den jeweils üblichen Modalitäten der zwangsweisen Verabreichung (insbesondere Art und Dauer der Verabreichung; Aufenthaltsdauer im Krankenhaus; beteiligte Personen einschließlich Funktion; Notwendigkeit begleitender weiterer Zwangsmaßnahmen; Notwendigkeit einer Vor- und/oder Nachbehandlung; Frequenz der Verabreichung);

Wie unter I.1. beschrieben, gibt es keine validen Daten und Untersuchungen zu den Details der genannten Fragestellung. Injektionen von Benzodiazepinen und Neuroleptika sollen außer in lebensgefährlichen Notfällen nur im Krankenhaus unter vollstationären Bedingungen und durch eine Ärztin oder einen Arzt durchgeführt werden. Eine Verabreichung von Injektionen von Benzodiazepinen und Neuroleptika gegen den (natürlichen) Willen der betroffenen Personen in Pflegeheimen, vergleichbaren Einrichtungen oder in der häuslichen Umgebung kommt nicht in Frage.

Um medikamentöse Zwangsmaßnahmen (z.B. Injektion von Neuroleptika) gegen den natürlichen Willen durchzuführen, sind zusätzlich Fixierungen oder Festhalten notwendig. Im Allgemeinen sind an der Fixierung, die zur Injektion der Psychopharmaka notwendig ist, insbesondere Pflegekräfte und das durchführende ärztliche Fachpersonal beteiligt. Die Dauer und Häufigkeit der Verabreichung hängt vom Einzelfall ab.

Da in Fixierung stattfindende Verabreichungen (intramuskuläre Spritzung) einen massiven Eingriff in die Grundrechte darstellen und von den betroffenen Menschen zu großen Teilen als traumatisierend erlebt werden (siehe hierzu VII.), ist bei Aufrechterhaltung der Zulässigkeit ärztlicher Zwangsmaßnahmen, trotz einschlägiger

menschenrechtlicher und medizinischer Bedenken (siehe hierzu VII.), mindestens eine kurzfristige, niedrighschwellige, 24-Stunden zur Verfügung stehende Möglichkeit der Vor- und Nachbesprechung und im Notfall zügige ärztliche Untersuchung und Behandlung notwendig (Sicherstellung einer ärztlichen Versorgung zu jeder Zeit). Diese kann auf Grund der örtlichen Bedingungen nur im stationären Rahmen gewährleistet werden.

II.3. zur Notwendigkeit aus medizinischer Sicht, die zwangsweise Verabreichung - einschließlich eventuell erforderlicher Vor- und/oder Nachbehandlung - jeweils in einem Krankenhaus (unter vollstationärer Aufnahme) durchzuführen, sowie zu der Frage, inwieweit die erforderlichen Rahmenbedingungen (z.B. sachliche Ausstattung, multiprofessionelle Behandlungsteams) jeweils auch im ambulanten Bereich (z.B. im häuslichen Bereich, in einem Pflegeheim bzw. einer vergleichbaren Einrichtung) gleichwertig gegeben sind (vgl. BTDrucks 18/11240, S. 15).

Bei der Untersuchung der Gerichts- und Behandlungsakten im Evaluierungsbericht wurden "schwere Erkrankungsverläufe, die entweder wegen Suizidalität des geschützten Rahmens einer Klinik bedurften oder bei denen sich wegen der erst notwendigen Diagnostik und erstmaligen Verabreichung von Medikamenten der Verlauf insgesamt komplex gestaltete (gesehen). Die Personen, die aus Pflegeheimen in die Klinik kamen, wiesen komplexe Problemlagen auf, die eine stationäre Versorgung und Überwachung erfordern: Antibiose i.v., Flüssigkeitszufuhr i.v. (bei Elektrolytentgleisung), Abklärung kardiologischer Probleme, Dekubitusversorgung oder aber Delirzustände bei älteren Personen (nicht nur aus einem Pflegeheim; Delir unterschiedlicher Ursache, oftmals in Zusammenhang mit einem Infekt)." (Bundesministerium Justiz 2024; S 215)

Die Zwecke von Pflege- und Wohneinrichtungen unterscheiden sich bereits erheblich vom Krankenhaus. Nach § 71 Abs. 1 SGB XI dient die stationäre Pflegeeinrichtung allein der Pflege und Verpflegung. Der Bereich der Eingliederungshilfe hat wiederum zum Zweck die Gewährung der Teilhabe am Arbeitsleben und an Bildung, an medizinischer Rehabilitation und Sozialer Teilhabe. Nur für Krankenhäuser gelten ferner verpflichtende Vorgaben für den Arzneimittelvorrat (vgl. u.a. ITS-Arzneimittelbevorratungsverordnung). Beispielsweise dürfen Wohn- und Pflegeheime keine nicht-bewohnerbezogenen Arzneimittel vor Ort bevorraten. Auch dürfen nur im Krankenhaus Arzneimittel im Sinne eines Stationsbedarfs bestellt und aufbewahrt werden. In Wohn- und Pflegeeinrichtungen sind Medikamente allein bewohnerbezogen aufzubewahren. Notfallbehandlungen mit Arzneimittel können insoweit nicht wie im Krankenhaus sichergestellt werden. Apparative und personelle Ausstattung unterscheiden sich von Pflege- und Wohneinrichtungen.

Darüber hinaus sei nochmals nachdrücklich darauf verwiesen, dass die Durchführung der ärztlichen Zwangsmaßnahme bereits im Rahmen eines Krankenhausaufenthalts eine gesundheitliche Gefährdung, z.B. in Form von Traumatisierung, darstellen kann (siehe hierzu insbesondere VII. und zu gesundheitlichen Folgen der (langfristigen) Verabreichung von Neuroleptika und Benzodiazepinen II.1) -wie sähe dies erst aus wenn die ärztliche Zwangsmaßnahmen im sicher geglaubten häuslichen Umfeld unter der zusätzlich notwendigen Fixierung und unter Tolerierung vertrauter Mitarbeitender in Heimen und Einrichtung stattfände- und Psychopharmaka generell "in besonderem Maße den Kern der Persönlichkeit" (BVerfG, Beschl. v. 23.3.2011- 2 BvR 882/09, BVerfGE 128, 282-322, Rn. 44 und siehe II.) betreffen.

Angesichts dessen, und wenn das Postulat der ultima ratio beibehalten und geschützt werden sollte, kann eine Zulässigkeit ärztlicher Zwangsmaßnahmen außerhalb des Krankenhauses in keiner Weise ethisch, medizinisch noch rechtlich gerechtfertigt sein.

Selbst wenn einige Befürworterinnen und Befürworter der ambulanten ärztlichen Zwangsmaßnahmen die erforderlichen Rahmenbedingungen auch im ambulanten Bereich als gleichwertig einschätzen sollten, kann dies keine Ausweitung der Befugnisse, ärztlichen Zwang im häuslichen Kontext durchzuführen, begründen. Der Gesetzgeber hat nicht ohne Grund den Ort für Zwangsbehandlungen in Kliniken festgelegt (vgl. BT-Drs. 18/11240, S.18 f.). Diese Entscheidung des Gesetzgebers lässt sich im Kontext des ultima-ratio-Gedankens mit einem höheren Verfahrensschutz und Qualitätsstandard rechtfertigen, da die klinische Umgebung eine gewisse Zuverlässigkeit bietet (Bundesministerium der Justiz 2024, S. 217).

Speziell zur StÄB:

Die Legitimation der ambulanten Zwangsbehandlung im Rahmen der StÄB, wie sie in dem BVerfG vorliegenden Verfahren, vom BGH als verfassungsrechtlich notwendig angesehen wird, widerspricht dem Ansatz der StÄB und würde den Kern dieser besonderen Behandlungsform aushöhlen.

Mit der Ermöglichung der StÄB verwirklichte der Gesetzgeber eine Begleitung von Menschen in seelischen Krisen in ihrem häuslichen Umfeld, weil auch er erkannte, dass die Kontinuität vertrauensvoller Beziehungen für Menschen in seelischen Krisen oft am wichtigsten ist (zur Kontinuität einer therapeutischen Beziehung als effektstärkster Wirkfaktoren in der Therapie vgl. Gesetzentwurf zum PsychVVG, BT-Drs. 18/9528 S. 46); auch wenn aufgrund derzeitiger Versorgungslage viele Kliniken diese Versorgungsform nicht anbieten. Es handelt sich bei der StÄB um eine komplexe Behandlungsform des Krankenhauses, die patientenorientiert und medizinisch indiziert nicht an ein stationäres Bett gebunden ist; um einen intensiven, in Flexibilität und Komplexität der vollstationären Behandlung vergleichbaren Behandlungsansatz. Kerngedanke der StÄB ist es, die Behandlung so gut wie möglich auf die

individuellen Lebensumstände der Patientin oder des Patienten und ihrer oder seiner Angehörigen auszurichten, dabei Trennungen bzw. Beziehungsabbrüche zu vermeiden und letztlich auch durch möglichst gleichbleibendes Behandlungspersonal für die notwendige Kontinuität der Behandlung zu sorgen (BeckGOK/Gamperl, SGB V § 39 Rn. 19a).

Die Ermöglichung der ambulanten Zwangsbehandlung würde dem widersprechen, eine Einbettung der vertrauensvollen -das heißt ohne Mittel des Zwangs auskommen- den- medizinischen und therapeutischen Unterstützung in die Lebensumstände der betroffenen Person wäre ausgeschlossen.

StÄB ist damit nicht gleich einer vollstationären Behandlung zu setzen, wie offenbar der BGH annimmt. Es finden sich lediglich wesentliche Elemente intensiver multiprofessioneller Behandlung wieder.

Das KH kann in medizinisch geeigneten Fällen die Leistung anordnen, wenn die Krankenhausbehandlungsnotwendigkeit während der gesamten Behandlungsdauer fortbesteht, eine stationäre Aufnahme aber nicht erforderlich ist (BT-Drs. 18/9528 S. 48). Dies bedeutet, dass die StÄB abhängig von gesundheitlichen und sozialen Umständen ist. Insbesondere muss bei einer kurzfristigen Verschlechterung des Gesundheitszustands die jederzeitige vollstationäre Weiterbehandlung gewährleistet werden können (dazu auch BT-Drs. 18/9528 S. 48). Zugleich bedeutet dies, dass die ärztliche und multiprofessionelle Versorgungsintensität bei plötzlich auftretenden Komplikationen der Zwangsbehandlung immer herabgesetzt wäre, wenn sie nicht im Krankenhaus unmittelbar erfolgt. Im Rahmen einer stationsäquivalenten Behandlung ist gerade keine durchgehende Anwesenheit von medizinischem Fachpersonal gewährleistet.

So muss in der Regel z.B. eine Rund-um-die-Uhr Überwachung erfolgen und eine Nachbehandlung sichergestellt sein. Negative Entwicklungen sind nie vorhersehbar. Eine Zwangsbehandlung in der eigenen Wohnung oder im Wohnumfeld (auch in Einrichtungen) würde dies nicht sicherstellen bzw. würden zu einer andauernden Verletzung des Wohnraums der Person führen.

Würde gar ein Tatbestand in § 1903 (bzw. § 1831) BGB geschaffen, wonach die stationäre medizinische Versorgung dem Krankenhausstandard entsprechen und die Nachbehandlung sichergestellt werden müsste, würde dies erhebliche Rechtsunsicherheit in der Rechtsanwendung schaffen; er wäre nicht bzw. nur schwerlich überprüfbar (wie bereits jetzt schon die VSS des § 1831 BGB). Die Gerichte müssten in jedem Verfahren die Umgebung der betroffenen Person prüfen – Betreuungsrichterinnen und -richter müssten (wenn es um die StÄB ginge) die sozialversicherungsrechtlichen Anforderungen überprüfen, was völlig systemfremd wäre. Medizinisch bewerten würden es die Gutachterinnen und Gutachter (§ 321 FamFG), die sodann das private Umfeld auch aufsuchen müssten, um überhaupt eine Einschätzung abgeben zu können (siehe hierzu auch IX.1). Es ginge nicht mehr „nur“

um die Untersuchung der betroffenen Person, sondern auch um die Untersuchung ihres Wohnumfeldes.

Auch taucht bei näherer Betrachtung ein sozialversicherungsrechtlicher Aspekt auf: Die Entscheidung zwischen vollstationärer und stationsäquivalenter Behandlung trifft das Krankenhaus, das dabei freilich auch die Belange der betroffenen Person und seiner Angehörigen zu berücksichtigen hat. Insoweit formt das nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhaus den Versichertenanspruch nach § 39 SGB V.

Wenn künftig die Zwangsbehandlung in der Regel in StÄB möglich würde, müsste künftig auch das Krankenhaus diesen Aspekt mit einbeziehen – wenn es medizinische und soziale Gesichtspunkte gewichtet. Die Gefahr könnte sein, dass die Umsetzung und das Angebot von StÄB womöglich reduziert wird, insbesondere für Menschen mit sog. „schweren psychischen Erkrankungen“, und damit das Behandlungsangebot noch weiter eingeschränkt würde.

LITERATUR

Bundesministerium der Justiz 2024: Evaluierung des Gesetzes zur Änderung der materiellen Zulässigkeitsvoraussetzungen von ärztlichen Zwangsmaßnahmen und zur Stärkung des Selbstbestimmungsrechts von Betreuten vom 17. Juli 2017

Körner, Anne; Krasney, Martin; Mutschler, Bernd; Rolfs, Christian (Hrsg.), beck-online.GROSSKOMMENTAR (Kasseler Kommentar) SGB V, München 2024.

III. Wie werden Medikamente an psychisch erkrankte Betreute üblicherweise verabreicht, wenn sie der Medikation nicht widersprechen?

Üblicherweise in Form von Tabletten oder Tropfen (oral), Injektionen in Notfällen (intramuskulär) oder sog. Depotneuroleptika als Injektionen alle 2-4 Wochen (intramuskulär).

IV. Welche Maßnahmen werden ergriffen, wenn Betreute ärztliche Zwangsmaßnahmen verweigern, um sie doch noch von der Notwendigkeit der Maßnahmen zu überzeugen? Bestehen standardisierte Konzepte?

Zunächst sei an dieser Stelle festgehalten, dass entgegen der missverständlichen Fragestellung, eine ärztliche Zwangsmaßnahme einen entgegenstehenden (natürlichen) Willen per Definition voraussetzt. Es wird angenommen, dass gemeint ist: Welche Maßnahmen werden ergriffen, wenn Betreute ärztliche Maßnahmen verweigern, um sie doch noch von der Notwendigkeit der Maßnahmen zu überzeugen? Bestehen standardisierte Konzepte?

Die 2024 veröffentlichte Evaluierung des §1832 BGB (§1906a BGB a.F.) zeigt, dass bereits die Ermittlung des mutmaßlichen Willens, wozu Betreuerinnen und Betreuer verpflichtet sind (§1827 BGB), nicht annähernd hinreichend stattfindet bzw. nicht

gerichtlich geprüft wird (Bundesministerium der Justiz 2024, S. 205ff). Was bei einer so gravierenden Entscheidung wie der ärztlichen Zwangsmaßnahme an sich schon eklatant ist, behindert aber auch ein mögliches Wissen über die Sorgen und Nöte der Patientin oder des Patienten die zur Verweigerung der Einnahme führen. Es fehlen also schon hier die Grundlagen für ein Gespräch über die Möglichkeit, mit der Einnahme von Medikamenten eine Linderung zu verschaffen (Überzeugungsversuch).

Die Evaluierung hält hinzukommend fest, dass durch die Sichtung der 76 Gerichts- und Behandlungsakten keine systematische Prüfung der Ausführung des Überzeugungsversuchs -obwohl der (gescheiterte) Überzeugungsversuch Voraussetzung einer Zwangsbehandlung ist (§ 1832 Abs. 1 Satz 1 Nr. 4)- ; der angewandten milderer Mittel oder der Nutzung von Entscheidungsunterstützung im Einzelfall (z.B. Einbezug Angehöriger, Dolmetscher, Aufklärungsinformationen) durchgeführt werden konnte, weil die Dokumentationspflicht- und prüfung derart unterschiedlich (und teilweise mangelhaft) ausfällt, dass Vergleiche kaum möglich sind (Bundesministerium der Justiz 2024, S. 43f). Hinzu kommt, dass in manchen Fällen bereits der Beschluss zu einer "freiwilligen" Einnahme der ärztlich bestimmten Medikamente führte, dieser Vorgang kann schwerlich als Überzeugungsversuch gewertet werden.

Unklar bleibt fernerhin, wer konkret die betroffenen Personen hinreichend über die Wirkungen und unerwünschten Wirkungen der empfohlenen Medikamente aufklärt. Nicht zuletzt ist die gesetzlich gefasste Formulierung "mit dem nötigen Zeitaufwand" (§ 1832 Abs. 1 Satz 1 Nr. 4) (§1906a Abs. 1 Satz 1 Nr. 4 BGB a.F.) nicht hinreichend bestimmt (Bundesministerium der Justiz 2024, S. 209ff).

Ganz grundlegend sollte aber nicht vergessen werden, dass auch auf den Akutstationen medikamentöse Behandlungen immer nur Teil eines umfassenden Behandlungsplans (Zugang zu Psychotherapie, Einzelgespräche mit Ärztinnen und Ärzten, Ergotherapie, begleitete Spaziergänge, Angehörigengespräche, Kontakt zu Sozialarbeitenden, Physiotherapie und Sportangebote) sein kann und sollte. Die Arbeit der Mitarbeitenden sollte sich nicht primär darauf konzentrieren Patientinnen und Patienten von der Einnahme von Medikamenten zu überzeugen. Die klinische Erfahrung zeigt allerdings schon gegenwärtig, dass gerade die Akutstationen wenig vielfältige therapeutische Angebote machen. All dies wäre allerdings wichtig, damit der Patientin oder dem Patienten auch in herausfordernden Situationen nicht nur mit möglichst zügiger Symptomunterdrückung durch Psychopharmaka begegnet und die Behandlung als sinnvoll erlebt würde. Erst auf diesem Nährboden würde eine freiwillige Behandlung außerhalb des Krankenhauses fruchten und Behandlungsabbrüche vermieden.

Es existieren relativ neue Konzepte der unterstützten Entscheidungsfindung (Zinkler et al. 2019), diese werden allerdings nur sporadisch angewendet und sind nicht standardisiert.

LITERATUR

Bundesministerium der Justiz 2024: Evaluierung des Gesetzes zur Änderung der materiellen Zulässigkeitsvoraussetzungen von ärztlichen Zwangsmaßnahmen und zur Stärkung des Selbstbestimmungsrechts von Betreuten vom 17. Juli 2017

Zinkler et al. (2019) Selbstbestimmung und Solidarität Unterstützte Entscheidungsfindung in der psychiatrischen Praxis, Psychiatrie Verlag

V. Gibt es Anhaltspunkte dafür, dass Medikamente, insbesondere Psychopharmaka, an eine signifikante Anzahl der psychisch erkrankten Patientinnen und Patienten auch dann verabreicht werden, wenn keine medizinische Notwendigkeit besteht, etwa, um diese „ruhig zu stellen“, (1.) in einem Krankenhaus, (2.) in einem Pflegeheim bzw. einer vergleichbaren Einrichtung und/oder (3.) im häuslichen Umfeld?

Es ist gängige Praxis, dass Medikamente, insbesondere Benzodiazepine und Neuroleptika in Krankenhäusern, Pflegeheimen und im häuslichen Umfeld zur Ruhigstellung verabreicht werden, dies kritisieren auch einschlägige Expertinnen und Experten (Demenzreport 2020, Thürmann 2017, Gensthaler 2020).

In Krankenhäusern betrifft dies z.B. auch internistische und chirurgische Stationen, wenn etwa 25 Patientinnen bzw. Patienten, die meisten ältere Menschen sind, von lediglich einer Nachtpflegerin bzw. einem Nachtpfleger versorgt werden sollen. Das gleiche gilt für Pflegeheime.

Medikamente werden verabreicht, um geringe Personalausstattung oder Qualifikationsdefizite zu kompensieren. Auch im „häusliches Umfeld“ zeigt sich, dass auf Grund der unzureichenden bzw. nicht Bedarf deckenden ambulanten und aufsuchenden Behandlung von Menschen in schweren psychischen Krisen, aber auch anderen Patientinnen und Patienten, oft Medikamente statt psychotherapeutischer Angebote und statt psychosozialer Unterstützungsleistungen verabreicht werden.

In der Pflege älterer Menschen lässt sich in den letzten zwanzig Jahren in Deutschland eine übermäßige und mitunter nicht fachgerechte Medikamentenversorgung nachweisen. Insbesondere in der stationären Altenpflege ist der Einsatz von Psychopharmaka weit verbreitet, um Patientinnen und Patienten ruhigzustellen, obwohl dies mit spezifischen Gesundheitsrisiken einhergehen kann (siehe II.1.) und keine spezifische Indikation vorliegt. Es wird vermutet, dass Psychopharmaka nicht nur aus medizinischen Gründen, sondern auch zur Organisation von Abläufen und zur Bewältigung von Arbeitsbelastungen eingesetzt werden (Falk et al. 2021). Dies obwohl die S3-Leitlinien zu Demenzerkrankten explizit festhalten, dass: "Störungen von Arbeitsabläufen und Organisationsstrukturen in Heimen durch gestörten Schlaf von Betroffenen (...) keine Indikation für den Einsatz von Hypnotika dar(stellen)." (S3-Leitlinie "Demenzen" 2016, S. 83) Studien verweisen auf signifikante Abweichungen bei der Verschreibung von psychotropen Medikamenten, wobei die Spanne von weniger als 30 % bis über 80 % reicht, dies ohne erkennbare Gründe im Zusammenhang mit Bewohnerinnen und Bewohnern oder Einrichtungen (Richter 2012, Thürmann 2017).

Die Zahlen stellen allerdings nicht dar, unter welchen Bedingungen Medikamente verabreicht werden, d.h. aus den Zahlen nicht klar erkennen zu können welche Methoden, Umstände und individuellen Situationen zur Einnahme der Medikamente führen.

Nach dem Demenzreport der HKK erhalten ein Drittel aller demenzkranken Menschen in Deutschland Neuroleptika, in der stationären Altenpflege sind es sogar die Hälfte aller Heimbewohnerinnen und Heimbewohner (Meyer et al 2009, S. 986), vorgeblich zur Behandlung von Verhaltensauffälligkeiten bei Demenz. Gleichzeitig bekommen nur etwa 20% spezielle Medikamente gegen die Demenzerkrankung (Demenzreport 2020, S. 36 und 59).

Viele der Psychopharmaka stehen auf der PRISCUS-Liste und gelten als potenziell unangemessene Medikation für ältere Menschen. Es besteht eine immense Diskrepanz zwischen den restriktiven Empfehlungen für die Anwendung dieser Medikamente und ihrer tatsächlichen Verschreibungshäufigkeit (Thürmann 2017, S. 119). Der Einsatz von Neuroleptika bei Menschen mit Demenz wird als besonders problematisch angesehen, da neben psychomotorischen Störungen auch das Risiko für kardiovaskuläre Ereignisse steigt (Ebd., S. 120). Studien zeigen, dass diese Medikamente bei Demenzpatientinnen und Demenzpatienten mehr schaden als nützen und auch das Risiko für Komplikationen wie Schlaganfälle und vorzeitigen Tod erhöhen (Weiss 2023, Yunusa et al.2022, Gensthaler 2020).

Zur Situation in Einrichtungen der Behindertenhilfe:

Der übermäßige Einsatz von Psychopharmaka in Einrichtungen der Behindertenhilfe ist seit langem bekannt. Die Prävalenzraten variieren zwischen 7 und über 70%. Der häufigste Durchschnittswert liegt bei etwa 30%. Das bedeutet, dass im Durchschnitt etwa ein Drittel der Menschen mit Lernschwierigkeiten (sog. geistiger Behinderung), die in Einrichtungen der Behindertenhilfe leben, Psychopharmaka erhalten. Die Prävalenz von Psychopharmaka variiert stark je nach Verweildauer. Bewohnerinnen und Bewohner, die erst seit kurzem (bis zu 4 Jahren) in der Einrichtung leben, erhalten deutlich weniger oder überhaupt keine Psychopharmaka, während diejenigen, die bereits 5 Jahre oder länger dort leben, im Durchschnitt knapp 40% der Bewohnerinnen und Bewohner diese Medikamente erhalten (Hennicke 2008, S. 7f). Psychopharmaka sind bei Personen mit Lernschwierigkeiten ein Bestandteil einer üblicherweise multimodalen Behandlung. Allerdings sollten sie nur bei klaren Indikationen und unter Einhaltung der veröffentlichten Leitlinien verschrieben werden. Dieser Grundsatz wird weder international noch in Deutschland ausreichend berücksichtigt, insbesondere in der Behandlung von Personen mit Lernschwierigkeiten (sog. geistigen Behinderungen), die in institutionellen Wohnformen leben.

Es gibt keinen erkennbaren Trend zu einer verbesserten Einhaltung der Leitlinien in der Literatur. Daher ist davon auszugehen, dass eine erhebliche Fehlversorgung mit potenziellen Gesundheitsrisiken und Einschränkungen der Lebensqualität der Betroffenen sowie erhöhten Folgekosten fortbesteht (Schützwohl et al. 2022).

Die Forschungsergebnisse in Deutschland zeigen, dass Menschen mit Lernschwierigkeiten im Vergleich zur Gesamtbevölkerung weniger Zugang zu kurativen, gesundheitsfördernden, präventiven und rehabilitativen Maßnahmen haben.

Gleichzeitig sind sie jedoch häufiger von Übermedikalisierung betroffen (Ritzi et al. 2022).

Weber und Rojahn stellen fest, dass Psychopharmaka „teilweise zu Recht einen schlechten Ruf erlangt [haben]. Sie werden in der Praxis oft zu häufig und in zu hohen Dosen verschrieben, und die gleichzeitige Verabreichung mehrerer psychopharmakologischer Präparate ist eher die Regel als die Ausnahme“ (Weber und Rojahn 2009). Es ergibt sich daraus insgesamt die Schlussfolgerung, dass „[e]lementare Gesundheits- und Pflegebedürfnisse [...] unter den aktuellen Bedingungen nur unzureichend erfüllt (werden)“ (Stölting et al. 2021, S. 81).

Diesen empirischen Tatsachen, die bereits den übermäßigen Gebrauch von psychotropen Medikamenten in Heimen und Einrichtungen aufzeigen, kann nicht durch eine Erweiterung der Zulässigkeit der zwangsweisen Verabreichung reagiert werden. Ein Verfahren, wie der Evaluierungsbericht an vielen Stellen aufzeigt, schützt die Qualität eben nicht ausreichend, es ist also davon auszugehen, dass eine Zulässigkeit eher die gängige Übermedikamentierung fördert, als dass ihr jetzt noch eine rechtliche Grundlage ihrer Rechtmäßigkeit geschaffen würde.

LITERATUR

Demenzreport 2020, Universität Bremen und HKK, Glaeske et al. 2020

Douglas et al. Off-Label Use of Antipsychotic Medications in the Department of Veterans Affairs Health Care System, Psychiatric Services 2003

Falk et al. 2021: Modellprogramm zur Weiterentwicklung der Pflegeversicherung gemäß § 8 Abs. 3 SGB XI Psychopharmaka in der stationären und ambulanten Pflege Herausforderungen im Umgang und Voraussetzungen für die Implementierung von Handlungsalternativen (PhasaP)

Gensthaler, Zu viele Psychopharmaka zur Ruhigstellung, Pharmazeutische Zeitung 2020

Hennicke (Hrsg.): Psychopharmaka in der Behindertenhilfe - Fluch oder Segen?, Materialien der DGSG Band 17 (2008), S. 7f:

Meyer et al. (2009): Restraint use among nursing home residents: cross-sectional study and prospective cohort study. In: Journal of clinical nursing, 18 (7), 981-990

Richter et al. (2012): Prevalence of psychotropic medication use among German and Austrian nursing home residents: a comparison of 3 cohorts. In: Journal of the American Medical Directors Association, 13 (2), 187.e7-187.e1

Ritzi et al. (2022): Menschen mit einer geistigen Behinderung und altersassoziierter Pflegebedürftigkeit – Ausgewählte Aspekte für die professionelle Pflege und Begleitung

S3-Leitlinie "Demenzen", DGPPN 2016

Schützwahl et al. (2022): Psychopharmakotherapie bei Menschen mit intellektueller Entwicklungsstörung, Die Sicht von Betreuungspersonal aus stationären Wohneinrichtungen

Stölting et al. (2021) Auf dem Weg zu einem zielgruppenspezifischen Einschätzungsinstrument: Eine explorative Studie zur gesundheitlichen und pflegerischen Bedarfserhebung bei Menschen mit sogenannter geistiger Behinderung im Rahmen des Projektes EIBeMeB. In: Ding-Greiner C (Hrsg) Betreuung und Pflege geistig behinderter und chronisch psychisch kranker Menschen im Alter. Beiträge aus der Praxis. Kohlhammer, Stuttgart, S. 81

Thürmann P Einsatz von Psychopharmaka bei Pflegebedürftigen, Pflege-Report 2017, Wissenschaftliches Institut der AOK, 2017

Weber G, Rojahn J (2009) Intellektuelle Beeinträchtigung. In: Schneider S, Margraf J (Hrsg) Lehrbuch der Verhaltenstherapie. Springer, Berlin Heidelberg

Weiss 2023, Dementia Patients Are Often Treated With Anti-Psychotics. That Can Be Dangerous, Time

Yunusa et al., Comparative Outcomes of Commonly Used Off-Label Atypical Antipsychotics in the Treatment of Dementia-Related Psychosis: A Network Meta-analysis, Adv Ther. 2022; 39(5): 1993–2008

VI. Welche Auswirkungen haben die (zwangsweise) Verbringung in ein Krankenhaus zur zwangsweisen Verabreichung von Medikamenten und der Aufenthalt dort auf Betreute?

Die Erhebung der Evaluierung des Gesetzes zur Änderung der materiellen Zulässigkeitsvoraussetzungen von ärztlichen Zwangsmaßnahmen und zur Stärkung des Selbstbestimmungsrechts von Betreuten vom 17. Juli 2017 kommt zu dem Ergebnis, dass in keinem der untersuchten Verfahren ein Antrag auf Verbringung zum Zwecke der ärztlichen Zwangsmaßnahmen oder ein Verfahren nach § 1846 BGB a.F gesehen wurde (Bundesministerium der Justiz 2024, S. 44). Dieser Erhebung nach kommen Verbringungen zur Durchführung einer ärztlichen Zwangsmaßnahme nach BGB so gut wie nicht vor. Wie also deren Auswirkungen untersuchen?

Die Befürworterinnen und Befürworter einer Zwangsbehandlung im ambulanten Bereich berufen sich auf Fragen der Verhältnismäßigkeit und bemängeln, dass die Unterbringung oder Verlegung in eine Klinik einen zusätzlichen Eingriff in die Grundrechte und eine zusätzliche gesundheitliche Belastung darstellt (Spickhoff 2017, S. 1633 ff.; Brilla 2023, § 1832, Rn.14 f.). Die Anzahl der Verbringungen zur Durchführung einer ärztlichen Zwangsmaßnahme ist allerdings extrem gering, was darauf hinweist, dass die Verbringung um eine ärztliche Zwangsmaßnahme durchzuführen, eine marginale Rolle in der Praxis spielt (Bundesministerium der Justiz 2024, S. 44). Auf welcher empirischen Grundlage sollte also eine valide Aussage dazu getroffen werden, ob die Verbringung zur Durchführung einer ärztlichen Zwangsmaßnahme eine zusätzliche gesundheitliche Belastung darstellt?

Allein der Evaluierungsbericht macht deutlich: "In der Aktenanalyse konnten keine Fälle gesehen werden, bei denen der bloße Umstand, dass die Behandlung im Krankenhaus durchgeführt wurde, zu einer Gesundheitsgefährdung geführt hatte.

Solche Fallkonstellationen wurden auch nicht in den Interviews berichtet." (Bundesministerium der Justiz, S. 244)

LITERATUR

Bundesministerium der Justiz 2024: Evaluierung des Gesetzes zur Änderung der materiellen Zulässigkeitsvoraussetzungen von ärztlichen Zwangsmaßnahmen und zur Stärkung des Selbstbestimmungsrechts von Betreuten vom 17. Juli 2017

Brilla, A., Kommentierung zu § 1832 BGB, in: Gsell/Krüger/Lorenz/Reymann, beck-online. Großkommentar, 2023.

Spickhoff, A., Kommentierung zu § 1832 BGB, in: Spickhoff, A. (Hrsg.), Medizinrecht, C.H. Beck, 4. Auflage, 2022.

VI.1. Erfolgt die Verbringung regelmäßig gegen den natürlichen Willen der Betreuten? Wie werden Verbringungen gegen den natürlichen Willen der Betreuten üblicherweise konkret durchgeführt?

Zur Häufigkeit der Verbringung zur Durchführung einer ärztlichen Zwangsmaßnahme siehe VI.

Unfreiwillige stationäre Aufnahmen erfolgen dann, wenn die gesetzlichen Voraussetzungen (nach BGB akute Selbstgefährdung, nach PsychKGs/PsychKHGs auf Grund von akuter Eigen- oder Fremdgefährdung und sog. krankheitsbedingter Einsichtsunfähigkeit) gegeben sind.

Ein Transport ins Krankenhaus und ein dortiger Verbleib ohne Unterbringungsantrag kommt in der Praxis nur dann in Frage, wenn die betroffene Person zur eigenständigen Fortbewegung nicht mehr in der Lage ist. Sobald sich die betroffene Person der Verbringung und des ärztlich für notwendig erachteten Aufenthalts physisch oder in sonstiger Art erwehrt ist ein Unterbringungsverfahren notwendig, das genehmigt, die betroffene Person gegen ihren (natürlichen) Willen an einem bestimmten Ort festzuhalten.

Personen die nicht mehr in der Lage sind sich selbständig in ein Krankenhaus zu bewegen, werden vermutlich mittels Rollstuhls oder anderer Hilfsmittel durch die Polizei oder per Rettungswagen (Bundesjustizministerium 2024, S. 215) ins Krankenhaus verbracht.

LITERATUR

Bundesministerium der Justiz 2024: Evaluierung des Gesetzes zur Änderung der materiellen Zulässigkeitsvoraussetzungen von ärztlichen Zwangsmaßnahmen und zur Stärkung des Selbstbestimmungsrechts von Betreuten vom 17. Juli 2017

VI.2. Welche konkreten Auswirkungen haben Verbringung und Krankenhausaufenthalt üblicherweise auf Betreute? Wie häufig treten diese auf?

Zur Häufigkeit der Verbringung siehe VI.

Die Praxis in vielen psychiatrischen Kliniken ist es, dass bei unfreiwilligen Aufnahmen der Schwerpunkt auf medikamentöse Behandlung, bzw. Ruhigstellung (siehe hierzu V.) gelegt wird, mit dem Ergebnis, dass die Behandlung von vielen betroffenen Menschen als sinnlos und erniedrigend (siehe hierzu VII.) erlebt wird.

Ein generelles Problem, wenn Menschen in physischen und psychischen Ausnahmesituationen auf Grund von Zeitmangel, Dominanz medizinischer Ansichten und routinisierten Strukturen, mit wenig Empathie begegnet wird. Dieses grundlegende Problem eines unzureichenden Versorgungssystems wird aber nicht dadurch gelöst, in dem es in die Privatsphäre, außerhalb der Klinik, verschifft würde. Im Gegenteil, die Problemlagen des medizinischen Versorgungssystems würden der Einzelperson zu Laste.

Zu den Auswirkungen des Krankenhausaufenthalts siehe VIII..

VI.3. Gibt es Anhaltspunkte dafür, dass die zwangsweise Verabreichung von Medikamenten in erheblichem Umfang deshalb unterbleibt, weil die durch eine (zwangsweise) Verbringung in ein Krankenhaus zu erwartenden Beeinträchtigungen der Patientinnen und Patienten aus medizinischer Sicht zu erheblich sind?

Die Evaluierung des Gesetzes zur Änderung der materiellen Zulässigkeitsvoraussetzungen von ärztlichen Zwangsmaßnahmen und zur Stärkung des Selbstbestimmungsrechts von Betreuten vom 17. Juli 2017 zeigt auf, dass Verbringungen zur Durchführung einer ärztlichen Zwangsmaßnahme nicht in den Akten gesehen wurden (vgl. VI.). Außerdem geht aus dem Bericht hervor, dass auch medizinisches Fachpersonal bei der Beantragung ärztlicher Zwangsmaßnahmen die Notwendigkeit eines stationären Krankenhausaufenthalts im Allgemeinen für gegeben sieht. Bei der Befragung der ärztlichen Dienste sahen fast 100% (66,7% immer/ 33,3 % häufig) und unter den Pflegekräften 70% immer, 20% häufig und 10% manchmal die Notwendigkeit der Verbringung als gegeben an (Bundesministerium Justiz, S. 108). Zur Frage des Ausbleibens notwendiger Behandlungen gab die Mehrzahl an, dass ein Ausbleiben einer notwendigen Behandlung aus dem Grund, dass eine Zuführung oder ein Aufenthalt in einem Krankenhaus als unzumutbar oder unverhältnismäßig eingeschätzt werden „nie“ der Fall sei (60,0%) („selten“: 28,0%, „manchmal“: 12,0%) (Bundesministerium der Justiz 2024, S. 110f).

Auch in den Interviews mit 54 Richterinnen und Richtern zeigt sich auf, dass in keinem berichteten Fall die Verbringung zu einem Unterbleiben einer notwendigen

Behandlung führte (Bundesministerium der Justiz, 2024, S. 137).

Die Evaluierung kommt zu dem Schluss, dass aus rechtlicher Sicht keine Schutzlücke besteht, da jede Person "eine Zwangsbehandlung erfahren kann und von dieser Möglichkeit nicht ausgeschlossen ist" (Bundesministerium der Justiz, 2024, S. 216) und auch die empirische Erhebung keine Schutzlücke aufzeigt. In den Akten konnten keine Fälle festgestellt werden, in denen eine erforderliche Behandlung ausgelassen wurde oder ebenso effektiv außerhalb eines Klinikums durchgeführt werden könnte.

Ebenso ergaben die Interviews keine entsprechenden Fälle, in denen eine erforderliche Behandlung gemäß § 1832 BGB (§1906a BGB a.F.) nicht erfolgte (Bundesministerium der Justiz, S. 215).

So denn die notwendige Verbringung zur Durchführung einer zwangsweisen Verabreichung von Medikamenten oder anderen ärztlichen Eingriffen verhindern würde, kann dies im Sinne einer "modernen Psychiatrie" (Siehe VII.) nur als positiv betrachtet werden.

LITERATUR

Bundesministerium der Justiz 2024: Evaluierung des Gesetzes zur Änderung der materiellen Zulässigkeitsvoraussetzungen von ärztlichen Zwangsmaßnahmen und zur Stärkung des Selbstbestimmungsrechts von Betreuten vom 17. Juli 2017

Drucksache 18/11240 Gesetzentwurf der Bundesregierung Entwurf eines Gesetzes zur Änderung der materiellen Zulässigkeitsvoraussetzungen von ärztlichen Zwangsmaßnahmen und zur Stärkung des Selbstbestimmungsrechts von Betreuten 2017

VII. Inwieweit ist die ambulante Durchführung ärztlicher Zwangsmaßnahmen aus fachwissenschaftlicher Sicht mit den Grundsätzen moderner Psychiatrie vereinbar (vgl. BTDrucks 18/11240, S. 15; 18/11617, S. 6)? Wie erheblich beeinträchtigen sie das Vertrauensverhältnis zu den im ambulanten Bereich eingesetzten Hilfspersonen bzw. das Wohnumfeld und das persönliche Umfeld? Wäre, insbesondere in einem Pflegeheim oder einer vergleichbaren Einrichtung, vor Durchführung der ärztlichen Zwangsmaßnahme eine (zwangsweise) Verbringung in einen besonderen Bereich der Einrichtung erforderlich? Wie ist es konkret in Bezug auf die zwangsweise Verabreichung von Psychopharmaka an psychisch erkrankte Patientinnen und Patienten?

Wie unter Punkt V. aufgezeigt, sind die Verordnungsmengen von Neuroleptika insbesondere in Pflegeheimen oder vergleichbaren Einrichtungen, bei zusätzlich fragwürdiger medizinischer Indikation, bereits gegenwärtig extrem hoch.

In Anbetracht dieser Gegebenheiten ist es sowohl unter ethischen als auch medizinischen Gesichtspunkten äußerst fragwürdig zusätzliche Optionen auf die Verabreichung von Medikamenten - insbesondere gegen den (natürlichen) Willen, also unter Anwendung physischer Gewalt oder Androhung dieser - auszuweiten.

Darüber hinaus sind (ambulante) Zwangsbehandlungen mit den Grundsätzen einer modernen, menschenrechtsbasierten Psychiatrie in keiner Weise vereinbar. Die Ausweitung der Zwangsbehandlung in den ambulanten Bereich sabotiert alle Bemühungen um eine personenzentrierte und menschenrechtsbasierte Psychiatrie, deren Grundlage die Verhinderung von psychiatrischen Zwangsmaßnahmen mit dem Ziel ihrer Abschaffung ist (A/HRC/22/53 2013: Abs. 32 und 89 a), A/HRC/34/32 2017: Abs. 31 und Abs. 34, A/HRC/RES/36/13 2017, A/HRC/40/54 2019: Abs 64ff, A/HRC/41/34 2019: Abs. 51, Mijatović 2019, Parliamentary Assembly 2019, DIMR 2023, S. 25).

Der Auffassung, Alternativen zu Zwangsmaßnahmen ins psychiatrische System zu implementieren, schließen sich mittlerweile sogar psychiatrische Verbände an (WPA 2020).

Das Ziel der Abschaffung des psychiatrischen Zwangs hat jüngst auch die Weltgesundheitsorganisation (WHO) zusammen mit dem Hochkommissariat für die Menschenrechte der Vereinten Nationen bekräftigt (HR/PUB/23/3 (OHCHR) 2023, S. 15f & 22 & 27 & 32). Dort heißt es auch, dass: "(D)ie Anwendung solcher Formen von Zwang (ambulante Zwangsmaßnahmen) menschenrechtlich bedenklich (sind) und (...) zu erheblichen Missbräuchen führen (können), wie der UN-Sonderberichterstatter für die Rechte von Menschen mit Behinderungen und der UN-Sonderberichterstatter für Folter und andere grausame, unmenschliche oder erniedrigende Behandlung oder Strafe dokumentieren." (Üd Zinkler, HR/PUB/23/3 (OHCHR) 2023, S. 67)

Es gibt eine breite Evidenz, die deutlich macht, dass ärztliche Zwangsmaßnahmen in den überwiegenden - einige Autorinnen und Autoren meinen auch in allen - Fällen vermeidbar sind. Eine auch laienverständliche Übersicht über diese Möglichkeiten, mit Hinweisen auf die dazugehörige Fachliteratur, findet sich auf der Internetseite <https://aktion-artikel16.de/mildere-mittel/> und <https://aktion-artikel16.de/good-practice-modelle/> (Aktion Artikel 16 UN-BRK).

Zusammenfassend gibt es eine Bandbreite an Maßnahmen, die ergriffen werden können, um ärztliche Zwangsmaßnahmen zu verhindern bzw. zu verkürzen und somit eine moderne, an den Menschenrechten orientierte und auf Grundlage von fachwissenschaftlichen Erkenntnissen in Bezug auf die gravierenden Folgen erzwungener Behandlungen gestaltete, psychiatrische Versorgung zu gewährleisten.

Bspw. durch Interventionen zur Gestaltung des Behandlungsmilieus (multiprofessionelles Personal, ansprechende Räumlichkeiten, unbegrenzter Zugang zu Raucherbereichen und Garten, vielfältiges therapeutisches Angebot, Beschäftigung von Peers, Angehörigengespräche etc.) menschenrechtbasierter Veränderungen auf politischer und rechtlicher Ebene (insbesondere unterstützte Entscheidungsfindung unter unbeugsamer Wahrung des Selbstbestimmungsrechtes), Umgestaltung des Versorgungskontextes (Novellierung entsprechender Sozialgesetzbücher zur Gestaltung niedrigschwelliger, flexibler und gut ausgestatteter Versorgungsangebote, die auch Unterstützung außerhalb medizinischer Konventionen garantiert),

Deeskalationstrainings für das Personal, Krisenpläne und Patientenverfügungen etc.. Zwang ist sowohl für die körperliche als auch für die psychische Gesundheit schädlich und entfremdet die Menschen von psychosozialen Gesundheits- und Unterstützungssystemen.

Darüber hinaus haben viele Menschen mit psychischen Erkrankungen oder Behinderungen Traumata in ihrem Leben erlebt. Wenn Zwang Teil des psychiatrischen Versorgungssystems ist, können betroffene Menschen hierdurch retraumatisiert werden und ihre ursprünglichen Schwierigkeiten verschärfen sich (Meyer et al. 1999, WHO 2019, Martinaki et al. 2021). Auch wenn der Zwang als Ultima Ratio nach Deutschen Recht zulässig ist: Es gibt immer mehr Beweise dafür, dass zwangsfreie Praktiken implementiert werden müssen, um sowohl die Gesundheit der betroffenen Menschen nicht weiter zu gefährden als auch den Menschenrechtsstandards zu entsprechen (WHO 2021).

Trotz zahlreicher Modelle und Ansätze Zwangsmaßnahmen im medizinischen Kontext zu verhindern, existieren bundesweit erschreckend hohe regionale Unterschiede allein in der Anwendung von freiheitsentziehenden Zwangsmaßnahmen, die deutlich machen, dass diese Möglichkeiten bei Weitem nicht überall genutzt werden: die Häufigkeit der freiheitsentziehenden Zwangsmaßnahmen schwankt zwischen 0,3 und 17% im Klinikvergleich (Flammer et al 2022). Nur im Einzelfall finden sich darunter Einrichtungen (Klinikum Heidenheim und Klinikum Herne), die seit vielen Jahren zeigen, dass Zwangsmaßnahmen, und hier vor allem auch Zwangsbehandlungen in stationären Kontexten, so gut wie ganz zu vermeiden sind.

Viele Analysen verweisen darauf, dass es somit eher institutionelle Faktoren sind, die diese Schwankungen verursachen. Ausschlaggebend sind folglich nicht unterschiedlich schwer kranke Patientinnen und Patienten oder eine medizinische Indikation. Diese Auffassung teilt auch die zentrale Ethikkommission der Bundesärztekammer: „Institutionelle Bedingungen in den Kliniken haben erheblichen Einfluss auf den Einsatz von Zwangsmaßnahmen, z.T. vermutlich sogar stärker als der Krankheitszustand der Patienten“ (Zentrale Ethikkommission Bundesärztekammer 2013). Und: „Ein beträchtlicher Teil der unerklärten Varianz ist auf unterschiedlichen Praktiken innerhalb der psychiatrischen Krankenhäuser zurückzuführen“ (Flammer et al 2022).

Die Debatte um ambulante ärztliche Zwangsmaßnahmen, und ihre gegebenenfalls anstehende Einführung in Deutschland, kann nur als ein Versagen des Systems beim Schutz des Einzelnen im stationären Kontext verstanden werden (Puras 2017).

Eines Systems, dass sich vorrangig auf das biomedizinische Modell persönlichen Leids, also einer Reduktion auf individuelle Defizite der betroffenen Menschen, der mit Hilfe von Medikamenten und Therapie entgegengewirkt werden muss, beruft (Literatur zum biomedizinischen Modell im Gegensatz zum sozialen und menschenrechtlichen Modell: Degener 2015, S. 63f).

Dieser Reduktionismus verursacht bereits gegenwärtig einen übermäßigen und viel zu langfristigen Einsatz von psychotropen und u.U. gesundheitsgefährdenden Medikamenten (A/HRC/41/34 2019, Abs. 10 und V.), die wiederum ein unüberschaubar hohes Maß an unerwünschten Wirkungen zu Folge haben können und die Lebensqualität der betroffenen Menschen maßgeblich verschlechtern können (Siehe II.1 und V.). Es ist folgerichtig nicht verwunderlich, wenn gerade die teils verhasste medikamentöse Behandlung von vielen betroffenen Menschen rasch wieder beendet wird.

Darauf mit einer Ausweitung der Zulässigkeit ärztlicher Zwangsmaßnahmen zu reagieren und in das Recht auf Unverletzlichkeit des Wohnens aus Art. 13 GG einzugreifen, ist sowohl ethisch, medizinisch, rechtlich als auch aus Sicht der betroffenen Menschen massiv besorgniserregend. Denn es würde gerade das Gegenteil erreicht: die Betroffenen würden die ambulante Behandlung ebenso erniedrigend und sinnlos erleben und sich ihr nach Möglichkeit entziehen.

Insbesondere Personen die in (geschlossenen) Einrichtungen wohnen, sind im besonderen Maße auf dortige Mitarbeitende und dazugehörige Versorgungsstrukturen angewiesen, leben teils ein Leben lang und mehrheitlich über viele Jahre hinweg in institutionalisierten Kontexten und erfahren bereits gegenwärtig einen verminderten Zugang zu medizinischen Versorgungsstrukturen (siehe hierzu V.). Gewalterfahrungen durch Zwang, insbesondere in (geschlossenen) Einrichtungen, führen zu weiteren Einschränkungen und Schädigungen von Handlungsspielräumen der betroffenen Menschen. Gleichwohl sind Menschen mit Beeinträchtigungen in institutioneller Unterbringung besonders gefährdet, Gewalt zu erfahren. Denn sie sind vom Versorgungssystem abhängig und ihr Leben ist somit im entscheidenden Maße fremdbestimmt. Menschen mit Beeinträchtigungen in geschlossenen Einrichtungen sind häufig daran gewöhnt, dass andere ihre Grenzen überschreiten, da sie häufiger auf Pflege und medizinische Unterstützung angewiesen sind. Oft sind ihnen in Folge dessen ohnehin schon die Möglichkeiten eines Erlernens eigener (gesundheitlicher) Entscheidungen und eigener Grenzen verwehrt (BMAS 2021, S. 648).

Vor Ort, also im privaten Umfeld, durchgeführte ärztliche Zwangsmaßnahmen werden sowohl das Abhängigkeitsverhältnis, die Verwehrung von (gesundheitlichen) Selbstbestimmungsrechten und das Erlernen eigener und informierter Entscheidungen in Bezug auf die Gesundheit weiter verstärken. Dies kann nur als Missachtung der Lebenslagen von Menschen in (geschlossenen) Einrichtungen verstanden werden.

Es mag sein, dass die Verbringung in ein Krankenhaus zur Durchführung ärztlicher Zwangsmaßnahmen eine Belastung darstellt, daraus muss allerdings gefolgert werden, dass Maßnahmen notwendig sind, die den betroffenen Menschen die Chance gewähren eigene und informierte (gesundheitliche) Entscheidungen zu treffen und sie nicht mit weiterem Zwang oder der Androhung dessen zusätzlich in ihren Rechten einzuschränken.

Die verfassungsrechtliche Verpflichtung Deutschlands sich an die bestehenden internationalen Menschenrechte zu halten (Art. 1 Abs.2 GG), verpflichtet auch zu einer

Umsetzung des Artikels 12 Abs. 1-3 und Artikels 25 Buchstabe d UN-BRK. Das Übereinkommen garantiert sowohl die Freiheit der betroffenen Personen auf eine informierte Entscheidung in Bezug auf die eigene Gesundheit als auch, wenn nötig, eine selbstbestimmte Unterstützung bei der Entscheidung.

Zum Fall beim BGH: Der BGH führt in seiner Vorlage aus, dass in dem gegenständlichen Fall die Betroffene innerhalb der Einrichtung außerhalb des eigentlichen Wohnbereichs zwangsbehandelt würde, die Anwendung also nicht in ihrem Zimmer erfolgen würde. „Dies mildert den Eingriff in das private Wohnumfeld eines Betroffenen weiter ab“, argumentiert der BGH (XII ZB 459/22, Rn. 60) und bestätigt insoweit bereits selbst den (erheblichen) Grundrechtseingriff. Auch die Zwangsbehandlung im Wohnkomplex ist als erheblicher Eingriff in die Privatsphäre der betroffenen Person anzusehen. Wenn sie sich dort einer jederzeit erfolgenden Zwangsbehandlung gegenüberübersähe, wird der eigentliche Schutzraum der Wohnumgebung, wozu der gesamte „Heimort“ zählen dürfte, zerstört. Wenn insbesondere die Unterbringung im Heim in dem vorliegenden Fall als Argument für die Ermöglichung eines Übergangs in einen eigenständigen Alltag angeführt wird, verkehrt die Argumentation, wenn das Krankenhaus als Ort gleich mit dem des Heims gesetzt würde. Wenn ferner zwischen privater Wohnung und Pflegeheimen bzw. Einrichtungen oder Wohnverbund unterschieden würde, würde das Recht auf Unverletzlichkeit der Wohnung letztendlich als gestuft anwendbar erklärt werden. Dies scheint unvereinbar mit Art. 13 GG. In Pflegeheimen oder vergleichbaren Einrichtung lebenden Menschen würde ein Teil des Schutzes aus Art. 13 GG aberkannt.

LITERATUR

Aktion Artikel 16 UN-BRK, Internetseite: Aufstellung milderer Mittel mit entsprechender Fachliteratur: <https://aktion-artikel16.de/mildere-mittel/> und Darstellung von Good-Practice-Modellen: <https://aktion-artikel16.de/good-practice-modelle/>

A/HRC/22/53 Sonderberichterstätter über Folter und andere grausame, unmenschliche oder erniedrigende Behandlung oder Strafe, Juan E. Méndez, 2013

A/HRC/34/32 Mental health and human rights, Report of the United Nations High Commissioner for Human Rights, 2017

A/HRC/RES/36/13 Mental health and human rights, The Human Rights Council, 2017

A/HRC/40/54 Sonderberichterstätter für die Rechte von Menschen mit Behinderungen, 2019

A/HRC/41/34 - Right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health - Report of the Special Rapporteur on the right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health, 2017

XII ZB 459/22 Beschluss des XII. Zivilsenats vom 8.11.2023

Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS), Referat Information, Monitoring, Bürgerservice, Bibliothek, Hg.: Der dritte Teilhabebericht der Bundesregierung über die Lebenslagen von Menschen mit Beeinträchtigungen, Bonn, 2021

CRPD/GC/C/1 Allgemeine Bemerkungen des UN-Fachausschuss CRPD Nr. 1, 2014

Degener et al. 2015: Handbuch Behindertenrechtskonvention

Teilhabe als Menschenrecht – Inklusion als gesellschaftliche Aufgabe, Bundeszentrale für politische Bildung

Deutsches Institut für Menschenrechte 2023: Parallelbericht an den UN-Ausschuss für die Rechte von Menschen mit Behinderungen zum 2./3. Staatenprüfverfahren Deutschlands. Berlin, 2023, S. 25

Flammer, E., Hirsch, S., Thilo, N. & Steinert, T. (2022) "Our Patients Are Different": Predictors of Seclusion and Restraint in 31 Psychiatric Hospitals. *Frontiers in Psychiatry*, 13, 791333.

HR/PUB/23/3 (OHCHR) Mental health, human rights and legislation: guidance and practice, 2024

Martinaki S, Kostaras P, Mihajlovic N, Papaioannou A, Asimopoulos C, Masdrakis V, Angelopoulos E. Psychiatric admission as a risk factor for posttraumatic stress disorder. *Psychiatry Res.* 2021 Nov;305:114176.

Meyer H, Taiminen T, Vuori T, Aijälä A, Helenius H. Posttraumatic stress disorder symptoms related to psychosis and acute involuntary hospitalization in schizophrenic and delusional patients. *J Nerv Ment Dis.* 1999 Jun;187(6):343-52

Mijatović, CommDH/Speech(2019)7 - It is time to end coercion in mental health, 2019

Parliamentary Assembly, Resolution 2291 (2019) - Ending coercion in mental health: the need for a human rights-based approach

Puras Special Rapporteur on the right to health, World needs "revolution" in mental health care – UN rights expert, 2017

WHO Guidance on community mental health services: promoting person-centred and rights-based approaches. Geneva: World Health Organization; 2021

WHO Freedom from coercion, violence and abuse. WHO QualityRights core training: mental health and social services. Geneva: World Health Organization, 2019

WPA Implementing alternatives to coercion: a key component of improving mental health care. Geneva: World Psychiatric Association; 2020:

Zentrale Ethikkommission bei der Bundesärztekammer (2013). Zwangsbehandlung bei psychischen Erkrankungen. *Deutsches Ärzteblatt*, 110, 26, 1334-1338.

VIII. Sind nach dem Stand der Wissenschaft Aussagen dazu möglich, ob und inwieweit die Auswirkungen der ambulanten Durchführung einer ärztlichen Zwangsmaßnahme (vgl. VII.) oder jene der (zwangsweisen) Verbringung in ein Krankenhaus und des Aufenthalts dort (vgl. VI.) eine erheblichere Beeinträchtigung für die Betroffenen darstellen? Wie ist es konkret in Bezug auf psychisch, insbesondere an Schizophrenie, erkrankte Betreute?

Die psychischen Folgen von psychiatrischen Zwangsmaßnahmen auf Patientinnen und Patienten können vielfältig sein, dies unabhängig vom Ort der Durchführung. Die zur Durchführung einer ärztlichen Zwangsmaßnahme in vielen Fällen notwendig freiheitsentziehende Maßnahme (Fixierung, Festhalten) kann bereits das Vertrauensverhältnis zwischen Mitarbeitenden und Patientinnen und Patienten beeinträchtigen (Frajo-Apor et al. 2011), erzwungene Krankenhausaufenthalte können zu einer Beeinträchtigung der Selbstwirksamkeitserfahrung der Patientinnen und Patienten führen und den Therapieerfolg negativ beeinflussen (Lang et al. 2016).

Längsschnittstudien weisen auf, dass die negativen Auswirkungen von Zwang im psychiatrischen Kontext nicht durch potenzielle Vorteile des Gebrauchs von Zwang ausgeglichen werden können. Dieser Zusammenhang hat entscheidenden Einfluss auf die therapeutische Beziehung, die therapeutische Zufriedenheit und die Lebenszufriedenheit der betroffenen Personen allgemein (Lee et al. 2021).

Patientinnen und Patienten beschreiben Zwangsbehandlungen drastisch mit Begriffen wie "Demütigung" und "Nationalsozialismus". Diese Beschreibungen scheinen auf zwei Hauptfaktoren zurückzuführen zu sein: Erstens die Wahrnehmung unfreiwillig verabreichter Medikamente als schädlich und nicht hilfreich, und zweitens die Kumulation kleinerer negativer Vorfälle in der Vergangenheit, welche das Selbstvertrauen und das Vertrauen untergraben (Nyttingnes et al. 2016).

Zwang, sowohl formell (z.B. Zwangsbehandlung) als auch informell (z.B. psychischer Druck durch Androhung), kann nicht nur die therapeutische Beziehung ernsthaft schädigen, sondern gerade auch die Vertrauensbeziehungen im persönlichen Umfeld. Insbesondere ist dies zu erwarten, wenn die Befugnis für die Genehmigung und Ausübung ärztlichen Zwangs außerhalb der Klinik möglich werden sollte.

Die Bedeutung der Sicherheit, des privaten Rückzugs in die eigene Wohnung für psychisch erkrankte Menschen entscheidend, um deren Wohlbefinden und Genesung zu fördern. Durch die Möglichkeit, in einem vertrauten Umfeld zu leben, können Patientinnen und Patienten ein Gefühl von Stabilität und Kontrolle erleben. Insbesondere für Menschen mit massiven Krisenerleben kann die Sicherheit in der eigenen Wohnung dazu beitragen, Zuspitzungen zu vermeiden und die Selbständigkeit zu erhalten (Spannhorst et al. 2020). Dieses Sicherheitsempfinden und die Selbständigkeit durch psychiatrischen Zwang innerhalb des eigenen Wohnumfeldes zu gefährden, ist sowohl aus medizinischer und menschenrechtlicher Sicht als auch Sicht der betroffenen Menschen fahrlässig.

Bedeutsam ist, dass der Gesetzgeber neben der betroffenen Person auch ihre Familien, sei es das Kind oder das Elternteil, als Adressaten der Ermöglichung z.B. der StÄB ansah (BT-Drs. 18/9528 S. 48). So käme die StÄB z.B. Kindern psychisch erkrankter Eltern zugute, weil ihr Elternteil zu Hause bliebe, und familiäre Verhältnisse könnten stabilisiert werden.

Wenn im häuslichen Bereich der betroffenen Person Kinder leben, falle gleichzeitig auch das Wohl der Kinder verstärkt in den Blick. Übertragen lässt sich dies auf das Wohl aller nahestehenden Personen im häuslichen Umfeld der betroffenen Person. Der Gesetzgeber sah insoweit neben dem Schutz der betroffenen Person auch einen Schutz von ihr im häuslichen Umfeld nahestehenden Personen. Die Weiterentwicklungen des „Versorgungssystems“ sollte gerade dies intensivieren und Regelungen dafür schaffen.

Die Ermöglichung der Anwendung von Zwang würde eine komplette Kehrtwende darstellen. Eingriffe in die Grundrechte der mit im Umfeld lebenden nahestehenden Personen und auch Traumatisierungen, liegen nahe. Würde aus einer unterstützenden

häuslichen Begleitung plötzlich eine Zwangsbehandlung ihrer nahestehenden Person, dürfte sich das Einverständnis in das Aufsuchen der Privaträume ebenso prompt umkehren. Nicht nur das, wenn in die Verabreichung gegen den (natürlichen) Willen auch Personen des privaten Umfelds einbezogen würden, z.B. durch öffnen der Zimmer-/Haustür, fehlende Unterstützung gegen die nicht gewünschte Verabreichung ect., ist eine (Zer-) Störung des Vertrauensverhältnisses zu Dazu- und Angehörigen, Mitbewohnenden, (Bezugs-)Mitarbeitenden etc. vorgezeichnet.

Zur zwangsweisen Verbringung zur Durchführung einer ärztlichen Zwangsmaßnahme siehe VI.

LITERATUR

Frajo-Apor et al. Etwas Erniedrigenderes kann dir eigentlich in der Psychiatrie nicht passieren, Psychiatr Prax 2011; 38(6): 293-299

Lang UE et al. Über die Reduktion von Zwangsmaßnahmen durch eine „offene Türpolitik“, Psychiat Prax 2016; 43: 299–301

Lee MH, Seo MK. Perceived Coercion of Persons with Mental Illness Living in a Community. Int J Environ Res Public Health. 2021 Feb 25;18(5):2290.

Nyttingnes et al. 'It's unbelievably humiliating'-Patients' expressions of negative effects of coercion in mental health care. Int J Law Psychiatry 2016 Sep-Dec 49(Pt A):147-153

Spannhorst et al. Stationsäquivalente Behandlung : Eine neue Versorgungsform auch in der Gerontopsychiatrie [Inpatient equivalent treatment : A new form of care also in gerontopsychiatry]. Z Gerontol Geriatr. 2020 Dec;53(8):713-720.

IX. Welche Erkenntnisse gibt es zu den zu erwartenden Auswirkungen einer etwaigen Ausweitung ärztlicher Zwangsmaßnahmen auf Pflegeheime oder vergleichbare Einrichtungen bzw. den häuslichen Bereich?

IX.1. Führte eine Ausweitung zu einer nicht unerheblichen Zunahme der Anzahl ärztlicher Zwangsmaßnahmen (vgl. BTDrucks 18/11617, S. 5)? Gibt es Anhaltspunkte dafür, dass das Erfordernis der Verbringung einer Patientin oder eines Patienten in ein Krankenhaus zur Durchführung ärztlicher Zwangsmaßnahmen deren Anzahl in erheblichem Umfang reduziert?

Aus der Evaluierung des Gesetzes zur Änderung der materiellen Zulässigkeitsvoraussetzungen von ärztlichen Zwangsmaßnahmen und zur Stärkung des Selbstbestimmungsrechts von Betreuten vom 17. Juli 2017 geht hervor, dass ein Ausbleiben einer notwendigen Behandlung auf Grund einer unverhältnismäßigen Zuführung oder eines unzumutbaren Aufenthalts in einem Krankenhaus so gut wie nie der Fall sei ("nie" 60,0%, „selten“ 28,0%, „manchmal“ 12,0%, „häufig“ 0%, „immer“ 0%) (Bundesministerium der Justiz, S. 110).

Diese Feststellung zeigt an, dass ärztliche Zwangsmaßnahmen nicht ausbleiben, weil eine Verbringung eine zusätzliche Belastung darstellt. Bei dem bereits bestehenden

mangelhaften Verfahrensschutz im Zusammenhang mit ärztlichen Zwangsmaßnahmen nach BGB (siehe hierzu IX.2), ist davon auszugehen, dass bei einer Ausweitung der Zulässigkeit ärztlicher Zwangsmaßnahmen auf Heimen und Einrichtungen die Verfahren noch unübersichtlicher werden, so müssten z.B. bereits gegenwärtig mangelnde Sachverständige (Bundesministerium der Justiz, S. 234ff) und auch die Richterinnen und Richter noch mehr Einrichtungen aufsuchen, um sich einen Eindruck der Situation vor Ort zu machen. Dieser genauen Prüfung wird bereits gegenwärtig nicht hinreichend nachgekommen und in hohem Maße von einstweiligen Anordnungen Gebrauch gemacht wird (Bundesministerium der Justiz, S. 233ff). Vor diesem Hintergrund ist es im höchsten Maße wahrscheinlich, dass bei einer Ausweitung der ärztlichen Zwangsmaßnahmen außerhalb der Klinik von einer Zunahme ihrer Anzahl ausgegangen werden kann.

Das mangelhafte Monitoring (siehe hierzu I.2) führt außerdem dazu, dass keine validen Aussagen darüber getroffen werden können, ob das Erfordernis der Verbringung die ärztlichen Zwangsmaßnahmen reduziere.

LITERATUR

Bundesministerium der Justiz 2024: Evaluierung des Gesetzes zur Änderung der materiellen Zulässigkeitsvoraussetzungen von ärztlichen Zwangsmaßnahmen und zur Stärkung des Selbstbestimmungsrechts von Betreuten vom 17. Juli 2017

IX.2. Führte eine Ausweitung zu einer weniger sorgfältigen Prüfung der Voraussetzungen ärztlicher Zwangsmaßnahmen sowie von weniger eingriffsintensiven Alternativen (vgl. BTDrucks 18/11240, S. 15; 18/11617, 5.5 f.)?

Die Evaluierung des Gesetzes zur Änderung der materiellen Zulässigkeitsvoraussetzungen von ärztlichen Zwangsmaßnahmen und zur Stärkung des Selbstbestimmungsrechts von Betreuten vom 17. Juli 2017 belegt, dass bereits die Prüfung weniger eingriffsintensiven Alternativen (milderer Mittel) nicht hinreichend stattfindet, auch der Überzeugungsversuch und die Entscheidungsunterstützung wird durch die Gerichte sehr unterschiedlich bis gar nicht geprüft, dies obwohl der (gescheiterte) Überzeugungsversuch Voraussetzung Zwangsbehandlung ist (1832 Abs. 1 Satz 1 Nr. 4 BGB) (§1906a Abs.1 Satz 1 Nr. 4 BGB a.F.).

Hinzukommend wird der (mutmaßliche) Wille nicht hinreichend durch die Betreuerin oder den Betreuer ermittelt und die zuständigen Gerichtsakten zeigen einen "extensiven Gebrauch" einstweiliger Anordnungen (Bundesministerium der Justiz 2024, S. 232f).

Nicht zuletzt zeigt sich in allen Bereichen ein Fachkräftemangel (Bundesministerium der Justiz 2024, S. 10 & 222 & (Sachverständige) 235ff).

All dies zusammengenommen zeigt, dass bereits gegenwärtig das Recht der betroffenen Personen auf ein rechtmäßiges Verfahren stark gefährdet ist. Eine

Ausweitung der Zulässigkeit ärztlicher Zwangsmaßnahmen außerhalb des Aufenthalts der Klinik würde auf einen mangelhaften bereits bestehenden Verfahrensschutz treffen.

LITERATUR

Bundesministerium der Justiz 2024: Evaluierung des Gesetzes zur Änderung der materiellen Zulässigkeitsvoraussetzungen von ärztlichen Zwangsmaßnahmen und zur Stärkung des Selbstbestimmungsrechts von Betreuten vom 17. Juli 2017

X. Gibt es Erkenntnisse dazu, ob im Ausland, insbesondere im europäischen Ausland, ärztliche Zwangsmaßnahmen außerhalb von Krankenhäusern durchgeführt werden (1.) in Pflegeheimen bzw. vergleichbaren Einrichtungen und/oder (2.) im häuslichen Umfeld?

Unseres Wissens nach wird in keinem Land weltweit die ärztliche Zwangsmaßnahme außerhalb eines Krankenhauses durchgeführt. Es sind zwar weltweit in rund 75 Gesetzgebungen der Länder Behandlungsanweisungen zulässig (McDonald et al. 2017), diese sind aber nicht mit einer im eigenen Wohnumfeld stattfindenden Zwangsbehandlung zu vergleichen.

Nach eingängiger Recherche konnte keine Gesetzgebung gefunden werden, die die Zwangsbehandlung außerhalb des Krankenhauses zulässt. Die Behandlungsweisung sieht keine Zwangsbehandlung zu Hause vor, sondern bei Nichteinhalten der angeordneten Behandlungsweisung kann die betroffene Person wieder in eine Klinik eingewiesen werden, ggf. auch gegen ihren Willen, um dann dort die (meist) medikamentöse Behandlung durchzusetzen. Bei ambulanten Behandlungsanordnungen handelt es sich um gerichtliche Anordnungen, die die Nutzenden von medizinischen Dienstleistungen dazu verpflichten, ambulant psychiatrische Medikamente und Behandlungen (nach dem Klinikaufenthalt) fortzusetzen (HR/PUB/23/3 (OHCHR) 2023, S. 67). Falls Betroffene der Weisung nicht nachkommen, werden sie nicht außerhalb des Krankenhauses gezwungen die Medikamente zu nehmen, sondern es droht eine Wiedereinweisung.

Europäische Beispiele

Frankreich: Seit der Reform von 2011 können Personen außerhalb eines Vollzeitkrankenhausaufenthalts einer Behandlungsweisung (CTO) unterworfen werden, die verschiedene Formen annehmen kann: Behandlung durch autorisierte Einrichtungen, häusliche Behandlung (Home treatment/StäB) und Teilzeit- oder kurzzeitige intermittierende Krankenhausaufenthalte. Die CTO legt die Art der Versorgung, den Ort und den Zeitplan für die Behandlung fest. Personen, die einer CTO unterstehen, dürfen nicht "genötigt" oder "physisch gezwungen" werden, sich behandeln zu lassen. Wenn sie zu irgendeinem Zeitpunkt die Behandlung ablehnen, müssen sie in

Übereinstimmung mit einem unfreiwilligen Unterbringungsverfahren ins Krankenhaus eingeliefert oder erneut ins Krankenhaus eingewiesen werden (Turnpenny et al. 2018, S. 96).

In Frankreich wurde zwar ein neues Gesetz erörtert, das unfreiwillige psychiatrische Behandlung zu Hause zulässt. Es wurde allerdings mehrheitlich die Auffassung vertreten, dass dies im massiven Widerspruch zu dem Ziel der angestrebten freiwilligen Behandlung nach dem Krankenhausaufenthalt stünde (FRA 2012, S. 47).

Italien: Das italienische Recht lässt Zwangsbehandlungen nur in Krankenhäusern des öffentlichen Sektors zu. Ambulante Behandlungsanordnungen sind im italienischen Gesundheitswesen nicht vorgesehen (Turnpenny et al. 2018, S. 125).

Schottland: In Schottland ist die gemeindebasierte Zwangsbehandlungsanordnung (CCTO) zulässig. Dies berechtigt nicht zu einer Unterbringung, kann aber dazu führen, dass die betroffene Person zu ambulanten medizinischen Behandlungen erscheinen muss. Eine Zwangsbehandlung kann jedoch nur in einem Krankenhaus erfolgen (Turnpenny et al. 2018, S. 181).

Zu den Behandlungsanweisungen: Bereits bei den Behandlungsanweisungen sind die Belege für ihre Unwirksamkeit groß.

Untersuchungen zufolge reduzieren sie weder die Anzahl der Krankenhausaufenthalte, noch profitieren die Personen, die psychosoziale Leistungen in Anspruch nehmen, von ihnen (Rugkåsa 2017, Vergunst et al. 2017, Barnett et al. 2018, Weich 2020, Dey 2022, Kisely et al. 2017 & 2023).

Eine weitere Studie, die 22 Publikationen zu Behandlungsanweisungen (CTO) ausgewertet und die Aussagen von 581 Patientinnen und Patienten aus sieben Ländern umfasste, fand am häufigsten die Einschätzungen, dass ambulante Zwangsmaßnahmen (hier in Form von Behandlungsanweisungen) ein Gefühl von Zwang und Kontrolle bei den betroffenen Personen hervorrufen und Medikation als Hauptgrund für die Behandlungsanweisung angegeben wurde (Corring 2017).

Dass in einigen Ländern entgegen der wissenschaftlichen Evidenz CTOs eingeführt wurden bzw. aufrechterhalten werden, wie etwa in Norwegen, erklärt sich für die Autoren einer systematischen Übersichtsarbeit aus rein "argumentativ-subjektivistischen Ansätzen" (Kisely et al., 2017). So heißt es, dass die Einführung von CTOs „durch einen Dialog zwischen Regierung, Berufsgruppen, Lobbyisten, Medien und der Strafjustiz bestimmt werden“ (ebd.). Inzwischen ist z.B. im australischen Bundesstaat Victoria und in Neuseeland etwa jeder Tausendste Bürger von einer CTO betroffen. Betroffen sind v.a. Menschen aus ethnischen Minderheiten (Light, 2019; Lees et al., 2023).

Der Report der MHE zu psychiatrischen Zwangsmaßnahmen im europäischen Vergleich zeigt auf, dass mit einer Ambulantisierung der ärztlichen Zwangsmaßnahmen auch die Gefahr verbunden ist, dass sich die Behandlung durch die außerstationäre Ärztin oder den außerstationären Arzt auf die medikamentöse Behandlung, sobald

vom Gericht genehmigt, reduzieren würde (Turnpenny et al. 2018, S. 35).

Alternative Behandlungsvorschläge müssten nicht mehr unterbreitet und diskutiert werden. Der informelle Zwang zu einer medikamentösen Behandlung würde zunehmen, da immer die Option im Raum stünde (wie bisher) mit einer Unterbringung zu drohen oder, im Falle der Zulässigkeit ärztlicher Zwangsmaßnahmen außerhalb der Klinik, sogar damit drohen zu können, die medikamentöse Behandlung unter Zwang gleich in den eigenen vier Wänden durchzuführen.

Der Schutz der Privatsphäre und Entfaltung der Persönlichkeit im eigenen Wohnumfeld (Art. 13 GG) wäre durch dieses Bedrohungsszenario in Gänze aufgehoben. So gäbe es für die betroffenen Menschen keinen physischen Ort mehr an dem sie ohne die Androhung auf den ärztlichen Zwang leben könnten. Ganz davon abgesehen wäre der Aufbau eines Vertrauensverhältnisses, dass frei ist von der Option vom Durchgriffsrecht Gebrauch zu machen, somit auch im außerklinischen Bereich massiv gefährdet. Die Wahrscheinlichkeit, dass hilfeschuchende Menschen frühzeitig ambulante medizinische Angebote aufsuchen würde noch mehr sinken.

LITERATUR

Barnett et al. (2018). Compulsory community treatment to reduce readmission to hospital and increase engagement with community care in people with mental illness: a systematic re- view and meta-analysis, in: *Lancet Psychiatry*, 5 (2018), S. 1013-1022,

Corring et al. (2017). A Systematic Review of the views and experiences of subjects of community treatment orders, in: *International Journal of Law and Psychiatry* 52, 2017, S. 74-80

Dey et al. (2022). Compulsory treatment order and rehospitalisation: A New Zealand study, in: *Australasian Psychiatry* 30 (3), S. 346-351

FRA European Union Agency for Fundamental Rights (2012). Involuntary placement and involuntary treatment of persons with mental health problems

HR/PUB/23/3 (OHCHR) Mental health, human rights and legislation: guidance and practice, 2024:

Kisely et al. (2017). Compulsory community and involuntary outpatient treatment for people with severe mental disorders, in: *Cochrane Database of systematic reviews*, 17.März 2017

Kisely et al. (2023). Benefits following community treatment orders have an inverse relationship with rates of use: meta-analysis and meta-regression, in: *The British Journal of Psychiatry Open* 14; 9 (3), April 2023, S. 1-12

Lees et al. (2023). Variation in the use of compulsory community treatment orders between district health boards in New Zealand. *Australasian Psychiatry*, 31, 349-352.

Light (2019). Rates of use of community treatment orders in Australia. *International Journal of Law and Psychiatry*, 64, 83–87.

McDonald et al. Community treatment orders should be introduced in the Republic of Ireland. *Irish Journal of Psychological Medicine*. 2017;34(4):295-303.

Rugkåsa et al. (2017). Community treatment orders: Are they useful?, in: *British Journal of Psychiatry Advances*, 23(4), S. 222-230

Internetseite: www.aktion-artikel16.de

Kontakt: info@aktion-artikel16.de

15. April 2024



Turnpenny et al. (2018) Mapping and Understanding Exclusion: Institutional, coercive and community-based services and practices across Europe. Project report. Mental Health Europe, Brussels, Belgium

Weich et al. (2020). Use of community treatment orders and their outcomes: an observational study, in: National Institute for Health and Care (NIHR) Journals Library, Februar 2020