

# Dokumentation der Expertenanhörung zur Zwangsmedikation

am 14. Mai 2012



Baden-Württemberg

MINISTERIUM FÜR ARBEIT UND SOZIALORDNUNG,  
FAMILIE, FRAUEN UND SENIOREN

Mit Beschluss vom 12. Oktober 2011 hat das Bundesverfassungsgericht § 8 Abs. 2 Satz 2 des baden-württembergischen Unterbringungsgesetzes (UBG) für verfassungswidrig erklärt. Mit einer – auch presseöffentlichen – Expertenanhörung am 14. Mai 2012 hat das Sozialministerium eine fundierte Basis für die notwendig gewordene Neufassung der Regelungen zur Zwangsmedikation geschaffen. Der Gesetzentwurf soll nach der Sommerpause im Kabinett eingebracht werden.

Die Äußerungen der Fachleute auf der Expertenanhörung des Sozialministeriums werden im Folgenden dokumentiert.

- PD Dr. Michael Lindemann, Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf, Juristische Fakultät
- Rainer Höflacher, Landesverband Psychiatrie-Erfahrener
- Dr. Werner Trägner, Vizepräsident des LG Ulm
- Hermann Villinger, Landesverband der Angehörigen psychisch Kranker
- Prof. Dr. Tilman Steinert, Chefarzt ZfP Süd Württemberg
- Maria-Theresia Wald, Pflegedienstleiterin PZN Wiesloch
- Silke Hansen, Vertreterin des Personalrats des PZN Wiesloch
- Dr. Klaus Obert, Bereichsleitung Sucht- und Sozialpsychiatrische Hilfen, Caritasverband Stuttgart e. V.

## **Wortprotokoll PD Dr. Lindemann**

### **Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf, Juristische Fakultät**

Ich bin gerade schon gefragt worden, das vielleicht kurz vorneweg, was denn eigentlich die Heinrich Heine Universität Düsseldorf mit Baden-Württemberg zu tun hat. Vielleicht deshalb ein, zwei Sätze zu meiner Person. Ich war zwei Jahre lang wissenschaftlicher Mitarbeiter am Bundesverfassungsgericht im Dezernat von Frau Professorin Lübbecke-Wolf. Das ist das Dezernat, das für die vollzugsrechtlichen Verfassungsbeschwerden zuständig ist. Ich habe zwar nicht mehr aktiv an der Entscheidung zur Zwangsbehandlung im Maßregelvollzug mitgewirkt, weil ich schon ausgeschieden war; aber ich denke, dass ich so einigermaßen verstehe, die Entscheidung zu deuten, und will versuchen, in aller Kürze dazustellen, was es mit den darin formulierten rechtlichen Rahmenbedingungen auf sich hat. Die Entscheidung ist ja schon sehr umfangreich besprochen worden. Aber vielleicht ist es doch angebracht, noch einmal die Kernaussagen herauszuarbeiten und insbesondere natürlich auch die Folgerungen, die sich für anstehende Gesetzgebungsarbeiten daraus ziehen lassen, zu betrachten.

Zunächst zu den verfassungsrechtlichen Kernaussagen. Der II. Senat hat in seiner ersten Entscheidung im März vergangenen Jahres sehr dezidiert herausgearbeitet und mehrfach betont, dass die Zwangsbehandlung eines Maßregelvollzugspatienten ein besonders schwerwiegender Eingriff in sein Grundrecht auf körperliche Unversehrtheit ist. Darüber hinaus hat der Senat aber auch festgestellt, dass es ungeachtet dieser besonderen Schwere des Eingriffs die Möglichkeit der verfassungsrechtlichen Rechtfertigung gibt, und dass eine solche Rechtfertigung auch bei einer Zwangsbehandlung zur Erreichung des Vollzugsziels in Betracht kommt. Das war der Fall, der beiden Entscheidungen des Bundesverfassungsgerichts zugrunde lag; inwieweit sich den Ausführungen des Senats darüber hinausgehende Aussagen entnehmen lassen, bedarf der genaueren Prüfung. In den verfahrensgegenständlichen Fällen ging um die Erreichung des Vollzugsziels, und diese soll nach Auffassung des Senats durchaus ein möglicher Rechtfertigungsgrund für den in Rede stehenden Grundrechtseingriff sein. Der Senat knüpft die Möglichkeit der Rechtfertigung allerdings an ausdifferenzierte Voraussetzungen. An zentraler Stelle steht die krankheitsbedingte Einsichts- und Steuerungsunfähigkeit des Untergebrachten. Der § 20 StGB entlehnte Begriff der Steuerungsfähigkeit ist vielleicht auf den ersten Blick etwas ungewöhnlich; genauer müsste es heißen, die Einsichtsunfähigkeit bzw. Unfähigkeit, nach einer vorhandenen Einsicht zu handeln. Hierbei handelt es sich jedoch im Grunde genommen um die zweiseitige Prüfung, die wir aus § 20 StGB kennen. Insofern, denke ich, kann man das terminologisch so verkürzen. Hierauf folgt der übliche verfassungsrechtliche Dreischritt: Die Zwangsbehandlung muss geeignet, erforderlich und angemessen sein. Das kennen wir so aus jeder Grundrechtsprüfung. Darüber hinaus, und dazu werde ich gleich noch Näheres sagen, sind verschiedene verfahrensmäßige Sicherungen vorgesehen, welche die Position des Patienten hier besonders schützen sollen. Und schließlich bedarf es einer klaren und be-

stimmten gesetzlichen Grundlage, was uns wiederum zu den Vorschriften führt, die hier in Rede stehen: Einmal der § 6 Abs. 1 Satz 2 des rheinland-pfälzischen Maßregelvollzugsgesetzes und dann § 8 Abs. 2 Satz 2 des Unterbringungsgesetzes Baden-Württemberg. Beide Vorschriften sind nach Auffassung des Senats nicht hinreichend konkret und bestimmt. Sie genügen den Anforderungen, die ich gerade skizziert habe, nicht, und waren deshalb für nichtig zu erklären.

Die Frage, die sich dann daran anschließt, ist, wenn man schon über die Möglichkeiten der Zwangsbehandlung nachdenkt, inwieweit sich diese Grundsätze auch auf andere Formen der Zwangsbehandlung untergebrachter Patienten übertragen lassen. Also insbesondere auf die Zwangsbehandlung bei Eigen- oder Fremdgefährdung, auf die Zwangsbehandlung in anderem Kontext. Es ging ja in beiden Fällen um den psychiatrischen Maßregelvollzug.

Richten wir den Blick zunächst auf den Eingriff in den Schutzbereich. Eben dieser besonders schwerwiegende Eingriff, von dem der Senat spricht. Da muss man sehen, dass ganz klar herausgearbeitet wird, dass nicht nur die körperliche Unversehrtheit vom Schutz des Artikel 2 Abs. 2 Satz 1 Grundgesetz umfasst ist, sondern auch das diesbezügliche Selbstbestimmungsrecht. Es ist wichtig für die weitere Interpretation der Entscheidung, dass man sieht, dass es gerade auch um diese Selbstbestimmungskomponente geht, die natürlich bei Vorliegen einer psychischen Krankheit gewisse Probleme aufwirft. Auch dieses Selbstbestimmungsrecht ist grundsätzlich vom Schutzbereich des Artikel 2 umfasst. Ausführlich begründet der Senat sodann, woraus sich die besondere Schwere des Eingriffs ergibt. Erschwerend, so der Senat, wirken die Hilflosigkeit und Ohnmacht des betroffenen Untergebrachten und natürlich auch, das ist ein weiterer Punkt, die möglichen Nebenwirkungen des verabreichten Medikaments. Hieran schließen sich Überlegungen zu Aspekten an, die einer Qualifizierung als Eingriff entgegenstehen könnten. Man könnte ja argumentieren, es geht doch eigentlich um Heilung, weswegen es sich nicht um einen Grundrechtseingriff handele. Eine solche Argumentation weist der Senat zu Recht zurück; schließlich ist es auch ansonsten im Arztrecht so, dass eine Behandlungsmaßnahme ein Eingriff in das Selbstbestimmungsrecht und die körperliche Unversehrtheit ist. Der Umstand, dass es um Heilung gehen soll, ändert hieran nichts. Auch der Arzt, der einen in Freiheit befindlichen Patienten behandelt, braucht dessen rechtfertigende Einwilligung. Die haben wir in diesen Fällen nicht, und daher stellt sich die Frage, wie man sonst zu einer Rechtfertigung kommen kann. Dass der Behandelte der Behandlung unter dem Eindruck der Zwangsandrohung keinen physischen Widerstand mehr entgegensetzt, steht der Qualifikation als Grundrechtseingriff ebenfalls nicht entgegen. Das ist auch ein wichtiger Punkt, denke ich. Es ist nicht erforderlich, dass der Patient sich körperlich gegen die Behandlung wehrt, wenn er einmal zum Ausdruck gebracht hat, dass er diese nicht wünscht. Dann ist es eben Zwangsbehandlung und ein Eingriff in Artikel 2, und es führt nicht zu einer anderen Bewertung, dass er sich dann unter dem Eindruck eines möglichen physischen Zwanges nicht mehr

wehrt. Nichts anderes gilt für die fehlende Einsichts- bzw. Steuerungsunfähigkeit, so dass wir in diesen Situationen regelmäßig einen solchen erheblichen Grundrechtseingriff haben.

Kommen wir zur verfassungsrechtlichen Rechtfertigung. Da muss man sehen, dass die Situation bei einer Zwangsbehandlung zur Erreichung des Vollzugsziels durch eine intrapersonale Interessenabwägung gekennzeichnet ist. Es geht hier ausschließlich um Interessen des Betroffenen. Die Berücksichtigung von Drittinteressen weist der Senat relativ knapp zurück, indem er darauf hinweist, dass der Schutz der Allgemeinheit durch die Unterbringung als solche gewährleistet wird. Und im Grunde genommen bleibt das ja auch so, wenn der Patient nicht behandelt wird. Damit ist keine Aussage getroffen – das wird in der Diskussion häufig missverstanden – zur Zwangsbehandlung bei akuter Fremdgefährdung, wenn also das Personal oder Mitpatienten gefährdet sind. Insofern ist angenommen worden, dass nach dem Willen des Bundesverfassungsgerichts auch in diesen Fällen eine Zwangsbehandlung nicht mehr in Betracht kommen soll. Ich denke jedoch, dass die Ausführungen des Senates nicht in diesem Sinne zu verstehen sind. Eine Zwangsbehandlung zur Erreichung des Vollzugsziels kann jedoch nur mit Interessen des Untergebrachten selber gerechtfertigt werden. Insofern handelt es sich um einen intrapersonalen Interessenkonflikt, bei dem man normalerweise davon ausgehen würde, dass der Betroffene diesen selbst zu entscheiden vermag. Und so ist es eben auch prinzipiell. Es gibt die Freiheit zur Krankheit, das ist so ein Schlagwort, das ja auch in der Debatte vorher schon häufiger begegnet ist. Dieses greift der Senat auf und führt aus, grundsätzlich müsse jeder selber entscheiden, ob er sich behandeln lassen wolle oder ob er das verweigere und dann die Konsequenzen einer längeren Unterbringungszeit in Kauf nehme. Es gibt keine Vernunftlosigkeit staatlicher Organe, auch das stellt der Senat noch einmal deutlich heraus. Es gibt jedoch Situationen, in denen der Betroffene auf Grund seiner Erkrankung zur Wahrnehmung dieser Interessenabwägung nicht kompetent in der Lage ist. Dies sind die Fälle der fehlenden Einsichts- bzw. Steuerungsunfähigkeit. In diesen Situationen hält der Senat wohlmeinenden Zwang unter bestimmten Voraussetzungen für zulässig. Das ist also der Korridor, der für Zwangsbehandlungen zur Erreichung des Vollzugsziels nach Auffassung des Senats nach wie vor besteht. Und daraus resultiert, dass für die Zulässigkeit einer Zwangsbehandlung die Einsichts- oder Steuerungsunfähigkeit des Patienten positiv festgestellt werden muss.

Hieran schließen sich die Überlegungen zu den einschränkenden Voraussetzungen an. So muss der Eingriff geeignet, erforderlich und angemessen sein. Das Kriterium der Geeignetheit bezieht sich auf die Erreichung des grundsätzlich für legitimationsfähig gehaltenen Zwecks, eben die Entlassungsfähigkeit des Patienten zu befördern.

Zur Geeignetheit wird festgestellt, dass die Zwangsbehandlung im Hinblick auf das Behandlungsziel, das ihren Einsatz rechtfertigen soll, Erfolg versprechend sein muss. Das Vorliegen dieser Voraussetzung versteht sich nicht von selbst und bedarf der kontinuier-

lichen Überprüfung. Das heißt also, wenn man das einmal festgestellt hat, mit Hilfe eines Gutachters beispielsweise, muss man periodisch überprüfen, ob nach wie vor die Chance besteht, Entlassungsreife herbeizuführen. Sobald das Ganze zu einer Art verkappter Sicherungsmaßnahme wird oder einfach dazu dienen soll, den Betroffenen ruhigzustellen oder ihn leichter handhabbar zu machen, sind wir in einem anderen Bereich, und das kann man dann natürlich nicht mehr unter den Aspekt Zwangsbehandlung zur Erreichung des Vollzugsziels fassen.

Mit dem Erfordernis der Erforderlichkeit ist gemeint, dass mildere, aber gleich geeignete Mittel grundsätzlich vorrangig sind. Insbesondere muss der Zwangsbehandlung ein ernsthafter Versuch vorausgegangen sein, die Zustimmung des Betroffenen zu erlangen. Das gilt auch für Fälle der Einsichtsunfähigkeit. Obwohl die Einwilligung in diesen Fällen nicht rechtfertigend wirken kann, muss das Klinikpersonal versuchen, eine Behandlung ohne physischen Zwang zu ermöglichen. Dazu muss um die Zustimmung des Betroffenen geworben werden, auch wenn er als einsichtsunfähig angesehen wird.

Schließlich muss die Zwangsbehandlung auch angemessen sein. Das heißt, sie darf nicht mit Belastungen verbunden sein, die außer Verhältnis zu dem erwartbaren Nutzen stehen. Es muss ein deutliches Überwiegen der Heilungschancen festzustellen sein. Und insbesondere dürfen mehr als vernachlässigbare Restrisiken irreversibler Gesundheitsschäden nicht in Kauf genommen werden.

In verfahrensrechtlicher Hinsicht entwickelt der Senat sodann ein sehr ausdifferenziertes Programm. Auf diese Weise wird für den Gesetzgeber sichtbar, was das Bundesverfassungsgericht von Verfassungs wegen für erforderlich hält. Die verfahrensbezogenen Vorgaben entwickelt der Senat nicht nur aus Art. 2 GG, sondern auch aus der Rechtsschutzgarantie des Art. 19 Absatz 4, die Vorwirkungen für das Verwaltungsverfahren entfaltet. So bedarf es jedenfalls bei planmäßiger Behandlung grundsätzlich einer Ankündigung, die so früh ergehen muss, dass der Betroffene rechtzeitig um Rechtsschutz – gegebenenfalls um Eilrechtsschutz – nachsuchen kann. Darüber hinaus muss die Maßnahme ausreichend konkretisiert und dokumentiert sein. Letzteres ist nicht nur bezogen auf den einzelnen Patienten wichtig, sondern auch aus Gründen der Qualitätssicherung, also der internen Überprüfung, inwieweit solche Maßnahmen die Erreichung des angestrebten Ziels wirklich fördern. Darüber hinaus bedarf es der vorausgehenden Kontrolle durch eine unabhängige Instanz. Der Senat ist sich in der Frage, um welche Instanz es sich handeln sollte, nicht fest. Hinsichtlich der Betreuungslösung, die im Schrifttum häufig favorisiert wird, sieht der Senat allerdings auch kritische Punkte; etwa, dass es für den Betroffenen nicht unbedingt von Vorteil ist, wenn es gerade eine näher stehende Person ist, die in die Zwangsbehandlung einwilligt. Für den Betroffenen wäre dies unter Umständen schlimmer, als wenn es sich um eine externe Instanz handelte. Darüber hinaus ist der Vorteil, den sich viele davon versprechen, dass es sich wenigstens um eine Bezugsperson handelt, bei vielen Maßregelvollzugspatienten gar nicht

gegeben, weil es sich um Berufsbetreuer handelt, die doch nicht so einen engen Bezug zur Person des Patienten haben. Der Senat bringt an dieser Stelle weitere Instanzen ins Spiel; er kann sich einen Richtervorbehalt oder einen Ombudsmann vorstellen. Im Schrifttum ist des Weiteren eine Ethikkommission ins Gespräch gebracht worden. Mit einer Betrauung dieser Instanzen wäre den Anforderungen des Senats wohl entsprochen. Zu guter Letzt, das ist wahrscheinlich gerade auch aus ärztlicher Hinsicht relativ selbstverständlich, bedarf es der Anordnung und Überwachung der Zwangsbehandlung durch einen Arzt. Das entspricht auch international rechtlichen Verpflichtungen und ist insofern, denke ich, relativ unkritisch.

Das Erfordernis einer klaren und bestimmten gesetzlicher Regelung wurde in der grundlegenden Entscheidung des Senats aus dem März des vergangenen Jahres zunächst auf die rheinland-pfälzische Regelung angewandt. Und Sie sehen auf der eingeblendeten Folie - ich gehe das nicht im Einzelnen durch, weil es vielleicht in diesem Kontext nicht so relevant ist - da fehlt es an einer ganzen Reihe dieser Punkte in der einschlägigen Regelung. Im Oktober desselben Jahres hat der Senat diese Aussagen dann auch auf die Regelung in § 8 Abs. 2 Satz 2 des UBG Baden-Württemberg übertragen. Hier sind tatsächlich einige Voraussetzungen nicht erfüllt. Es fehlt das Erfordernis der Einsichtsunfähigkeit. Es fehlt das Erfordernis, dass um eine Zustimmung des Patienten geworben werden muss. Es fehlt die Verpflichtung zu einer hinreichend konkretisierten Ankündigung. Eine ärztliche Anordnung ist zwar vorgesehen, aber nur für Fälle des unmittelbaren Zwangs und eben nicht für die Fälle, in denen die Behandlung ohne physische Zwangseinwirkung durchgeführt werden kann. Die Dokumentationsvorschriften sind unzureichend, und es gibt keine Regelung, dass eine unabhängige Überprüfung vorgenommen werden muss. Es fehlt mithin vieles von dem, was der Senat für erforderlich hält.

Die Frage ist, was nun aus den vorerwähnten Aussagen folgt. Insbesondere mit Blick auf die gesetzgeberische Neufassung muss man sicher über den verfahrensgegenständlichen Fall der Zwangsbehandlung zur Erreichung des Vollzugsziels hinausgehen. So gelten die Ausführungen zur Schwere des Grundrechtseingriffes für alle Formen der Zwangsbehandlung. Die diesbezüglichen Überlegungen des Senats sind auch nicht einschränkend formuliert. Wenn man sie genau liest, liegt auf der Hand, dass die Ausführungen zur Eingriffsintensität für jede Form der Zwangsbehandlung Geltung beanspruchen. Die Frage ist natürlich, ob in jedem Fall das Kriterium der Einsichts- oder Steuerungsunfähigkeit gelten soll. Ich hatte ja dargelegt, dass diese Voraussetzung vor allem aus dem intrapersonalen Charakter des zugrundeliegenden Interessenkonflikts abgeleitet wird. Auf Fälle der Zwangsbehandlung zur Abwehr akuter Fremdgefährdung, bei der auch Interessen Dritter tangiert sind, wird man dieses Kriterium daher nicht ohne Weiteres übertragen können.

Wichtig ist mir in diesem Zusammenhang auch der Hinweis auf das Gesetz zur Regelung der Patientenverfügung, das mit § 1901a BGB eine Regelung geschaffen hat, der meines Erachtens Ausstrahlungswirkung auch für den Maßregelvollzug zukommt. Wenn also aktuell von einer Einsichts- oder Steuerungsunfähigkeit des Patienten auszugehen ist, kann es sein, dass er in einem früheren Zustand der Einsichtsfähigkeit dokumentiert hat, dass er bestimmte Formen der Zwangsbehandlung nicht wünscht. Nach meinem Dafürhalten bedürfen entsprechende Patientenverfügungen der Berücksichtigung im hier behandelten Kontext. Dies wird zum Teil anders gesehen; ich vermag jedoch nicht zu erkennen, woraus sich eine Einschränkung ergeben soll. In jedem Fall sollte man sich im Rahmen der gesetzgeberischen Überlegungen auch zur Frage der Geltung einer Patientenverfügung positionieren.

Wie gesagt, für die Fremdgefährdung gilt dann etwas anderes. In einer neueren Entscheidung hat das OLG Celle eine Zwangsbehandlung zur Abwendung akuter Fremdgefährdungen zwar für generell unzulässig erklärt. Ich habe allerdings den Eindruck, dass der Senat seine Überlegungen sehr stark auf Besonderheiten der niedersächsischen Regelung stützt. Dass man sie umstandslos auch auf andere landesrechtliche Regelungen übertragen kann, möchte ich vor diesem Hintergrund bezweifeln; darüber hinaus haben mich die Ausführungen auch in der Sache nicht überzeugt. Allerdings wird man auch in derartigen Situationen zunächst versuchen müssen, mit dem Patienten zu einer einvernehmlichen Lösung zu gelangen. Wenn dieser eine Zwangsmedikation ablehnt und eine Fixierung oder irgendeine physische Sicherungsmaßnahme bevorzugen würde, müsste man seinem Selbstbestimmungsrecht auch in diesem Zusammenhang Rechnung tragen.

Alle weiteren Voraussetzungen – Verhältnismäßigkeit und verfahrensrechtliche Sicherungen sowie die Bestimmtheit der gesetzlichen Regelung – gelten im Grundsatz wiederum für jede Form der Zwangsbehandlung, allerdings mit der Einschränkung, dass sie auch unter Berücksichtigung der Besonderheiten des jeweiligen Falles passen müssen. Der Senat selber hat ja beispielsweise die Einschränkung gemacht, dass eine Ankündigung zur Ermöglichung der Inanspruchnahme von Rechtsschutz jedenfalls bei einer planmäßigen Behandlung zu erfolgen hat. Bei einer Akutintervention stieße die Umsetzung dieses Kriteriums schnell auf Schwierigkeiten. Insofern ist die Übertragbarkeit im Einzelfall zu prüfen, und man muss überlegen, ob die Voraussetzung auf einen anderen Fall der Zwangsbehandlung ebenfalls passt.

Zuletzt möchte ich noch auf einige Folgeentscheidungen hinweisen. Hierbei handelt es sich um Kammerentscheidungen, welche die Ausstrahlungswirkung der vorausgegangenen Senatsentscheidungen noch einmal verdeutlichen. Eine im Dezember ergangene Entscheidung im Eilrechtsschutzverfahren betraf eine öffentlich-rechtliche Unterbringung nach PsychKG. Die Kammer geht in diesem Beschluss sehr selbstverständlich davon aus, dass die Ausführungen aus den Senatsentscheidungen auch für diesen Be-



reich der psychiatrischen Unterbringung gelten. Eine einstweilige Anordnung ist dann wegen fehlender Rechtswegerschöpfung abgelehnt worden, was auch einen Hinweis darauf zulässt, welche Rolle die Kammer den Fachgerichten zuweist. Die diesbezüglichen Ausführungen deuten darauf hin, dass es nunmehr Aufgabe der Fachgerichte sein soll, die jeweiligen Vorschriften durchzumustern und entweder vorzulegen oder selber festzustellen, dass es keine hinreichende Ermächtigungsgrundlage gibt.

Die zweite Entscheidung stammt aus dem Februar dieses Jahres. In ihr ging es um die Unterbringung im Maßregelvollzug, allerdings um einen Fall akuter Fremdgefährdung. Die zuständige Kammer kam zu dem Schluss, dass in diesem Fall eine einstweilige Anordnung nicht angebracht war. Das hat aber natürlich mit dem sehr engen Maßstab zu tun, der für einstweilige Anordnungen des Bundesverfassungsgerichts gilt. Man sollte die Entscheidung daher nicht so interpretieren, dass eine Zwangsbehandlung bei akuter Fremdgefährdung grundsätzlich zulässig ist. Im konkreten Fall hat das Bundesverfassungsgericht keinen genügenden Anlass zum Erlass einer einstweiligen Anordnung gesehen, weil die Gefahren, die in diesem Fall bestanden, wohl doch zu schwerwiegend waren.

Das wäre es zunächst von meiner Seite. Ich danke Ihnen für Ihre Aufmerksamkeit und stehe natürlich für Fragen zur Verfügung.

## **Wortprotokoll Herr Höflacher Landesverband Psychiatrie-Erfahrener**

Guten Tag. Ich bin jetzt ganz erschlagen von dem Vortrag. Aber, ich möchte auch kurz zu meiner Person noch etwas sagen. Ich bin psychiatrieerfahren, seit 1981 an einer schizoaffektiven Psychose erkrankt, bin seit 1996 berentet und in der Psychiatrie-Selbsthilfe tätig und war vielleicht so 17 mal in den Kliniken, auch sehr oft auf der Geschlossenen, eigentlich fast immer, und habe vielleicht so 25, also deutlich über 20 Psychosen hinter mir. Und habe bisher, an was ich mich erinnern kann, drei Zwangsmaßnahmen, Fixierungen hinter mir. Also habe Zwang und Gewalt schon am eigenen Leib erfahren.

Also zu den Fragen, die uns in der Einladung geschickt wurden, wollen wir folgendermaßen Stellung nehmen:

Wir sind der Meinung, dass die Möglichkeit bestehen bleiben sollte, Patienten gegen den natürlichen Willen mit Medikamenten zu behandeln. Deutlich zu betonen ist allerdings, dass dies nur in einer Situation geschehen darf, in der der Patient nicht frei seinen Willen bilden kann, also einsichtsunfähig ist. Gleichzeitig müssen die Bedingungen einer Notsituation gegeben sein. Das heißt, entweder es besteht akute Gefahr für Leib oder Leben des Patienten oder es liegt eine kurz bevorstehende und erhebliche Fremdgefährdung vor. Zwangsmedikation allein wegen Einsichtsunfähigkeit lehnen wir ab, da dies zu viele Möglichkeiten der Auslegung gestattet und ein zu schwacher Anlass für ein gewaltsames Vorgehen ist. Diese Haltung schützt unseres Erachtens den Patienten ausreichend und wägt Schaden und Nutzen gegeneinander ab. Patientenverfügung und Behandlungsvereinbarung sind zu berücksichtigen. Was allerdings das Problem aufwirft, dass es dann akut schwerkranke Patienten auf Station gibt, die nicht behandelt werden dürfen. Da der Patient in klarer Verfassung dies so gewählt hat, ist dann ja wirklich die Polizei zuständig. In einer extremen Form der Patientenverfügung verbietet der Unterzeichnete dem Arzt, eine psychiatrische Diagnose zu stellen. Dies macht dann das Handeln nach Unterbringungsgesetz unmöglich. Wir sind auf diesbezügliche Rechtsprechung gespannt. Gleichwohl kann nicht deutlich genug gesagt werden, welche große Traumatisierungen, Abbrüche in der Behandlung und Vertrauensverluste die Anwendung von Gewalt für manche Patienten bedeutet. Diese Übergriffe sind meist mit großem Leiden verbunden und schädigen teilweise lebenslang. Zudem wird häufig das Bild des gewalttätigen psychisch Erkrankten gezeichnet. Die Gefahr der Fremdgefährdung liegt bei den meisten Diagnosen bei derselben Wahrscheinlichkeit wie bei Nichtpsychiatrieerfahrenen. Darauf ist bei der Beschäftigung mit diesem Thema immer wieder hinzuweisen.

Es ist äußerst schwierig zu beurteilen, vermutlich ist es kulturell bedingt, welche Art der Zwangsmaßnahme für die Patienten die schonendste ist. Derzeit gibt es Bestrebungen,

Fixierungen ganz zu vermeiden, wie zum Beispiel in England. Dafür muss es dann allerdings Alternativen wie Festhaltetechnik verbunden mit Zwangsmedikation oder Isolierung geben, da nicht jedes Festhalten zum Erfolg führt. Nicht wenige Patienten empfinden den nicht reversiblen Eingriff in ihren Körper als leidvoller als die Anwendung von Gewalt außerhalb der Körpergrenzen. Dieser lässt sich vom Patienten besser steuern, wenn er in der Lage dazu ist. Zwischen Festbinden, Zwangsspritzen, Einsperren oder Festhalten zu entscheiden, entspricht der Wahl zwischen Pest und Cholera. Wir halten es aus ethischen Gründen für nicht sinnvoll, einen einsichtsunfähigen, hoch erregten und aggressiven Patienten ohne Beruhigungsmittel in der Fixierung zu belassen. Ganz ohne körperlichen Zwang geht es nach unserer Erfahrung in der Psychiatrie nicht, und es ist dem Patienten dienlich, dass auf geschlossenen Stationen das Gewaltmonopol der Polizei teilweise auf die Behandler delegiert wird. Wir lehnen es ab, dass bei nicht einsichtsfähigen und zugleich gewalttätigen Patienten die Polizei auf Station beordert wird, oder die Patienten nicht als krank gelten, so dass sie dem Strafrecht ausgeliefert werden. Hier endet unseres Erachtens zum Nutzen des Patienten die Gleichbehandlung von Behinderten und Nichtbehinderten. Wir wollen die Polizei nicht als rohe, unsensible Menschen stigmatisieren. Ich selbst habe zum Beispiel krankheitsbedingt gute Erfahrung mit der Polizei gemacht. Aber es sollte doch einleuchtend sein, dass das auf psychische Erkrankungen spezialisierte Personal bessere Handlungsmöglichkeiten hat als die vielseitig beanspruchte Polizei. Allerdings ist bei manchen in der Psychiatrie Tätigen ein schädlicher psychiatrischer Tunnelblick festzustellen, was bei der täglichen Beschäftigung mit psychisch Erkrankten vielleicht auch menschlich ist und was es ja nicht nur in der Psychiatrie gibt.

Ein ganz zentraler Aspekt ist die Feststellung der Einsichtsunfähigkeit. Es müssen klare, wissenschaftlich belegte Kriterien für deren Feststellung im Gesetz festgeschrieben werden. Weiter verbesserte und kontinuierliche Fortbildungen der Richter, Betreuer und des Klinikpersonals sind hier unumgänglich. Die Entscheidung darüber, ob ein Patient seinen Willen frei bilden kann, kann für ihn schwerwiegende negative Folgen haben. Umso wichtiger ist es, dass hier große Sorgfalt und großes Fachwissen zur Anwendung kommen. Weiter müssen die Bedingungen, die für eine Zwangsmedikation gelten, detailliert im Gesetz beschrieben werden.

An dieser Stelle möchte ich die Vorgaben, die das Bundesverfassungsgericht gemacht hat, noch einmal wiederholen. Die Zwangsmedikation muss Erfolg versprechend sein; es muss eine Verhältnismäßigkeit zwischen Nutzen und Schaden vorliegen; es muss sich um das absolute letzte Mittel zur Klärung der Situation handeln; weichere Behandlungen müssen aussichtslos sein; auch bei Einsichtsunfähigkeit muss ein ernsthafter Versuch mit dem nötigen Zeitaufwand und ohne unzulässigen Druck vorausgegangen sein, die auf Vertrauen begründete Zustimmung des Patienten zu erreichen; die Maßnahme muss angekündigt sein; ein Arzt hat die Maßnahme zu überwachen; die Maßnahme muss standardisiert dokumentiert werden; es muss eine unabhängige Prüfung

der Zwangsmaßnahme stattfinden; und auch erzwungene Behandlung ohne Gegenwehr des Patienten gilt als unmittelbare Zwangsmaßnahme. Zu diesen Punkten fügen wir noch einen hinzu. Es muss zwingend vorgeschrieben werden, dass Patienten, die Zwangsmedikation erdulden mussten, danach ein Gesprächsangebot gemacht wird, das der Psychiatrieerfahrene selbstverständlich ablehnen kann. Es ist für die meisten Patienten enorm wichtig, das Erlebte zu verarbeiten, um wieder Sicherheit und Vertrauen zurückzugewinnen. Da in einer akuten Notsituation rasch gehandelt werden muss, werden in der Praxis nicht alle Bedingungen erfüllt werden können. Bisher ist dem Personal im Rahmen der Zwangsmedikation ein zu großer Ermessensspielraum eingeräumt gewesen. Nach unseren Informationen werden aus den unterschiedlichsten Gründen oft Zwangsmaßnahmen angewandt, die bei guten Voraussetzungen vermieden werden könnten. Wer Menschenrechte wahren will, der muss die Kliniken vor allem auch personell angemessen ausstatten, ohne die ambulante Versorgung einzuschränken. Bei unmittelbarem Zwang aller Art muss immer eine Prüfung durch einen unabhängigen Richter stattfinden. Im Gefahrenfall auch im Nachhinein. Dies ist eine unserer wichtigsten Forderungen, unabhängig davon, welche personellen, organisatorischen und nicht zuletzt ökonomischen Konsequenzen dies hat.

Zu den Auswirkungen auf die Gemeindepsychiatrie kann man sagen, dass die meisten Zwangsmaßnahmen im Vorfeld vermieden werden könnten, wenn wir eine hilfreichere ambulante Versorgung hätten. Es gibt hier noch viele Ansätze zur Verbesserung, die umgesetzt werden könnten. Ich nenne hier als innovative Konzepte nur außerstationäre Krisenbegleitung, Hometreatment, Soteria. Aber auch in den bestehenden Angeboten und Strukturen gibt es noch Handlungsbedarf. Dies aber nur als kurzer Hinweis. Weiter kann bei einer Patientengruppe die Anwendung von Gewalt eine langfristige Verschlechterung der Krankheit zur Folge haben. Bei der anderen Gruppe können Zwangsmaßnahmen wiederum das Risiko der Chronifizierung senken. Dies wirkt sich natürlich eventuell nachteilig auf die nachfolgende ambulante Behandlung aus. Wie fast immer in der Psychiatrie braucht jeder Einzelfall auch eine flexible und angepasste Behandlung. Das macht es so schwer, allgemeingültige Regelungen zu finden.

In Anbetracht der kurzen Zeit, die mir heute zur Verfügung steht, möchte ich schlaglichtartig noch drei eher indirekt auf Zwangsmedikation wirkende Forderungen nennen.

1. Niederschwelliger Zugang zum Antrag auf Rechtsmittel und zu Beschwerdestellen. Bei Bedarf Bereitstellung eines kostenlosen Rechtsanwalts. Gesetzlich verankerte, flächendeckende, unabhängige, trialogisch besetzte Beschwerdestellen.
2. Ständige Überprüfung, ob Rechtsnorm und Rechtspraxis übereinstimmen.
3. Gute Information von Patienten über ihre Rechte und Möglichkeiten.

Abschließend möchte ich noch drei allgemeinere Aspekte herausgreifen. Manche Menschen glauben an die Möglichkeit einer gewaltfreien Psychiatrie. Solange wir aber psychisch leidende Menschen auch als solche behandeln wollen, müssen wir uns weiterhin

in der Psychiatrie mit der Gewaltproblematik beschäftigen. Es ist dann unseres Erachtens so unrealistisch, eine gewaltfreie Psychiatrie zu fordern, wie es unrealistisch ist, eine gewaltfreie Welt zu fordern. Einer gewaltärmeren Psychiatrie gelten unsere Anstrengungen, um uns einer gewaltfreien höchstmöglich anzunähern. Damit widersprechen wir den Visionen einiger engagierter Menschen und lösen bei diesen große negative Emotionen aus. Diese Menschen sind dann durchaus bereit, seelische Gewalt anzuwenden, um ihre Position aufrecht zu erhalten.

- - - Ich nehme an, das sind die Demonstranten draußen. Ich muss dazu sagen, das sind meistens Menschen, die wirklich schon viel Schlimmes in der Psychiatrie erlebt haben und dann aus dem geschlossen haben, dass die Psychiatrie als Ganzes zu verurteilen ist. Die Gewalt, die ich erlebt habe, hat zu einem anderen Ergebnis geführt, kann man sagen. Aber die Menschen, die das erlebt haben, sollte man auch hören. Es ist wohl in der Fachwelt Konsens, dass standardisierte und anonymisierte Dokumentation von Zwangsmaßnahmen notwendig ist, die dann an eine zentrale landesweite Stelle weitergegeben werden muss. Es liegen bisher keine flächendeckenden Daten vor, um wissenschaftlich untermauerte Aussagen machen zu können. Dies ist aber Voraussetzung für handlungsgeleitete Verbesserungen. Diese Daten müssen dann regelmäßig veröffentlicht werden. Zudem sind wir der Meinung, dass die Pflicht zur Transparenz die Anzahl der Zwangsmedikationen drastisch reduzieren wird. In diesem Zusammenhang möchte ich hier noch die jahrelange Forderung unserer Verbände erneuern, ebenso eine öffentlich zugängliche Statistik von Suiziden und Todesfällen in der Psychiatrie zu erstellen.

Ein großes Anliegen ist es uns, dass eine übergeordnete Landesschutzstelle für Psychiatriepatienten aufgebaut wird. Dieser könnten zahlreiche Aufgaben übertragen und dadurch bestimmte Anliegen der Psychiatriepatienten landesweit gebündelt werden. Zum Beispiel das ganze Beschwerdemanagement im Land könnte dort gesteuert werden. Die in Baden-Württemberg notwendige trialogisch besetzte Besuchskommission fände hier gegebenenfalls übergeordneten Platz, und nicht zuletzt könnte hier die Zuständigkeit für die erhobenen Daten der Zwangsmaßnahmen liegen. Es wäre zu überlegen, ob diese Stelle an eine andere bereits bestehende Institution angegliedert wird. Das wären dann aber Details, die noch zu klären sind.

Ja, das sind jetzt alles so Aspekte, die ein bisschen über Zwangsmedikation hinausgehen, aber sie sind uns trotzdem wichtig, und ich habe mir erlaubt hierauf hinzuweisen. Ich möchte nochmals wiederholen: Viele Zwangsmaßnahmen bzw. Zwangsmedikationen wären vermeidbar. Sie sind teilweise auch durch überarbeitetes und überfordertes Personal zu erklären. Und es gibt auch heute noch Personal, das nicht geeignet ist für diesen verantwortungsvollen Beruf. Hier sollten auch die Leitungen so konsequent sein, darauf zu reagieren und nicht kollegial diese Angestellten übermäßig zu schützen. Es finden immer noch Menschenrechtsverletzungen in der Psychiatrie statt und die Würde

des Menschen wird unnötigerweise angetastet. Dies zu verhindern sollte das Interesse aller sein, und institutionelle, persönliche und wirtschaftliche Interessen müssen hier an zweiter Stelle kommen. Die Freiheit und die Unversehrtheit der Person sind nicht ohne Grund die höchsten Werte in unserer Gesellschaft. Deren unangemessene Verletzung ist mit großem Leiden für die Betroffenen verbunden und ein Skandal für unsere Gesellschaft. Das sollten wir nie vergessen.

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!

## **Wortprotokoll Dr. Trägner Vizepräsident des LG Ulm**

Guten Tag, meine Damen und Herren. Ich sage vielleicht auch noch ein bisschen etwas zu meiner Person, weil Sie in den Einladungen gelesen haben, es käme ein Richter, eine Richterin vom Amtsgericht. Ich bin nun vom Landgericht Ulm hierher gereist. Damit hat es Folgendes auf sich. Viele von Ihnen wissen, dass bei dem Amtsgericht die Betreuungsrichter sitzen, die entscheiden über freiheitsentziehende Maßnahmen nach dem Unterbringungsgesetz oder nach dem BGB. Ich gehöre beim Landgericht Ulm der Beschwerdekammer an, die Entscheidungen der Amtsgerichte überprüft, die angegriffen werden von den Betroffenen oder zum Teil auch von den bestellten Verfahrenspflegern. Entsprechend weiter ist mein Zuständigkeitsbereich. Wir haben vier Amtsgerichte im Bezirk, die folgende psychiatrische Kliniken abdecken. Das geht los mit dem Christophsbad in Göppingen, eine große psychiatrische Klinik. Wir haben die Universität in Ulm mit einer großen Akutstation und sind auch verbunden mit dem Zentrum für Psychiatrie über die Außenstelle, die es in Ehingen gibt.

Bevor ich jetzt auf die einzelnen Fragen aus der Einladung eingehe, möchte ich gerne zwei Sachen vorausschicken. Zum einen, dass ich bisher alles gut nachvollziehen und auch bestätigen kann, was ich gehört habe. Es ist also auch nicht so, dass ich Urteilschelte betreiben möchte, sondern ich kann sehr gut nachvollziehen, was das Bundesverfassungsgericht uns mit auf den Weg gegeben hat. Wesentlicher Kritikpunkt ist ja eigentlich, dass viele Dinge, die schon jetzt in unserer täglichen Praxis selbstverständlich sein sollten, nicht in Gesetzesform gegossen sind und, wie vielleicht auch das Bundesverfassungsgericht zu Recht bemängelt hat, in manchen Fällen nicht immer im Bewusstsein sind. Ganz wesentlich scheinen mir dabei zwei Dinge zu sein. Zum einen, dass eine Zwangsbehandlung schon relativ früh beginnt und die Grenze nicht erst dann überschritten ist, wenn es darum geht, körperlichen Zwang auszuüben, jemand zu fixieren und eine Spritze zu setzen. Zwang beginnt bereits dann, wenn sich ein Patient, der erkennt, dass er keine Chance hat auszuweichen, der Behandlung fügt. Also da ist bereits die Schwelle überschritten, bei der die Gerichte berufen sind, dann die Entscheidung, die ansteht, zu überprüfen. Ganz wichtig ist auch - und da hat das Bundesverfassungsgericht großen Wert darauf gelegt -, dass eine strikte Voraussetzung ist, dass dem Patienten krankheitsbedingt die Einsicht fehlen muss in seine Erkrankung und die Notwendigkeit und den Nutzen einer Therapie. Also diese beiden Grundlagen halte ich für sehr wichtig.

Damit ist im Grunde die erste Frage, ob ich persönlich eine Zwangsmedikation unter engen Voraussetzungen für erforderlich halte, schon beantwortet. Diese Frage würde ich auf der Grundlage der Erfahrungen, die ich gemacht habe die letzten vier Jahre, ganz eindeutig bejahen. Es müssen aber nicht nur „enge“ sondern es müssen auch

„klare“ Grenzen vorhanden sein, weil doch relativ viele Institutionen beteiligt sind. Wir Juristen sind es gewohnt mit abstrakten Begriffen umzugehen und diese auszulegen, aber hier sind doch viele Personen und Institutionen beteiligt, die das nicht studiert haben und es sind häufig auch Akutsituationen, in denen Entscheidungen getroffen werden müssen. Deshalb, und das ist auch eine Forderung der Ärzte, mit denen wir laufend im Gespräch sind, sollen es **auch** klare Grenzen sein. Also, ich darf noch einmal betonen, es geht nicht darum, andere Menschen zu bevormunden oder - was man auch immer wieder feststellt, es mag da einen gewissen Drang geben - sozial lästiges Verhalten abzustellen. Darum geht es nicht, sondern es geht einzig und allein um Menschen, die, ohne sich bewusst dafür zu entscheiden, für sich selbst oder auch für andere eine Gefahr darstellen. Ich würde sogar soweit gehen und etwas aufgreifen, was mir auch ein Arzt in einem Gespräch sagte: Er gehe davon aus, dass es kranke Menschen gibt, die auch einen Anspruch darauf haben, aus einer Psychose, in der sie gefangen sind, die sie nicht selbst erkennen, aus der sie sich nicht selbst befreien können, befreit zu werden. Ich fühle mich in dieser Auffassung bestätigt durch Erfahrungen, die ich gemacht habe, die ich Ihnen gerne kurz auflisten möchte.

Zum einen erlebe ich, dass Beschwerde eingelegt wird gegen angeordnete Zwangsmaßnahmen, sich diese Beschwerde aber schon erledigt häufig bevor es zum Anhörungstermin kommt. Da gehen ja immer einige Tage ins Land, bevor ich mit meinen Kollegen die Patienten sehe. Es kommt vor, dass die Beschwerde zurückgenommen wird oder dass ein Patient entlassen wird vor dem Anhörungstermin. Also daran ist schon zu erkennen, dass es oft in relativ kurzer Zeit durch eine gezielte Krisenintervention zu einer Änderung auch der Einstellung des Patienten kommt. Ich erlebe es auch manches Mal in Anhörungen, dass im Gespräch Kompromisse herausarbeitet werden können, bei denen sich der Patient bereiterklärt, sich dieser Behandlung, die zunächst gegen seinen Willen begonnen wurde, weiter zu unterziehen. Ich erlebe auch Patienten, was mich dann immer besonders beeindruckt, auch bei mir noch in der Anhörung, die einem hohen Leidensdruck ausgesetzt sind, die sich verfolgt fühlen, unverstanden fühlen, die Identitätsfehlwahrnehmungen haben, unheimlich unter diesem Zustand leiden. Auch die Angehörigen, die ratlos daneben stehen. Und das sind dann schon für mich Fälle, wo ich denke, dass es da, bei aller Vorsicht, die sonst geboten ist, auch notwendig ist über ärztliche Hilfe zu intervenieren. Die Ärzte haben mir auch gesagt – und da werden wir vielleicht nachher noch ein bisschen was dazu hören, ob das bestätigt wird, aber das höre ich von allen Kliniken -, dass bei einer nicht oder spät begonnenen Behandlung die Gefahr der Chronifizierung der Erkrankung droht. Ich habe mir auch sagen lassen, dass **es** bei einem Patienten auch zu irreversiblen Schäden führen kann, wenn man nicht rechtzeitig und nachhaltig genug der Behandlung einer Psychose nachgeht. Ich habe mir jetzt auch berichten lassen - weil die Kliniken natürlich auch versuchen umzugehen mit der derzeitigen Rechtslage, die etwas unklar ist -, dass manche dazu übergegangen sind, Patienten, die sich zunächst freiwillig vorstellen, aber nach ein paar Tagen, vielleicht wenn die Behandlung schon ein bisschen anschlägt, nicht mehr bleiben wollen,



zu entlassen. Das war früher der Fall der fürsorglichen Zurückhaltung und der Anrufung der Gerichte. Heute, in dieser Übergangsphase, hat man sich entschieden, die Patienten gehen zu lassen, wenn sie dies wünschen. Und da wurde mir beschrieben - so wurde es genannt - der so genannte Drehtüreneffekt, nämlich dass die Zeit kürzer wird, bis die Patienten wieder auch oft aus eigenem Antrieb zurückkommen und man eben dann mit Bedauern sagt, das sei zur Zeit, als die Rechtslage noch vermeintlich eindeutiger war, besser handhabbar gewesen, eine effektivere Behandlung, die eben auch die Zeiträume bis zur Rückkehr verlängern konnte.

Was ich in dem Zusammenhang auch noch wichtig finde ist ein Blick auf die Situation der Ärzte. Sie haben für mich gut nachvollziehbar beschrieben, wie das aus Sicht des Patienten ist, sich ohnmächtig einer riesigen Maschinerie **ausgesetzt** zu sehen. Ich höre aber auch immer wieder heraus im Gespräch mit Ärzten, dass man auch dort in einem Dilemma steckt. Auf der einen Seite immer damit konfrontiert zu sein, und das wird sehr ernst genommen von den Kliniken, sich möglicherweise strafbar zu machen bei einer Behandlung gegen den Willen des Betroffenen. Das wissen wir Juristen und wir nehmen das nüchtern zur Kenntnis. Aber für einen Nichtjuristen ist das durchaus eine schwierige Angelegenheit, damit konfrontiert zu sein, möglicherweise eine strafbare Körperverletzung, Nötigung zu begehen, wenn ich jemandem eigentlich nur helfen möchte. Auf der anderen Seite kenne ich aus meiner Praxis - ich bin nicht nur als Beschwerderichter in Betreuungssachen tätig, sondern auch in Zivilsachen und habe einige Zeit in Ulm am Landgericht in der Kammer gearbeitet für Fragen ärztlicher Haftung - auch Fälle, dass Ärzten vorgeworfen wird, nicht richtig, nicht nachhaltig genug interveniert zu haben. Sie sehen sich dann Ansprüchen der Betroffenen selbst oder auch der Angehörigen ausgesetzt, wenn Maßnahmen unterblieben sind und Schäden eintreten. Also auch dieses Dilemma muss man sehen und sicher auch berücksichtigen.

Nun komme ich zur weiteren Frage, welche rechtlichen Regelungen erforderlich sind, und darf wieder aufgreifen, was ich bereits gesagt habe. Klare Grenzen sind notwendig. Manches Mal haben wir Juristen die Sorge, irgendwie über zu regulieren, dass es damit für uns zu unübersichtlich wird, weil man denkt, man kann sich auf abstrakte Begriffe beschränken und diese im Einzelfall auslegen. Ich denke, hier muss man sehen, dass nicht nur Richter daran beteiligt sind, sondern die Betroffenen selbst, Angehörige, die Ärzte, die große Mühe haben in nachvollziehbarer Weise mit abstrakten Begriffen umzugehen, mit denen sie nicht täglich konfrontiert sind. Deshalb halte ich es für relativ wichtig, im Interesse aller Beteiligten klare und verständliche Regeln aufzustellen. Lieber in einer gesetzlichen Regelung noch einen Absatz hinzufügen, aber dann weiß jeder, wie die Spielregeln verteilt sind und an welche Vorgaben er sich zu halten hat. Dabei möchte ich noch einmal in Erinnerung rufen, was eben nicht selbstverständlich ist für einen Nichtjuristen, dass eine „Zwangsbehandlung“ nicht erst beginnt, wenn der körperliche Widerstand überwunden werden muss, sondern wenn man merkt, der Patient

fügt sich nur in sein Schicksal, dass er in einer geschlossenen Einrichtung untergebracht ist. Dann aber ist ganz wichtig ein strukturierter Ablauf, dass jeder weiß, wann was zu machen ist. Ich finde auch eine gute Anregung - was eigentlich ein Gebot der Höflichkeit und selbstverständlich ist, aber vielleicht im Alltag nicht immer berücksichtigt wird -, dass nach der Behandlung ein Gespräch angeboten und geführt wird, über das was in der Vergangenheit passiert ist. Das mag manches Mal untergehen, weil wir alle wissen, dass nicht nur bei den Gerichten sondern noch bei den Kliniken überall gespart wird; und man versucht dem irgendwie Rechnung zu tragen.

Zum Richtervorbehalt: Also diese Herausforderung - ich denke, dass ich da stellvertretend für viele spreche - nehmen wir gerne an. Zumal die richterliche Entscheidung schon erforderlich ist bei der Frage, ob überhaupt jemand unterzubringen ist gegen seinen Willen. Es gibt also schon eine gewisse Nähe, eine Befassung mit diesem Fall. Es scheint jetzt irgendwie im Verhältnis zum Bundesrecht gewisse verfassungsrechtliche Schwierigkeiten zu geben, wie man das umsetzt. Der Sache nach, denke ich, dass sich das durchaus hören lässt und berechtigt ist. Wobei ich jetzt auch keinen anderen Institutionen die Befugnis absprechen möchte, ähnlich tätig zu werden und das verantwortungsvoll machen zu können. Aber, ich denke, das kann ein guter Ansatz sein.

Noch kurz zur letzten Frage. Sie beantwortet sich fast von selbst. Die Folgen, wenn man auf eine Zwangsbehandlung verzichtet, glaube ich, wären in diesen speziellen Fällen, auf die ich abgestellt habe, nicht so positiv. Zum einen muss man natürlich sehen, es gibt ja nicht nur das Unterbringungsgesetz sondern auch bundesgesetzliche Regelungen. Also das würde sicher, was wir in Ansätzen schon bemerken, zu einem Anstieg beantragter Betreuungen führen. Dann sind in allerlei Veröffentlichungen, das kursiert auch bei Ärzten immer ein bisschen, andere Gesetzesgrundlagen noch in der Diskussion. § 34 Strafgesetzbuch, also die so genannte Nothilfe, und ähnliches. Man merkt schon das Bedürfnis, irgendwie auf andere Bereiche auszuweichen, sich diese zu Nutze zu machen. Ich hätte jetzt die Sorge, dass es unübersichtlicher, unsystematischer wird. Deshalb würde ich das auch als Argument nehmen und meine Auffassung bekräftigen, eine differenzierte Regelung in diesem Bereich zuzulassen und auch zu machen.

Zum Schluss kann ich noch einmal anbringen, was ich schon berichtet habe. Das sagen mir die Ärzte. Wenn die Möglichkeit der Behandlung nach dem Unterbringungsgesetz wegfiel, gehe man über diesen Drehtüreneffekt davon aus, dass sich - jetzt vielleicht nicht kurzfristig, aber über einen Zeitraum von zwei bis drei Jahren - Konsequenzen bemerkbar machen, die resultieren aus unbehandelt gebliebenen Psychosen.

Das war's von meiner Seite. Vielen Dank!

## **Referat Herr Villinger**

### **Landesverband der Angehörigen psychisch Kranker**

Sehr geehrte Damen und Herren. Ich stehe hier als Vertreter des Landesverbandes Baden-Württemberg der Angehörigen psychisch Kranker. Zu meiner Person möchte ich sagen, dass ich eine Tochter habe, die seit 1996 erkennbar psychisch krank ist. Als rechtlicher Betreuer meiner Tochter habe ich vor einem Jahr Zwangsmedikation beantragt, und die wurde dann kurz vor dem Beschluss des Bundesverfassungsgerichts vom Amtsgericht Biberach angeordnet. Meine Tochter hat diese Zwangsmedikation ohne erkennbare Traumatisierungen im September, Oktober, November, Dezember 2011 über sich ergehen lassen. Sie hatte eine massive Essstörung, durch diese Zwangsmedikation konnte erreicht werden, dass sie wieder ein normales Gewicht hatte. Aber nach Beendigung der Zwangsmedikation führte die darauf folgende Entlassung dazu, dass sie sich weigerte, freiwillig das Medikament weiter zu nehmen. Inzwischen ist sie wieder in der Klinik, weil ihre psychischen Probleme, vor allem Blockaden, über Hand nahmen und sie nicht mehr in der Lage war, ihr Leben alleine zu bewältigen. Das also zu meiner persönlichen Situation.

Meine Stellungnahme ist nicht mit dem Vorstand des Landesverbandes der Angehörigen psychisch Kranker abgesprochen. Sie ist auf Grund meiner persönlichen Erfahrungen entstanden und natürlich kennen meine Kollegen vom Landesverband meine Haltung genau, so dass ich sicher bin, dass sie weitgehend die Haltung vieler Angehöriger widerspiegelt, aber nicht aller. Viele Angehörige neigen dazu, Zwangsmedikation relativ schnell einzufordern. Doch sind wir auf Grund der Erfahrungen, die wir mit einem breiten Spektrum psychisch Kranker haben, vor allem aber auch durch die Zusammenarbeit mit dem Landesverband der Psychiatrieerfahrenen, inzwischen der Meinung, so einfach geht es nicht mehr. Ich möchte da Herrn Höflacher ausdrücklich danken für seine Stellungnahme, die ich weitgehend mittragen kann.

Die eng umgrenzten Umstände für eine Zwangsmedikation sind für uns selbstverständlich Fremd- und Eigengefährdung. Wobei die Definition der Fremdgefährdung sicher nicht ganz so schwierig ist wie die Definition der Eigengefährdung, wie ich das bei meiner Tochter erleben konnte. Da ging es darum, bei welchem Body-Maß-Index eine Zwangsmedikation notwendig ist. Und da waren die Meinungen sehr unterschiedlich, wie ich feststellen musste.

Wir sind auch der Meinung, dass es für viele Kranke hilfreich wäre, wenn bei krankheitsbedingter Unfähigkeit, den Sinn und die Notwendigkeit der Einnahme eines Medikamentes zu erkennen, Zwangsmedikation für einen bestimmten Zeitraum angeordnet werden könnte. Als Angehöriger würde ich gerne sehen, dass das erlaubt würde, aber da ich die rechtliche Situation kenne, weiß ich, dass die Festlegung der Bedingungen, unter denen das erlaubt werden darf, viel zu schwierig sein werden. Selbstverständlich

sind wir der Meinung, dass in Akutsituationen eine Zwangsmedikation unbedingt erforderlich ist. Selbstverständlich sind wir der Meinung, dass die Zwangsmedikation unter einem richterlichen Vorbehalt erfolgen muss, denn welche Instanz sonst kann klären, ob die Voraussetzungen für eine Zwangsmedikation erfüllt sind oder nicht.

Problematisch ist für uns in jedem Fall die Zwangsmedikation chronisch Kranker über einen längeren Zeitraum. In diesem Fall muss geklärt werden, ob diese nicht durch andere Maßnahmen ersetzt werden kann, die zu einem für alle zufriedenstellenden Zustand führt. Die Zwangsmedikation muss mit einer möglichst geringen Dosierung durchgeführt werden, so dass die Nebenwirkungen möglichst gering ausfallen. Wir Angehörigen mussten früher oft erleben, dass in der Psychiatrie die Kranken im Rahmen der so genannten Akutbehandlung mit einer relativ hohen Dosis behandelt wurden und erst im Laufe von Wochen oder Monaten die Dosierung herabgesetzt worden ist. Wir sind der Meinung, besser wäre es, mit einer geringen Dosierung zu beginnen und dann zu probieren, ob das eine Besserung bringt, und wenn nicht, dann eventuell das Medikament zu wechseln oder die Dosierung nur leicht zu erhöhen.

Denn ein gravierendes Problem sind die Nebenwirkungen der Medikamente, und da muss ich sagen, dass das Bundesverfassungsgericht etwas blauäugig ist. Jedes Medikament, das wirkt, hat auch Nebenwirkungen. Kein Arzt kann voraussehen, welche Nebenwirkungen bei dem zu Behandelnden auftreten können; das kann nur die Medikamenteneinnahme zeigen, und dieses Risiko muss eingegangen werden. Wenn die Standards des Bundesverfassungsgerichts in Bezug auf Nebenwirkungen eingehalten werden, dann werden viele Ärzte gar nicht eine Zwangsmedikation befürworten, weil sie der Meinung sind, das Risiko der unerwünschten Nebenwirkungen sei viel zu hoch.

Ein weiteres Problem nach Anordnung einer Zwangsmedikation ist, wie der Erfolg der Zwangsmedikation von dem Betroffenen wahrgenommen wird. Bei meiner Tochter musste ich erleben, dass das, was wir Angehörigen, Behandler, das ganze Umfeld als Besserung wahrgenommen hat, hat sie eben nicht als Besserung erlebt. Das heißt, die Wahrnehmung eines Betroffenen ist häufig eine andere als die des „Normalbürgers“.

Welche rechtlichen Regelungen für eine Zwangsmedikation sind hierzu erforderlich? Zwangsmedikation kann nur durch einen Gerichtsbeschluss angeordnet werden, d.h. wir sind für den richterlichen Vorbehalt. Für uns ist wichtig, dass geklärt wird, wer einen Antrag auf Zwangsmedikation stellen kann. Und wir Angehörigen sind der Meinung, auch wir sollten die Möglichkeit haben, einen Antrag auf Zwangsmedikation zu stellen, wobei der Angehörigenkreis sicher eingengt werden sollte.

Für uns ist wichtig, dass der Betroffene, für den Zwangsmedikation beantragt worden ist, in jedem Fall vom Richter angehört werden muss, egal, wer den Antrag gestellt hat. Eine Ablehnung des Antrags ohne Anhörung ist nicht statthaft.

Notwendig ist auch, dass nach der Zwangsmedikation ein Gespräch darüber mit dem Kranken geführt wird, sobald er in der Lage ist, ein entsprechendes Gespräch zu führen. In dem Zusammenhang möchte ich erwähnen, dass eine Traumatisierung auch durch „Druck“ ausgelöst werden kann, indem man jemanden bedrängt, etwas zu tun, was er nicht tun will, und er macht es dann trotzdem.

Nicht unerwähnt darf bleiben, dass Angehörige häufig in die Lage versetzt werden, dem Kranken ein Medikament geben zu müssen, das der Kranke gar nicht nehmen will. Das heißt, wenn eine Zwangsmedikation verordnet wird, sollte klargestellt werden, dass nicht die Angehörigen die Medikamente verabreichen müssen und sie nicht dafür verantwortlich sind, dass die Medikamente genommen werden, sondern das muss eine neutrale Institution sein.

Verzicht auf rechtliche Regelungen – da möchte ich mich ganz kurz fassen. Ich fürchte, dass dann in der Psychiatrie der Druck auf Kranke, die nicht Medikamente einnehmen wollen, erheblich erhöht wird, und deswegen eigentlich die Zwangsmaßnahmen unkontrolliert zunehmen werden. Das ist meine Befürchtung. Deshalb bin ich der Meinung, dass eine klare rechtliche Regelung hergestellt werden muss. Außerdem möchte ich zu bedenken geben, dass, wie schon andere gesagt haben, die Nichteinnahme von Medikamenten zu erheblichen Schädigungen bei den Patienten führen kann, die zum Teil irreparabel sind. Und dass es für Angehörige unzumutbar ist, jahrelang ansehen zu müssen, wie ihr kranker Angehöriger immer kränker wird, immer weniger vom Leben hat, und alle warten müssen, bis die Bedingungen erfüllt sind, dass eine Zwangsmedikation möglich wird; nämlich bis Selbstgefährdung eintritt oder der Kranke endlich die Einsicht hat, ihm gehe es so schlecht, dass er irgendetwas anderes machen muss, eben ein Medikament einnehmen.

Folgen für die Betroffenen. – Ich finde, eine rechtliche Regelung ist wichtig, damit die Betroffenen auch klagen können. Denn nur eine rechtliche Regelung ermöglicht ihnen, ihre Rechte wahrzunehmen. Aber da müssen, das hat Herr Höflacher deutlich gesagt, die Beschwerde-Möglichkeiten verbessert werden.

Folgen für die gemeindenahe Versorgung. – Dies wurde auch schon von Herrn Höflacher angemerkt, da müssen die ambulanten Dienste entsprechend ausgeweitet und aufgebaut werden. Vor allem das Personal dieser ambulanten Dienste muss besser geschult werden, damit sie mit Menschen umgehen können, die etwas „abartig“ sind. Dieses Problem besteht auch in der Klinik oder im stationären Bereich, dass hier das Personal in vielen Fällen nicht ausreicht bzw. nicht ausreichend geschult ist, um mit solchen Personen umzugehen. Das heißt, dass für diesen Personenkreis, der nicht zwangsbehandelt werden kann, ein entsprechendes Versorgungsangebot aufgebaut werden muss, möglichst in Wohngemeinschaften, die genau diesem Personenkreis angepasst werden. Und in der Klinik muss darauf geachtet werden, dass Personen, Kranke, die nicht Medikamente einnehmen wollen, nicht diskriminiert werden.

Handlungsalternative bei Verzicht auf Zwangsmedikation. – Das können die Fachleute besser beurteilen als ich. Als Angehörige wissen wir, dass wir mit kranken Angehörigen, die keine Medikamente einnehmen, meist nicht auf Dauer zusammenleben können. Das heißt, die öffentliche Hand muss für diesen Personenkreis ein entsprechendes Angebot bringen. Es ist uns nicht zuzumuten, dass unsere Rechte, die wir haben, stark eingeschränkt werden durch die Rechte unserer psychisch kranken Angehörigen.

Ich möchte am Ende noch bemerken, dass die Diskussion über die Zwangsmedikation im Zusammenhang mit der UN-Menschenrechtskonvention für mich eine Diskussion ist, die einen Punkt nicht berücksichtigt. Sie berücksichtigt nicht, dass derjenige, der Rechte beansprucht, auch Pflichten zu erfüllen hat. Und sein individuelles Recht, also das Recht des psychisch Kranken auf seine Krankheit, wird begrenzt durch die Rechte seiner Mitbürger. Vor allem kann das Recht eines Kranken die Rechte eines gesunden Angehörigen nicht ungebührlich beschneiden. Hier gilt es, einen für alle akzeptablen Ausgleich zu finden.

Vielen Dank!

## **Wortprotokoll Prof. Dr. Steinert Chefarzt ZfP Südwürttemberg**

Medizinethik in aller Kürze: Warum wir diese gesetzliche Regelung brauchen. Wir haben jetzt nur von Recht geredet. Das Recht fasst ja letztlich die Ethik in Worte und Begriffe. Es gibt in der Medizinethik vier Grundprinzipien. Diese Grundprinzipien stehen hier ganz offensichtlich im Widerspruch. Und deswegen brauchen wir eine gesetzliche Regelung. Wir sollen die Autonomie wahren. Das heißt, wir sollten nicht zwangsbehandeln. Wir sollten Gutes tun. Das heißt, Leuten eine Behandlung zukommen lassen, denen es damit besser geht. Wir sollten Schaden vermeiden. Schaden sind z.B. Medikamenten-Nebenwirkungen. Schaden ist aber auch Chronifizierung, soziale Desintegration, am Ende in der forensischen Psychiatrie enden, auch das ist Schaden. Und es gibt das starke Argument der Fairness und Gerechtigkeit, und dem Gerechtigkeitsprinzip der Medizinethik würde es widersprechen, die am schwersten Kranken, deren Erkenntnisorgan nicht mehr richtig funktioniert, unbehandelt zu lassen. Deswegen haben wir ein Konfliktfeld, und das kann man nur gesetzlich regeln.

Wichtig, und das klang auch schon bei dem an, was Herr Höflacher und alle Vorredner eigentlich gesagt haben, Herr Träger auch, wir müssen grundsätzlich drei verschiedene Situationen unterscheiden. Die unmittelbare Notsituation, wo der Patient erregt ist, bedrohlich, akut psychotisch, und mechanische Zwangsmittel zur Anwendung kommen. Wenn dieser Patient nicht behandelt wird, das gilt als unethisch. Und das sehe ich eigentlich ganz genau gleich wie Herr Höflacher, da tragen §§34, 35 des Strafgesetzbuchs und § 7 UBG nicht ausreichend als Rechtfertigung, weil das wohl die einmalige Notsituation regelt, aber nicht, was drei Stunden später ist, und auch dafür brauchen wir eine Regelung. Davon abtrennen müssen wir die Situation von Herrn Villingers Tochter. Das ist eine ganz andere Situation, da können wir gut eine Woche warten, bis ein Gericht entschieden hat. Diese Patientin tut niemandem etwas, sie stellt keine Gefahr dar. Das ist letztlich auch eher die Situation des Betreuungsrechts, wo es um die Frage der sozialen Integration und fehlenden Einwilligungsfähigkeit geht. Nur an diesem Punkt unterscheide ich mich etwas von Herrn Höflacher, weil ich denke, für diese Menschen sollte es auch eine Behandlungsmöglichkeit geben. Und dann gibt es noch die Problematik der isolierten Fremdgefährdung, die erheblich sein kann bei ebenfalls fehlender Einwilligungsfähigkeit.

Ich halte mich sehr an Ihre Vorgaben, an die Fragen, was passiert, wenn wir das nicht entsprechend regeln. Es gibt dafür einen guten Präzedenzfall. Das sind die Niederlande. Die Niederlande haben diese Regelung, wie wir sie jetzt gerade in Baden-Württemberg mit der Aussetzung des § 8 UBG haben, viele Jahre gehabt. Schauen Sie sich an, wie lange mechanische Zwangsmaßnahmen durchschnittlich dauern. Das ist die eigentliche Katastrophe, das wissen die Niederländer. Eine Isolierung dauert dort

durchschnittlich 16 Tage. Die Patienten dürfen selbst in der forensischen Psychiatrie nicht behandelt werden. Ich habe die forensischen Psychiatrien dort gesehen, bestens ausgestattet, 500 Euro Tagessatz. Aber die Leute sind ewig da, werden nicht behandelt und sind in riesigen forensischen Psychiatrien abgeschottet. Wenn wir das wollen, müssen wir anbauen. Das Gegenteil ist England. Die halten die Leute fest, wie es Herr Höflacher gesagt hat, medizieren sie und nach 20 Minuten ist die Sache vorbei. Und die Niederländer haben bemerkenswerterweise jetzt den gegenteiligen Weg beschritten. Die haben jetzt endlich die Medikation eingeführt, sind sehr glücklich darüber und sagen, was macht ihr da.

Also, was passiert sonst? Die Fixierung im Erregungszustand hatte ich bereits angeführt. Zur Frage der Traumatisierung: Zwangsmaßnahmen können traumatisch sein. Es gibt inzwischen eine sehr gute Studie aus Holland, die das untersucht hat. Die Medikation ist weniger traumatisch als die Isolierung oder die Fixierung. Auch die Fixierung ist sehr traumatisierend. Nicht zuletzt sind natürlich die Erlebnisse einer Psychose für viele Menschen ebenfalls sehr traumatisierend. Eine Betreuung einzusetzen statt die Sache im Unterbringungsrecht zu regeln, ist für viele Betroffene ein sehr viel größerer Eingriff in die Freiheitsrechte. Ich kriege einen Betreuer, ich werde unter Vormundschaft gestellt, so wird das erlebt, für die Betroffenen kann auch das ausgesprochen traumatisierend sein. Die Situation des UBGs ist dagegen in einigen Wochen beendet.

Als Folge einer Nicht-Behandlung kann auch die soziale Integration scheitern, und jetzt muss ich noch auf einen unangenehmen Punkt zu sprechen kommen. Das sagen wir Psychiater auch nicht gerne, aber es ist so. Menschen mit Psychosen haben ein spezifisch erhöhtes Risiko für Tötungsdelikte. In Deutschland werden 10 Prozent der Tötungsdelikte von Menschen mit Psychosen begangen. Die Punktprävalenz, d.h., wie viele Menschen in der Gesellschaft an Psychosen erkrankt sind, ist zu jedem Zeitpunkt dagegen nur etwa 0,4 Prozent. Das deckt sich mit allen internationalen Studien. Es gibt dieses spezifische Risiko für Tötungsdelikte.

Und es gibt noch eine Patientengruppe, die ganz wenig zur Sprache kommt, die ich aber gut kenne, weil die Zwangsbehandlung bei diesen am furchtbarsten ist, und es geht lange und ist nicht einmalig und ist massiv gegen den natürlichen Willen. Das sind die jungen Frauen mit schwerster Anorexie, d.h. Magersucht. Die sind in ihrem Willen nicht frei, die können sich nicht mehr einfach frei entscheiden, zu essen. Die Zwangsbehandlung ist grässlich, aber wenn wir sie nicht behandeln sterben sie. Das ist für diese Extremfälle eine ganz schwierige Situation.

Schauen Sie sich zur Illustration die Situation in der forensischen Psychiatrie an. Auf die müssen wir wirklich zu sprechen kommen. Wir haben die hier gezeigte Situation, diese Zahlen beziehen sich wohlgemerkt nur auf die alten Bundesländer. Der Bettenbestand in der forensischen Psychiatrie hat sich in den letzten 20 Jahren um den Faktor 2,5 ge-



steigert. Das sind ganz überwiegend Menschen mit Psychosen. Das sind also keineswegs die Sexualdelinquenten, vor denen wir die Öffentlichkeit schützen wollen.. Wir sollten uns gut überlegen, Dinge zu tun, die diesen Trend noch weiter steigen lassen. Wir haben jetzt bereits die Situation, dass etwa gleich viele Menschen in der forensischen Psychiatrie sind wie solche mit langjährigen Haftstrafen von mehr als fünf Jahren im Vollzug. Das heißt, es gibt die große Gefahr der Uminstitutionalisierung. Wer sich nicht behandeln lässt, wer nicht „gut tut“ in der Gemeindepsychiatrie, kommt in die forensische Psychiatrie.

Wie ist das für die gemeindenahe Behandlung? Die soziale Reintegration kann natürlich scheitern. Herr Villinger hat dafür ein sehr eindrückliches Beispiel geschildert. Die Gemeindepsychiatrie würde sich gar nicht so sehr ändern. Diese unbehandelten Menschen tauchen nämlich in der Gemeindepsychiatrie gar nicht mehr auf, die gehen in keine Tagesstätte. Die gehen auch nicht in eine Werkstatt für Behinderte, sondern die sind irgendwo allein in ihrer Wohnung, wie Herr Villinger sagt. Verwahrlosen dann oder sie werden straffällig.

Auch die fremdgefährdenden Menschen erreicht die gemeindenahe Psychiatrie, die nun einmal auf freiwilligen Übereinkünften besteht, häufig. nicht mehr. Sie werden straffällig oder sie isolieren sich völlig und verlieren ihre Kontakte.

In diesem Zusammenhang zur Frage der Chronifizierung, die häufig als Argument für eine notwendige Zwangsbehandlung vorgebracht wird - da muss ich etwas Wasser in den Wein gießen. Als Generalargument taugt die Chronifizierung nicht. Dazu ist die Datenlage nicht hart genug. Chronifizierung ist nicht nur ein biologischer, sondern immer auch ein sozialer Prozess. Das heißt, diese Frage muss in jedem Einzelfall beurteilt werden. Als Generalargument, Menschen müssen behandelt werden, damit sie nicht chronifizieren, würde ich es für nicht ausreichend belegt halten.

Schließlich für das Personal – da werden wir noch mehr hören. Menschen, die nicht behandelt sind, haben natürlich in akuten psychotischen Zuständen auch ein erhöhtes Risiko von Fremdgefährdung. Schauen Sie sich die Daten aus den Niederlanden ganz links an. Von allen veröffentlichten Studien zu der Frage, wie häufig sind Patientenübergriffe in psychiatrischen Krankenhäusern, da stehen nicht zufällig die Niederlande ganz oben, und Großbritannien ist relativ weit unten, allerdings nur mit einer Studie. Sie sehen auch „Germany“ in der Mitte, sehr viel niedriger. Die niederländischen Kollegen sagen ganz klar, das liegt an unserer fehlenden Möglichkeit der Medikation und das wird sich zukünftig ändern. Wir würden, wenn wir die Behandlung gegen den natürlichen Willen grundsätzlich verbieten, mehr mechanische Zwangsmaßnahmen bekommen. Ich muss leider den Leuten, die hier vor der Türe stehen, vorwerfen, sie sind dafür, psychisch Kranke einzusperren, festzubinden und zu kriminalisieren. Da bin ich dagegen. Wir hätten Gefahren für Mitpatienten, und wir haben natürlich ein massives

Problem, dazu werden Frau Walter und Frau Hansen sicher noch etwas sagen, wie gewinnen und halten wir überhaupt qualifiziertes Personal an unseren Einrichtungen. Und das ist jetzt schon sehr schwierig. Niemand wollte in einer solchen rein kustodialen Einrichtung arbeiten. Ich bin sicher, wir werden mehr von Ihnen davon hören. Es würde sich natürlich auch die Frage stellen, wer in Krankenhäusern überhaupt zuständig ist für die Unterbringung von Menschen, die sie eigentlich definitiv behandeln sollten gemäß Leitlinien, aber nicht behandeln dürfen, und kann von den Krankenkassen eine Finanzierung für keine Behandlung verlangt werden.

Abschließend würde ich aus ärztlicher Sicht fordern, dass ein einheitliches Gericht zuständig ist. Ich weiß, das ist rechtlich nicht so ganz einfach. Unsererseits wäre es wünschenswert, dass über die Unterbringung und die Behandlung dasselbe Gericht entscheidet. Zumindest in diesen Fällen, wo eine zeitnahe Behandlung geboten ist. Alles andere bedeutet, dass Menschen fünf Tage eingesperrt oder angebunden auf den Richter warten. Das würde ich gerne vermieden sehen.

Ein regelmäßiger eingesetzter Verfahrenspfleger, Patientenanwalt oder was auch immer - Österreich hat da eine wunderbare Regelung, kann man sich anschauen - wäre sehr empfehlenswert. Zeitnahe Entscheidungen und - ich bin da völlig bei Herrn Dr. Trägner - wir brauchen klare Regelungen. Ich wäre aus ärztlicher Sicht auch sehr dafür, lieber zwei Sätze mehr als zwei Sätze weniger im Gesetz drinstehen zu haben. Eine verlässliche Rechtsgrundlage und eine klare Formulierung der Kriterien für die Einwilligungsfähigkeit, auch das würde ich begrüßen. Die Medizinethik hat da viel dazu formuliert.. Schließlich sollte unseres Erachtens aus den genannten Gründen auch die Problematik der Fremdgefährdung bei fehlender Einwilligungsfähigkeit geregelt werden.

Ich danke für Ihre Aufmerksamkeit!

## **Wortprotokoll Frau Wald Pflegedienstleiterin PZN Wiesloch**

Ich bin großgeworden in der Psychiatrie. Ich habe mein gesamtes Berufsleben in der psychiatrischen Arbeit verbracht, nämlich seit 1976, begonnen in der damals sehr fortschrittlichen Klinik des Zentralinstituts für seelische Gesundheit; und bin jetzt in der Zwischenzeit 20 Jahre mit allen Qualifikationen, mit Fachweiterbildungen und so weiter, in der Funktion der pflegerischen Leitung in der Allgemeinpsychiatrie 1. Ich betreue ca. 160 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in den verschiedenen Bereichen; ob in spezialisierten Settings und natürlich auch im geschlossenen, beschützten Bereich, wo etwa 60 Mitarbeiter tätig sind. Ich habe mich im Vorfeld nicht auf unser Krankenhaus bezogen, sondern ich habe Meinungen aus den gesamten psychiatrischen Schwester-Brüder-Krankenhäusern aus Baden-Württemberg eingeholt und ich war überrascht, wie intensiv die Rückmeldungen gekommen sind. Also das spricht eigentlich auch dafür, wie drängend die Sorge eigentlich ist, was passiert denn bei dieser gesetzlichen Veränderung durch das Bundesverfassungsgericht. Die haben mir Fallbeispiele geschickt, die haben sehr aus ihrem Herzen gesprochen. Das kann man natürlich nicht alles hier vortragen. Und ich habe versucht, an Hand Ihrer Fragestellungen einfach zusammenzufassen.

Wie wirkt sich die derzeitige Lage aus? Das waren nochmal so Ihre Fragen. Status quo – Welche Folgen hätte ein Verzicht auf gesetzliche Regelungen usw.? Für wen spreche ich, für wen treffe ich Aussagen? Ich versuche aus der Sicht der Patienten zu sprechen, der Mitpatienten, der Mitarbeiter, der Angehörigen des Personalmanagements und des Stationsklimas.

Was bedeutet es für die Patienten? Ich sage es aus der so genannten sphärischen Sicht. Was wir beobachten im Moment, bis alle juristischen Hürden genommen sind, kann eine lange Zeitspanne vergehen. Vielleicht ist vier Wochen ein sehr großer Zeitraum, aber zehn Tage werden auch wie vier Wochen erlebt bei den Mitarbeitern. Patienten befinden sich in hochpsychotischem Zustand, sind gebunden in extremer Anspannung und in Angstzuständen und leiden unter ihrem eigenen Befinden, natürlich. Die möglich notwendige Fixierung, die ja vorausgehen kann zur Sicherstellung der öffentlichen Ordnung, wenn die Fremdgefährdung droht, stellt eine zusätzliche extreme Belastung für den Patienten dar, durch seine körperliche Bewegungseinschränkung, denn die Symptomatik ist ja dadurch nicht weg. Sein Bedürfnis nach freier Bewegung ist komplett eingeschränkt. Was bedeutet das weiterhin? Eine Verlängerung der Zeit der Akutphase, damit verbunden eine Verzögerung der Remissionsphase, eine Verlängerung der Aufenthaltszeit innerhalb der psychiatrischen Klinik. Hierdurch wird es auch zu vielen Veränderungen für den Patienten selbst in familiärer Hinsicht, in sozialer und beruflicher Hinsicht kommen. Arbeitsplatzverlust, familiäre Bande zerbrechen; das haben wir ja auch aus vielen heute vorgetragenen Diskussionsbeiträgen schon gehört.

Es kann für Patienten der Anstieg der Gefahr der Selbstverletzung durch die aktuelle Hilflosigkeit entstehen. Ich spreche von der Suizidalität durch den eigenen Leidensdruck. Und was mir Mitarbeiter und auch Patienten regelmäßig vor Ort berichten sind die eigenen Schamgefühle, die sie am Ende oder nachdem eine Besserungsphase in der Subakutphase zum Beispiel eingetreten ist, für ihr Verhalten in der Akutphase, das sie nicht steuern konnten. Und wir beobachten ja die sexuellen Enthemmungen, Beleidigungen und Tätlichkeiten gegenüber Mitpatienten und Personal; nackt über die Station laufen, sich anderen Mitpatienten einfach offenbaren und die eigenen Grenzen in der eigenen Familie damit zu überschreiten, was furchtbare Erlebnisse auch für die Angehörigen sind. Die Patienten können natürlich auch zeitnah nicht differenziert diagnostisch untersucht werden, denn auch das ist unter Zwang nicht möglich. Ohne medizinische Behandlung, hier medikamentöse Behandlung, unabsehbar lange Verweildauern, Aufenthalte in der Psychiatrie und – ich spreche jetzt auch mal außerhalb des Maßregelvollzuges – respektive Intensivstationen. Patienten bleiben länger auf der Intensivstation oder beschützten Station mit allen Einschränkungen, die sie auf Grund von Sicherheitsgeboten, Freiheitsbeschränkungen, Ausgangsregelung usw. erfahren müssen. Denn wenn man über sechs Wochen auf einer geschlossenen Station sich befindet, passieren trotzdem Einschränkungen, alleine dass die Türe geschlossen ist, dass man jemanden braucht, der einen raus und rein lässt usw. Und es ist auch davon auszugehen, dass sich chronische Verläufe einfach erhöhen. Und alle, die ich hier gefragt habe, haben zu mir gesagt, was haben wir denn bisher falsch gemacht. Auch unter UBG war eine Zwangsmedikation möglich und auch das letzte Mittel, wenn auch auf einer etwas anderen Grundlage, nämlich dass der Patient auch die mit der Behandlung verbundenen Hilfen ertragen muss.

Was bedeutet es für die Mitpatienten? Was wir beobachten, und das kann ich hier aus vollem Herzen eigentlich sagen, in meiner Funktion. Dass wir beobachtbare Zunahme von Übergriffen auf Mitpatienten sehen, Androhungen von Gewalt, Erpressungen untereinander, und seien es nur Zigaretten. Wenn hoch gespannte Patienten auf andere zugehen und sagen „gib mir eine Zigarette oder ich schlage zu“, also das sind einfach die Dinge aus dem Alltag. Ob es sich um Biss- oder Schlagverletzungen handelt, um Verletzungen mit Gegenständen und Mobiliar. Bei Mitpatienten wird häufig das Recht auch auf körperliche Unversehrtheit in einer klinischen Einrichtung einfach verletzt. Was erleben Mitpatienten noch? Eigene Genesungsfortschritte werden in der Postakutphase beeinträchtigt, also auf Grund, dass die Situation so angespannt ist auf der Station, laut, umtriebig. Und ich kann sagen, bei uns befinden sich 30 Patienten und mehr auf einer psychiatrischen Intensiv- oder Akutstation. Dass sich die Patienten nicht mehr aus dem eigenen Zimmer trauen, sich wieder zurückziehen. Dass pflegerische Zeitressourcen bei den echten Krisenpatienten gebunden sind, denn – und ich kann Ihnen sagen, ich weiß wovon ich spreche, ich bin jeden Tag vor Ort bei diesen Patienten. Und kommt auch bei den Mitpatienten noch dazu, dass sie früher verlegt werden müssen auf spezialisierte Stationen, weil der Druck enorm groß ist auf die so genannten Intensivbehand-

lungseinheiten für schwer Kranke. Das kann bedeuten, dass sie eben die Situation auf einer offenen spezialisierten Station noch gar nicht aushalten auf Grund der eigenen Schwere der Erkrankung und wieder zurückverlegt werden müssen.

Was bedeutet es für die Mitarbeiter? Ich habe verschiedene Interviews geführt auf den Stationen und mir natürlich auch schriftlich von den anderen Kliniken berichten lassen. Und ich will auch nicht sagen, dass die Mitarbeiter nicht wissen wo sie arbeiten. Episodenhafte Krisen gab es schon immer in der Psychiatrie. Gerade in den geschützten Stationen. Aber was die Mitarbeiter sagen, deren Qualität hat sich potenziert und ist dabei sich anhaltend zu verändern. Und Mitarbeiter sagen mir ganz klar, die anhaltende Anspannung bewegt sich derzeit beobachtbar auf einem Grad von, wie wir sagen im Volksmund, auf 180 Grad über dem Level, und das zeigt sich in deutlich erhöhten Krankheitsphasen, Ausfallzeiten von Mitarbeitern, Erschöpfungszustand. Mitarbeiter haben mir berichtet, dass sie selbst sehr darunter leiden, dass Patienten eigentlich keine Hilfe zukommen kann in der akuten Situation. Ein Mitarbeiter hat mir erzählt von einer Patientin, die auf Grund eines Vergiftungswahnes über Wochen kaum gegessen und getrunken hat, und dass sie das als Pfl egeteam kaum mit ansehen konnten, dass man nicht zusätzlich Nahrung und Flüssigkeit verabreichen konnte. Also es wird das eigene Gefühl der Hilflosigkeit sehr intensiv erlebt, und die Mitarbeiter fühlen sich auch von den Behandlern im Stich gelassen; dass sie sagen, unsere ärztlichen Behandler auf der Station, die sehen das nicht, die helfen uns nicht. Aber wie gesagt, das ist die Sicht der direkt vor Ort befindlichen Mitarbeiter. Und wir sehen eine deutliche Zunahme von Übergriffen, Androhungen von körperlicher und verbaler Gewalt auf das Personal. Das wurde ja auch schon in den verschiedensten Vorträgen heute auch noch einmal gesagt, das kann ich nur bestätigen. Verletzungen, ob das nun Nasenbeinbrüche, also das häufigste, was wir im Moment erleben, sind Würgegeschichten von Patienten, so dass es auch zu Einblutungen in den Kehlkopf bei Mitarbeitern kommt. Und wir befinden uns nicht im Maßregelvollzug, sondern auf allgemeinspsychiatrischen Stationen. Also es ist erschreckend, was im Moment auch passiert. Immer unter dem Aspekt gesehen, dass eine lange Zeitspanne zu überbrücken ist, bis Behandlung beginnen kann. Und dass die Mitarbeiter sagen, diese so genannte Eigen- oder Fremdgefährdung ist ihnen zu wenig konkretisiert. Wann ist denn so die wirklich akute Gefährdung? Erst wenn ich den Stuhl überbekommen habe oder ein Mitarbeiter übergriffig behandelt worden ist oder die Mitpatienten, oder setzt die schon vorher ein, wenn das erkennbar ist. Wenn die Anspannung des Patienten einfach so groß ist. Und das wünschen sich auch Mitarbeiter, dass dies in einer Neuregelung auch berücksichtigt wird. Ich will nicht vergessen, auch mal noch ein Zitat eines Mitarbeiters vor Ort einfach zu beschreiben, der zu mir gekommen ist und hat gesagt: „Ich möchte nicht mehr auf solchen Stationen arbeiten.“ Und das ist nur ein Beispiel von vielen, wie provokatives, respektloses, beleidigendes Verhalten, nicht absichtlich, sondern im Rahmen der Krankheit, erlebt wird. „Was sind Sie? Krankenpfleger – ein lächerlicher Wurm.“ Sie sehen's. Also solche Sachen passieren täglich, oder das: „Ich puste Ihnen den Kopf weg.“ Und ich glaube, das sind auch ganz junge

Mitarbeiter, sehr, sehr, sehr sensibel und erschreckt, wenn sie solche Aussagen hören. Denn das sind ja keine einmaligen Situationen, sie werden täglich erlebt. Was es für die Mitarbeiter ungemein schwierig macht, ist nämlich die Anzahl unbehandelter Patienten zu gleicher Zeit und gleicher Dauer auf der Station. Führen selbst bei langjährigen erfahrenen Pflegekräften - und ich kann auch sagen, wir haben in unserer Klinik und auch in allen anderen Kliniken ZfP wirklich gut ausgebildete Mitarbeiter mit psychiatrischen Weiterbildungen. Also wir haben gut ausgebildete erfahrene Pflegekräfte, die sich diesen höchsten Anspannungen einfach nicht mehr gewachsen sehen und irgendwann sagen: „Das will ich nicht mehr. Es gibt attraktivere Bereiche in der Psychiatrie, die nicht von Zwang oder von solchen Situationen beherrscht sind.“ Oder sagen: „Hier will ich nicht mehr tätig sein.“ Und was man natürlich auch beobachten muss hinsichtlich der Mitarbeiter, dass die erforderliche auch professionelle Sensibilität für Akutsituationen ein Stück verloren geht. Und das glaube ich wurde auch schon einmal beschrieben, dass die Mitarbeiter nicht mehr so wachsam sind auch und entsprechend, sage ich mal, professionell zugewandt sich auch weiter um die Patienten kümmern. Ausfallsbedingt kommen eigene Erholungsphasen deutlich zu kurz. Der Pflegeberuf ist traditionell auch noch ein Frauenberuf. Also unsere Männer sind nicht sehr reichlich. Und in den Situationen selbst, kann man einfach sagen, Gewaltsituationen werden hier noch intensiver erlebt. Wenn wir sehen, wir haben ein Verhältnis auf den Akutstationen – und ich glaube, das ist in anderen Zentren auch – von zwei Drittel Frauen und ein Drittel Männer in den Schichten, dass es von großer Angst geprägt ist.

Ich würde auch gerne noch einmal darauf zurückgreifen, was Herr Prof. Steinert heute schon gesagt hat. Wir bemühen uns, unsere Mitarbeiter sehr, sehr gut zu qualifizieren und in allen Techniken der Deeskalation, auch Veränderung in der eigenen Haltung herbeizuführen. Wir trainieren unsere Mitarbeiter in, sage ich mal, Gesprächsführungstechniken wie Motivationalinterview, was eigenes Verhalten deutlich verbessern kann, wie verhalte ich mich gegenüber Patienten. Wir haben, glaube ich, uns in allen Kliniken und seit vielen Jahren, zwischen sechs und acht Jahren, immer mit dem Thema Deeskalation beschäftigt und Rücknahme von Zwangsmaßnahmen. Wir haben alle Mitarbeiter in den entsprechenden Stationen aller Berufsgruppen geschult, und ich finde mit großem Aufwand und mit sehr viel Erfolg. Und wir suchen natürlich immer noch weiter, auch im europäischen Ausland, nach Methoden, die dazu beitragen Zwangsmethoden und Zwangsbehandlungen zu verhindern. Und ich spreche hier von einem Projekt, das wir sage ich mal modifiziert aus England übernommen haben und seit gut einem Jahr in einer Projektphase haben - das Projekt des Haltens. Es kommt ursprünglich aus England. Dort werden die Patienten gehalten über einen längeren Zeitraum von mehreren Personen und bekommen Medikamente verabreicht. Diese Methode – sie heißt bei uns ja auch „Halten“ – ist sehr aufwändig, nämlich mindestens vier Personen sind über 15 Minuten gebunden, um zu ermöglichen, dass der Patient bei der Medikation mitentscheiden kann. Dass man immer im Kontakt mit ihm bleibt, dass man mit ihm noch einmal überlegen kann, was es bewirken kann, wenn er Medikation einnehmen möchte,

oder andere Maßnahmen einfach dadurch noch vermieden werden können. Die Methode ist sehr wirksam. Hochaufwändig, sehr wirksam, in unserer Klinik sind in der Projektstation die Zwangsmaßnahmen um knapp die Hälfte zurückgegangen. Also das ist eine kleine Einheit, und man kann jetzt auch noch nicht darüber sprechen, dass es jetzt auf alle Bereiche übertragbar ist, so weit sind wir in dem Projekt noch nicht. Aber wir können sehen, dass sich etwas verändert hat, und genau das ist das was ja auch die Menschen, die mit der Versorgung und der Pflege zu tun haben, auch wollen, nämlich Zwangssituationen zu vermeiden. Aber es ist letztendlich auch eine Art Zwang, der Patient wird festgehalten. Das muss man einfach auch sehen.

Was sagen uns die Patienten, die Angehörigen? Angehörige vermitteln uns in Gesprächen, dass nichts unternommen wird um dem Patienten erforderliche medizinische Hilfe zukommen zu lassen, auf die Angehörige oft gehofft haben in der Akutsituation, denn oft geht ja eine lange Belastungs- und Leidenszeit eben bei den Angehörigen im häuslichen Umfeld ja auch schon voraus, bis jemand überhaupt in die Klinik kommt. Angehörige sind beeindruckt, gleichzeitig aber auch verängstigt in dieser hoch gespannten Atmosphäre. Wir können daraus im Moment nur schließen, das ist jetzt nichts Belegtes, dass Angehörigenbesuche deutlich weniger werden, weil sie sich diesen Situationen nicht aussetzen können. Und ein inzwischen sehr positives Image der Psychiatrie steht auf dem Prüfstand, wenn solche Eindrücke wieder mit nach draußen genommen werden.

Es gab heute einige Aussagen auch schon zu dem was Positives getan werden kann. Wir führen Trialoge mit Angehörigen, mit Angehörigenvertretern und auch mit den Betroffenen. Ich bin selbst Mitglied in einer dieser Gruppen und höre, wie auch Angehörige die Veränderungen in der heutigen Behandlung positiv bewerten, wie sie auch sagen wie Mitarbeiter sich in ihrem Verhalten verändert haben. Wir können zurückgreifen auf noch andere Projekte Betroffene zu Beteiligten zu machen, nämlich Menschen, die selbst Erfahrung in der Psychiatrie gesammelt haben, in der Psychoedukation mitwirken zu lassen. Wir haben Patientenvereinbarungen, in denen Patienten sich nach der Entlassung auch vereinbaren können mit dem behandelnden Arzt, was würde ich denn gern haben, wenn ich das nächste Mal wiederkomme. Hat mir ein bestimmtes Medikament geholfen, haben mir bestimmte Mitarbeiter, zu denen ich gut Vertrauen fassen konnte, geholfen. Also es passiert auch eine ganze Menge an Positivem, aber schon in der Entwicklung insgesamt.

Was bedeutet es für das Personalmanagement? Und dafür stehe ja nun auch ich. Uns wurde auch gesagt, Mitarbeitergewinnung für die psychiatrischen Intensivstationen oder Krisenstationen im Maßregelvollzug gestaltet sich noch schwieriger als in der Vergangenheit. Überstunden durch Intensivmaßnahmen, Sitzwachen, Einzelbetreuungen und Ausfallzeiten durch hohe Belastungen sind derzeit schon deutlich erkennbar. Die Grenzen der bisher schon mangelhaft baulichen Ressourcen für Intensivüberwachungsräume, Einzelbetreuungen und auch Isoliermöglichkeiten werden noch enger. Und ich

glaube, dass wenn es zu keiner gesetzlichen Veränderung kommen wird, ist das etwas ganz Maßgebliches, dass man Räume dafür schafft die auch menschenwürdig sind. In denen man auch einzeln gut betreuen kann, mit dem Patienten im guten Gespräch bleiben kann. Wir sitzen nachts in der Betreuungszeit in den dunklen Patientenzimmern mit dabei. Ich denke, jede Klinik in Baden-Württemberg hat andere bauliche Bedingungen. Es gibt schon gute Lösungen, aber da ist noch eine ganze Menge auch zu tun.

Vergütung für Pflegekräfte in Intensiveinheiten. Das wünschen sie sich natürlich auch unter den hohen Belastungen oder sie sagen gleich, dass sie lieber gar nicht dort arbeiten möchten. Und ich beobachte - und auch meine Kollegen - nachweislich steigende Ausfallzeiten. Beobachtung von Mangel an Motivation auch auf Seiten der Mitarbeiter. Und es stellt sich die Frage, wie können zusätzliche Personalstellen finanziert werden, wenn wir im Moment schon dabei sind auch wieder Personal zu reduzieren, geschuldet natürlich der finanziellen Situation.

Zu den Fragen, welche Folgen hätte ein Verzicht auf gesetzliche Regelung. Lange Aufenthaltsdauern in der Psychiatrie mit den schon beschriebenen Konsequenzen; noch mehr Ausgrenzung aus der Gesellschaft durch lange Klinikaufenthalte; fehlende Möglichkeiten, den unterschiedlichen Akutphasen auch gerecht zu werden im Sinne einer Einzelbetreuung, Isolierungsmöglichkeiten oder bei Sitzwachen. Im gesamten Kontext werden daraus höhere Kosten auch entstehen. Der Maßregelvollzug hat bereits ja in 2011 im März schon eine Stellungnahme abgegeben und bis zu 30 Prozent mehr Personal gefordert. Am beeindruckendsten bleibt aber auch damit die fehlende Chance und auch das Recht einer frühen Behandlung und des zeitnahen Genesungsprozesses außerhalb der psychiatrischen Intensivstation für die betroffenen Patienten. Und wir haben uns in den Diskussionen die Frage gestellt, das ist ein gewagter Vergleich, in einem vitalen Notfall wird sofort gehandelt, in einem psychiatrischen Notfall muss man das aushalten. Ich möchte es auch eingrenzen ein Stück noch. Sollte Zwangsmedikation dauerhaft nicht möglich sein, wird der Aufwand sich in allen Dimensionen noch steigern und erweitern.

Mechanische Zwangsmaßnahmen dürfen dem zu erwartenden medizinischen Behandlungserfolg durch Medikation auch nicht vorgeschaltet sein, denn in der Fixation bleibt ja die Symptomatik erhalten. Das Spagat gelingt schwierig, und das sind so meine abschließenden Worte, Recht auf Behandlung und Betreuung trotz fehlender Einsichtsfähigkeit oder eingeschränkter Selbstbestimmung zu den erwartenden Heilungschancen in den verschiedenen Dimensionen und Interventionen, unter anderem auch durch medikamentöse Behandlung. Ich glaube, das ist so vielschichtig wie auch heute Professionen hier vertreten sind, und ich hoffe, ich konnte meinen Teil dazu beitragen, die verschiedenen Aspekte aus der direkten Patientenarbeit beizutragen.

Vielen Dank!



## **Wortprotokoll Frau Hansen**

### **Vertreterin des Personalrats des PZN Wiesloch**

Sehr geehrte Damen und Herren! Ich setze gleichzeitig noch ein bisschen einen anderen Hut auf heute. Es geht auch noch einmal ein bisschen mehr um Empirie, aber Frau Wald hat das schon sehr anschaulich gerade eben dargestellt. Ich bin nämlich auch eine der Sprecherinnen der verdi-Fachkommission Psychiatrie. In der haben sich psychiatrisch tätige Gewerkschafterinnen aus den verschiedenen Berufsgruppen und Institutionen zusammengetan und setzen sich gemeinsam für gute Therapie, für gute Fachkräfte und gute Arbeit ein. Es müssten aktuell etwa über 10.000 Beschäftigte sein, die allein in den psychiatrischen Kliniken und Abteilungen stationär tätig sind. Weitere arbeiten im ambulanten Bereich. Und außerdem ist meine Stellungnahme auch noch abgestimmt mit der Steuerungsgruppe der Personalräte der Zentren für Psychiatrie. Also daher einen besonderen Dank an die Einladung, dass wir hier auch die Beschäftigtenperspektive einbringen können.

Die Beschäftigten in der Psychiatrie gehören den helfenden Berufen an; und unser Interesse gilt den uns anvertrauten Menschen, einer sorgsam ausgeführten therapeutischen Hilfe und einer hohen Qualität der psychosozialen Versorgung. Wenn es um Zwang geht, bedeutet dies immer Überwindung und Prüfen - muss das jetzt sein, haben wir alles versucht? Also Zwangsmaßnahmen bringen alle Beteiligten an einen Grenzbereich. Und niemand möchte Zwang. Und eigentlich könnte ich mich jetzt setzen und aufhören mit der Stellungnahme. Aber so einfach ist es nicht. Wir haben gesehen, wie vielschichtig das Ganze ist. Die psychiatrischen Fachkliniken, die verpflichtend die Versorgung der Bevölkerung übernehmen, sind ja auch für psychisch kranke Menschen da, die zu einem bestimmten Zeitpunkt gar nicht sehen, dass das Angebot für sie hilfreich sein könnte. Es geht um Krankheitsbilder, die meist in der akuten Phase eine ablehnende oder misstrauische, verkennende oder auch gefährliche Symptomatik hervorbringen können. Meistens, es ist nicht immer so, leiden Betroffene ganz offenkundig sehr darunter. Nach dem Abklingen der Symptomatik gehört dies nicht mehr zum Ausdruck, zum Fühlen, zum Denken und Verhalten der Patienten, und es kann auch zu Schamgefühlen kommen. Ich habe ähnliche Berichte von Betroffenen gehört, wie Frau Wald es eben auch geschildert hat. Außer in seltenen Ausnahmen gelingt eine Behandlung mit den Menschen, die unter seelischen Erkrankungen leiden. Für die Zukunft wird dann oft eine Übereinkunft getroffen, die in künftigen Krisenzeiten mit der ablehnenden Haltung umgegangen werden kann. Ich verweise auch auf die so genannte Patientenvereinbarung oder Behandlungsvereinbarung.

Bitte erlauben Sie mir auch noch einen kleinen Exkurs. Das therapeutische Geschehen ist ja auf Grund der seelischen Erkrankung, die den Kern der Persönlichkeit eines Menschen betrifft, breitgefächert. Wir kümmern uns um die ganze Person, aber möglichst

ganzheitlich in der therapeutischen Begegnung, stellen ein therapeutisches Milieu her und eine Gemeinschaft mit einer heilenden Qualität. Das ist unser Anspruch. Deshalb arbeiten auch so viele spezialisierte Berufsgruppen an Hand des Behandlungskonzeptes zusammen. Auch wenn wir heute die Medikation in den Blick nehmen, die medikamentöse Therapie ist nur eine Therapieform neben anderen. Meine Kolleginnen und Kollegen haben mich gebeten, das auch noch einmal ausdrücklich hier zu sagen. Wir sind auch als Professionelle immer einmal wieder mit dem klischeehaften Bild einer verwahrenden Anstalt mit von Medikamenten manipulierten, ausgelieferten Insassen konfrontiert – oder da unten stand sogar „Folter“ auf einem der Plakate. Gleichzeitig beobachten wir besorgt, dass die Toleranz gegenüber psychisch kranken Menschen tendenziell nachlässt. In der Gemeindepsychiatrie plötzlich nicht ertragen wird, dass es Betreutes Wohnen in der Nachbarschaft gibt und ähnliche Situationen. Die sichernde und schützende Aufgabe der Psychiatrie wird dementsprechend bekräftigt, ich denke, gelegentlich auch überbetont.

Wenn in dieser Anhörung Zwangsmedikation besonders im Fokus steht, dann geht es um seltene Ausnahmen. Gleichwohl ist nicht zu vernachlässigen, dass es noch weitere Zwangsmaßnahmen wie zum Beispiel Fixierung, Isolierung, Halten gibt. Eine Hierarchisierung von Zwangsmaßnahmen sehen wir in der Praxis als eher wenig hilfreich an, vielmehr kommt es oft auf das Einzelschicksal an. Unter anderem, weil jede erfolgte Zwangsmaßnahme alle belastet, die daran beteiligt sind. Aber dazu kommt gleich noch mehr.

Zur Zwangsmedikation. – Unsere Auffassung kurz und knapp: so wenig Zwang und so wenig Zwangsmedikation wie möglich, und falls doch, so sicher und menschenwürdig wie möglich. Menschenwürde und Grundrechte für alle Beteiligten muss der Maßstab sein. Was ist nun gemeint mit sicher oder so sicher wie möglich? Wir sind der folgenden Frage nachgegangen: Wie könnte bezüglich Zwangsmedikation gut geregelt werden, dass das Vorgehen der Fachkräfte gegenüber den ihnen anvertrauten Patienten sicher ist? Also dabei immer mit gedacht sicher und menschenwürdig. Hierbei ist gleichzeitig ein Spannungsfeld zu beleuchten zwischen dem Intervenieren, nämlich Zwangsmedikation zu geben, und dem Unterlassen, nämlich keine Medikamente zu geben. Mit „sicher“ ist zum anderen auch gemeint rechtlich sicher. Hier ist das Spannungsfeld angesprochen zwischen Rechtmäßigkeit und Rechtsklarheit. Patienten müssen prüfen lassen können, ob und wann eine Zwangsmedikation rechtmäßig und ab wann hinzunehmen ist. Für die Fachkräfte ist Rechtsklarheit wichtig. Das klang hier schon an. Ob und wann sie rechtlich korrekt zwangsweise Medikamente verabreichen dürfen bzw. sollen und welchen therapeutischen Spielraum sie innerhalb eines begrenzten Rahmens haben können. Es geht dabei im Wesentlichen um die inhaltliche gesetzliche Regelung des Schutzes bei Eigen- und Fremdgefährdung und der Einwilligungsfähigkeit. Ebenso um die Prozeduren, also wie ist das Verfahren geregelt, wer ist extern herbeizuziehen. Das

muss sehr genau beschrieben werden. Sowie um die praktische Umsetzbarkeit, damit nicht vier Wochen lang gewartet werden muss. Sicher im Sinne von Therapiesicherheit.

Gleichzeitig ist unseres Erachtens auch zu klären, ob und wann eine Medikationsgabe unterlassen werden dürfte, selbst wenn nach dem Stand der Medizin voraussichtlich gute Behandlungserfolge zu erwarten sind. Hier geht es um Therapiesicherheit und um das Spannungsfeld zwischen dem Recht auf Behandlung und dem Recht auf Krankheit. Entlang eines konkreten Einzelschicksals haben wir diskutiert, ob nicht beim Abwägen über die rein medizinische Indikation hinaus auch eine weitere Abschätzung der sozialen Folgen notwendig sein könnte. Im Falle einer sehr spät einsetzenden medikamentösen Zwangsbehandlung bei einer Person, die die Krankheit verkannte und krankheitsbedingt zunächst einer Behandlung nicht zustimmte, kam es zu erheblichen Folgen. Die Person verlor den Arbeitsplatz, bekam gegen den Willen einen Betreuer, erlitt finanzielle Einbußen und ggf. droht auch eine Chronifizierung des Leidens. In solchen Fällen könnten Patienten oder Angehörige später kritisch hinterfragen, ob es nicht schon schwierig genug sei überhaupt mit dem Krankwerden klarzukommen. Dann auch noch einem sozialen Abstieg preisgegeben zu sein, wäre womöglich schwer hinnehmbar. Womöglich sogar im Sinne einer unterlassenen Hilfeleistung.

Zur Thematik der Therapiesicherheit und Professionalität gehört immer eine Nachbereitung der geschehenen Zwangsmedikation - das gilt auch für alle anderen Zwangsmaßnahmen - mit den Patienten und mit den Fachkräften. Aus der Traumaforschung weiß man, dass für die Beschäftigten eine Absicherung notwendig ist, um schwer erträgliche und widersprüchliche Dinge in der professionellen Arbeit, insbesondere auch in Zwangskontexten, aushaltbar zu machen. Ein traumasensibles ist ein präventives Vorgehen, sowohl für betroffene Patienten als auch für Beschäftigte im Sinne einer Gesundheitsprävention und im Sinne auch einer Personalgewinnung und Personalhaltung. Sicher wird auch auf das Gefährdungspotential hingewiesen, wenn Patienten unbehandelt bleiben und die Erkrankung verkennen. Aus der Beschäftigtenperspektive will ich jetzt nicht noch einmal auf diese Thematik von Eigen- und Fremdgefährdung eingehen. Vielmehr möchte ich darauf aufmerksam machen, dass es sowohl im Zuge der Zwangsmedikationsgabe gefährlich werden kann als auch könnte es zu einer Gefährdung kommen, wenn man es unterlässt. Der Schutz der anderen Patienten und der Schutz vor Übergriffen auf das Personal ist zu berücksichtigen. Wichtig ist auch, dass unser Arbeitsfeld kein rechtsfreier Raum bleibt, in dem Übergriffe einfach hinzunehmen seien. Derzeit gibt es zum Beispiel keine allgemeingültige Regelungsvereinbarung die sicherstellt, dass Beschäftigte in ihrer Funktion, das heißt nicht als Privatperson und mit ihrer Privatadresse, sondern die Dienststelle eine Anzeige macht. Beschäftigte waren in der Vergangenheit bereits Bedrohungen und Nötigungen ausgesetzt. Und zwar nicht nur in der akuten Phase, wie Sie es vorhin beschrieben haben, sondern wirklich danach, wenn es auch zur Anzeige kam.

Unser Fazit ist: Zwang und Zwangsmedikation zu vermeiden, das steht an erster Stelle. Voraussetzung dafür wäre eine ausreichende personelle Besetzung und zwar mit qualifiziertem Personal sowie präventive und deeskalierende Vorgehensweisen weiter auszubauen. Es ist unseres Erachtens ethisch nicht hinnehmbar, wenn Personalmangel mit dazu beitrüge, krisenhafte Verläufe zu eskalieren, statt diese zu beruhigen, und deshalb womöglich Zwangsmedikation notwendig werden sollte. Es ist voranzutreiben, auch baulich, ein hilfreiches therapeutisches Umfeld zu unterstützen. Dazu wäre eine angemessene materielle Ausstattung erforderlich. Stationen dürfen nicht zu groß sein.

Zurzeit bin ich sehr skeptisch angesichts gekürzter Investitionsmittel und bezüglich der geplanten Einführung eines neuen Preissystems für die Vergütung der Psychiatrien, bei dem zudem auf das Personalbemessungsinstrument verzichtet werden soll. Das ist allerdings Bundesrecht.

Wie vorgetragen, bedarf es unseres Erachtens sowohl der inhaltlichen Gesetzesregelung als auch der Neuregelung von Prozeduren, damit so wenig Zwangsmedikation wie möglich und falls doch, diese so sicher und menschenwürdig wie möglich durchgeführt wird. Dies sollte auch entsprechend geschult, erprobt und auf die Praktikabilität hin beleuchtet werden. Es dürfen keine Anreize für eine Deprofessionalisierung geschaffen werden. Im Gegenteil, wenn traumasensibel gearbeitet werden soll, gleichermaßen zum Wohle der Patienten und präventiv im Sinne des Gesundheits- und Arbeitsschutzes der Beschäftigten, dann werden qualifizierte Fachkräfte und erfahrene, in dieser Thematik geschulte Entscheider benötigt. Im Kern geht es darum, wie viel öffentliche Verantwortung für einzelne Lebensschicksale übernommen werden soll, und wie viel Schutz Betroffene haben sollen, sowie wie viel Absicherung Fachkräften eingeräumt bekommen. Was darf diese öffentliche Verantwortung die Gesellschaft kosten? Als Beschäftigte möchten wir uns daran verantwortungsvoll beteiligen, eine gute Therapie machen, mit guten Fachkräften und im Rahmen guter Arbeit.

Vielen Dank!

## **Wortprotokoll Dr. Obert Bereichsleitung Sucht- und Sozialpsychiatrische Hilfen, Caritasverband Stuttgart e. V.**

Aus Zeitgründen lasse ich die ersten zwei Kapitel aus, in denen die Thematik Zwangsmedikation, Zwangsbehandlung im Kontext der sozialpsychiatrischen Leitlinien und die wiederum im Kontext der gesellschaftlichen Rahmenbedingungen betrachtet und zu bewertet werden. Wir haben ja in der Sozialpsychiatrie, wenn ich jetzt mal mehr vom ambulanten Bereich spreche, und ich bin ja in diesem Arbeitsfeld seit über 35 Jahren tätig, direkt mit Zwangsmedikation, Zwangsbehandlung wenig zu tun. Mit zwangsweisen Unterbringungen schon, weil wir da nicht häufig aber doch immer wieder, mit konfrontiert sind. Aber mit der Fragestellung, wie können wir Situationen vermeiden, dass zwangsweise Unterbringungen, Zwangsmedikationen dadurch nicht erforderlich werden. Das ist ja eine wesentliche Fragestellung und auch eine wesentliche oder eine wichtige Utopie der Sozialpsychiatrie, die wir eigentlich nicht aufgeben wollen und auch nicht aufgeben müssen.

Deswegen beginne ich gleich mit der Rolle und Bedeutung der Psychopharmaka und Zwangsmedikation in der Sozialpsychiatrie. Ich brauche nicht darauf hinweisen, dass in der Geschichte der Sozialpsychiatrie Psychopharmaka, sowohl die freiwillige Vergabe als auch die subtile zwangsweise Vergabe, auch die kenne ich aus dem ambulanten Bereich ja auch sehr wohl eine wichtige Rolle spielen. Wir haben heute kaum noch den Bereich gestreift, dass Zwangsmedikation ja auch subtile Abläufe kennt. Herr Höflacher, wir kennen das sehr genau, wie wir im ambulanten Bereich Menschen subtil, wohlwissend und wohlreflektiert unter Druck setzen können Medikamente zu nehmen. Das ist wenn kein direkter, aber doch auch ein subtiler Zwang. Und dass gerade die Auseinandersetzung mit den Psychopharmaka ein wesentlicher und sehr lebhaft und kontrovers diskutierter Kristallisationspunkt der Auseinandersetzung mit der Anstaltspsychiatrie war. Ich erinnere mich noch gut an die Auseinandersetzungen in den 70er und Anfang der 80er Jahre. Das hat ja fast schon Dimensionen von Glaubenskriegen angenommen, als wir uns damals noch vielleicht etwas pointierter einseitig und undifferenziert - im Nachhinein betrachtet – mit den Vertretern der traditionellen Psychiatrie und damit auch mit den einseitigen Befürwortern, um das auch mal kritisch zu sagen, von Psychopharmaka auseinandergesetzt haben. Ich denke, da waren bei beiden Seiten undifferenzierte Haltungen vorhanden, aus denen wir, so glaube ich, vieles gelernt haben. Es war nicht einfach damit fertigzuwerden, ist jetzt zu überspitzt formuliert, auf Psychopharmaka nicht verzichten zu können. Wie oft habe ich im ambulanten Bereich Situationen erlebt, und nicht nur ich, sondern viele Kollegen und Kolleginnen, dass Menschen ihre Wohnung verloren haben, dass Angehörige in unerträgliche Leidenssituationen hineingeraten sind, dass Nachbarn fast schon Bürgerinitiativen gegründet haben, weil es nicht möglich war Menschen unterzubringen, weil Selbst- und Fremdgefährdung noch nicht

so ausreichend vorhanden waren, damit ein Richter eine Zwangsunterbringung veranlasst hätte. Wohlwissend, dass – gerade vor dem Hintergrund der deutschen Geschichte diese Haltung und diese Vorgehensweisen absolut nachvollziehbar und richtig sind. Aber in der praktischen Arbeit ertragen zu lernen, wie jemand langsam auf den sozialen Abgrund, auch bis hin zum Suizid, zuschreitet und ich als ambulanter Behandler oder Betreuer oder wie auch immer diesen Weg mit begleite ohne rechtlich einschreiten zu können. Das ist nicht einfach zu ertragen, mal davon abgesehen, wie leidvoll dieses dann auch für die andere Seite ist.

Deswegen würde ich im Hinblick auf die Medikamente ich eigentlich schon dem Satz von Franco Basaglia zustimmen, dass ein Medikament sowohl ein Instrument der Freiheit als auch des Zwanges sein kann. Natürlich müssen wir immer aufpassen, gerade vor dem Hintergrund der Studien von Aderholt, dass die Nebenfolgen, Spätfolgen doch Anlass zur Sorge geben, hier immer sehr vorsichtig, gerade auch im ambulanten Bereich zu sein, wo es ja um langfristige Medikation, um Depotmedikation geht. Es sollte permanent um die Frage gehen, wie es immer wieder gelingen kann, nach Alternativen zu suchen, um weniger Medikamente zu benötigen, sie im Einzelfall sogar ausschleichen zu können.

Aber dass sie, und da geht nichts daran vorbei, im Moment aus unserer Sicht unverzichtbar sind. Das heißt, wir müssen aus Sicht der kritischen Sozialpsychiatrie realistischerweise festhalten, dass Situationen, die Zwangsmedikationen unumgänglich werden lassen, nicht zu verhindern sind. Auf der Basis des heutigen Standes an Erfahrungen und Erkenntnissen, mal ganz unabhängig von der Rechtslage, aus Sicht der praktischen Arbeit im ambulanten Bereich dieses außer Acht zu lassen, wäre schon fast eine unzulässige Anbiederung an die Forderungen des „radikaleren Flügels“ der Psychiatrie Erfahrenen. Ich gehe davon aus, dass wir uns in unserer Arbeit mit ihren Grundhaltungen, immer in Antagonismen bewegen, in Widersprüche verwickelt sind, aus denen wir auch nicht herauskommen. Wir können uns nicht auf eine Seite schlagen. Es besteht das Recht auf Verwahrlosung, das Recht auf Krankheit einerseits, aber auch das Recht auf Fürsorge, das Recht auf Behandlung. Einseitig direktiv behandeln auf der einen Seite, und trotzdem muss das Ziel unserer Arbeit darin bestehen, konsensorientiertes Verhandeln auf der anderen Seite zu erreichen. Ich muss Verantwortung zurückgeben, aber ich muss sie im Zweifelsfall bei Selbst- und Fremdgefährdung partiell auch einschränken und eingreifen. Ich habe einige dieser Spiegelstriche ja am Ende des Beitrags formuliert. Ich möchte sie jetzt gar nicht in allen Einzelheiten erläutern.

Ich möchte noch ganz kurz auf die vier gestellten Fragen eingehen.

Natürlich, für die Betroffenen bedeutet keine Medikation, keine Medikamente die Gefahr von mehr Verwahrlosung, von mehr Verelendung, von mehr Ausgrenzung. Und Herr

Steinert, natürlich bekommen wir die Betroffenen zu Gesicht. In gut ausgestatteten sozialpsychiatrischen Diensten wie hier in Stuttgart schon. Ich gehe jetzt noch, obwohl ich wenig Fallarbeit mache, mindestens drei-, viermal in der Woche an den Bahnhof. Ich betreue dort wohnungslose psychisch Kranke auf der Straße. Das heißt, das Pendant der stationären Unterbringung ist vor allem im großstädtischen Bereich die Wohnungslosenszene. Dort tauchen immer mehr psychisch Kranke auf. Dies ist ja auch nichts Neues, diese Problematik kennen wir schon länger. Aber ich denke, dieser Prozess würde noch mehr zunehmen. Natürlich wären mehr Belastungen für Angehörige, mehr Belastungen für Nachbarn, für das direkte Umfeld die Folge. Natürlich müssen wir Alternativen nach intensiverer Beziehung und Betreuung suchen. Wir können uns nicht allein auf die Medikamentenvergabe verlassen. Nicht nur Patienten chronifizieren, auch Mitarbeiter chronifizieren, das dürfen wir nicht vergessen. Wenn ich mich zu sehr auf die positive Wirkung von Medikamenten verlasse, darf ich nicht außer Acht lassen, dass Medikamente nur ein gleichrangiger Bestandteil neben den anderen therapeutischen und pädagogischen Möglichkeiten sind. Und die psychosoziale Betreuung und Begleitung im Alltag, die von der Kontinuität lebt, die von einer gewissen personellen Ausstattung lebt, die darf nicht außer Acht gelassen werden. Wenn die nicht vorhanden ist, also die entsprechenden personellen Ausstattungen – wir sind hier in Stuttgart glaube ich in einer einigermaßen „komfortablen Lage“ mit dem Ausbau des Netzes, - dann ist die Kontinuität der Betreuung, die Kontinuität der Beziehung das A und O der Arbeit. Dann können auch die Medikamentendosierungen abnehmen, dann können im Einzelfall Medikamente sogar ausgeschlichen werden. Aber im Zweifelsfall muss ich mich auch intensiv mit dem Betroffenen auseinandersetzen, dass er Medikamente nimmt. Und da wird es auch weiterhin Zwangssituationen geben im stationären Bereich, ambulante Zwangsbehandlungen sind ja rechtlich nicht möglich. Es gab einmal eine Initiative in Bremen, diese Möglichkeit in das PsychKG aufzunehmen wurde, die dann aber wieder verworfen wurde. Die Zwangsmedikation im stationären Bereich werden wir nicht in Gänze vermeiden können, wenn ich auch die Utopie nicht aufgebe, vielleicht eines Tages darauf ganz verzichtet zu können.

Konsequenzen für Mitarbeiter, Mitarbeiterinnen liegen auf der Hand im ambulanten Bereich. Natürlich entsteht da auch mehr Unzufriedenheit, wenn auf Medikamente verzichtet werden würde, verzichtet werden müsste. Im Hinblick auf die einfache zu unkritische Vergabe habe ich jetzt bei Sozialarbeitern weniger Sorge. Da besteht ja von vorne herein schon eine etwas kritischere Sichtweise im Hinblick auf den Umgang mit Psychopharmaka.

Wir können nicht auf Medikamente verzichten. Es wird vermutlich weiterhin Zwangssituationen geben, wenn wir nicht einseitig Verelendung, Verwahrlosung, Ausgrenzung, Ausschließung, mehr Leid akzeptieren wollen. Aber wir dürfen unsere Anstrengungen nicht aufgeben, nach Alternativen zu suchen. Und die Alternativen kennen wir ja eigentlich schon. Das ist ja nichts Neues. Wir wissen, adäquate personelle Ausstattung ist die Grundlage. Wir wissen, die Kontinuität der Betreuung, die Kontinuität der Beziehung,

intensivere Betreuung, aber auch losere Betreuungen sind absolut erforderlich. Die entsprechende Qualifikation des Personals, Sie haben es ja vorher schon angesprochen, Herr Höflacher, ist unabdingbarer Bestandteil. Und die Suche bzw. der Aufbau von Alternativen, die Abschaffung oder die Überwindung der künstlichen Trennung von ambulant und stationär, sowohl im Krankenkassenfinanzierten im SGB V- Bereich, als auch im Eingliederungshilfe-bezogenen Bereich, verlangt eine Verschränkung und Vernetzung, in dem z.B. mobile Teams geschaffen werden, wie wir dies vom Hometreatment her kennen. Und im Eingliederungshilfebereich gilt das Gleiche: Es geht um die Überwindung der künstlichen Trennung von ambulant und stationär. In diesen Anstrengungen dürfen wir auf keinen Fall nachlassen und trotzdem werden wir auf Medikamente zumindest in absehbarer Zeit, aus meiner Sicht, nicht verzichten können – auch nicht im extremen Einzelfall auf Zwangsmedikation.