



RGSP e.V. · Eichenstr. 105-109 · 42659 Solingen
Ministerium für Arbeit,
Gesundheit und Soziales
des Landes NRW
Abteilung IV
Herrn Ulrich Langenberg
Fürstenwall 25
40219 Düsseldorf

Geschäftsstelle:
Eichenstraße 105-109
42659 Solingen
Telefon (0212) 2 48 21-0 (-20)
Telefax (0212) 2 48 21-10

Mitglied im Deutschen
Paritätischen
Wohlfahrtsverband

Mitglied der
World Federation
of Mental Health

Ihr Zeichen, 4400 – IV. 479

Unser Zeichen

Solingen, den 31.01.21

Per Mail an psychiatrie@mags.nrw.de

Sehr geehrter Herr Langenberg,
Sehr geehrte Frau Ceylan,

anbei übersenden wir unsere Stellungnahme zum „**Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung des Schutzkonzeptes ärztlicher Zwangsmaßnahmen.**“

Stellungnahme Rheinische Gesellschaft für Soziale Psychiatrie e.V. (RGSP)

Die Rheinische Gesellschaft für Soziale Psychiatrie e.V. (RGSP) bezieht Stellung zur „**Erweiterung von ärztlichen Zwangsmaßnahmen in den ambulanten Bereich**“

1. zu der geplanten Änderung des § 1906a, Absatz 1, (Erweiterung von ärztlichen Zwangsmaßnahmen in einer Einrichtung)

Eine grundsätzliche Regelung, die ärztliche Zwangsmaßnahmen auch außerhalb von Krankenhäusern in sonstigen stationären Einrichtungen ermöglicht, in denen die medizinisch gebotene Versorgung einschließlich einer erforderlichen Nachsorge sichergestellt ist, lehnen wir weiterhin ab.

Wohn- und Pflegeheime stellen in erster Linie den Lebens- und Wohnbereich eines/r Bewohner*in dar. Daher ergibt sich bereits an dieser Stelle eine Unschärfe in der Gesetzesbegründung. Aus gutem Grund wurde die eigene Wohnung ebenso wie ambulante Arztpraxen von den sonstigen stationären Einrichtungen ausgenommen. Auf den Begriff Heim trifft zwar zu, dass es sich hier um eine stationäre Einrichtung handelt. Da Heime aber keine originären Orte medizinischer Behandlung darstellen, können sie weder eine medizinisch optimale Versorgung noch eine entsprechende Nachsorge leisten. Schon gar nicht können sie eine solche verantworten. Heime sind unserer Auffassung nach, wie oben

angeführt, in erster Linie Wohn- und Lebensräume. In der behinderten- bzw. altersgerechten Ausgestaltung dieser Räume liegt ihre Aufgabe und ihre Verantwortung.

Wir sehen es von daher nicht als gegeben, dass „durch die Zulassung der ärztlichen Zwangsmaßnahme auch in einer sonstigen stationären Einrichtung den an der ärztlichen Zwangsmaßnahme Beteiligten die im Einzelfall erforderliche Flexibilität eröffnet wird, denjenigen Behandlungsort auswählen, der die gebotene medizinische Versorgung einschließlich Vor- und Nachbetreuung am besten gewährleistet und mit den geringsten Belastungen für den Betreuten einhergeht.“

Auch gehen wir nicht davon aus, „dass ärztliche Zwangsmaßnahmen außerhalb medizinisch hinreichend ausgestatteter Einrichtungen in jedem Fall untersagt bleiben,“ da die Zustände in Heimen nach wie vor häufig Anlass zu berechtigten Bedenken in Bezug auf die Qualität der Versorgung ihrer Bewohner*innen geben. Die aus der Begründung des Gesetzes abzuleitenden Anforderungen, die an eine „sonstige stationäre Einrichtung“ zu knüpfen sind, erscheinen uns darüber hinaus als nicht spezifisch und belastbar genug, um den Tatbestand einer Zwangsbehandlung in derartigen Einrichtungen zu rechtfertigen. Hier müsste zunächst eine detaillierte Beschreibung in Form von überprüfbaren Qualitätskriterien und Qualitätsstandards erfolgen. In der Folge ist der Begriff der „Sonstigen Einrichtung“ hinreichend präzise zu definieren.

Uns erscheint das zugrundeliegende Problem, das sich aus dem Verfahren des Bundesverfassungsgerichts (1 BvR 1575/18) ableitet und welches auch wir durchaus erkennen, darüber hinaus als typisch für eine besondere Gruppe von Menschen. Und zwar für die Gruppe derjenigen Menschen, die an einer schweren Demenz leiden und in einem Heim leben. Da diese zum Diagnosespektrum der psychischen Erkrankungen zählt, erscheint es uns aber so, als wolle man gesetzliche Regelungen zur Zwangsbehandlung speziell für demente Patienten festlegen, die in Folge aber auch für alle Menschen, und damit auch für die gesamte Gruppe der psychisch erkrankten Menschen Gültigkeit besitzen.

Nicht umsonst hat der Gesetzgeber gerade mit Blick auf den Umgang mit psychisch kranken Menschen und die Zustände in der Psychiatrie die gesetzlichen Vorschriften in den vergangenen Jahren verschärft. Eine stärkere Beachtung des Selbstbestimmungs-rechts der Patienten stand bei diesen Vorschriften im Fokus.

Die Schutzpflicht des Staates muss daher immer in Relation zum Selbstbestimmungs-recht austariert werden, genau wie das Recht zur Gleichbehandlung. Wir befürchten mit der im Entwurf geplanten Änderung des § 1906a, Abs. 1 einen Dammbbruch, der sich nachteilig für die große Gruppe der psychisch erkrankten Menschen auswirken wird.

Wir schlagen stattdessen vor, darüber nachzudenken, wie eine Lösung für die Personengruppe der schwer dementen Menschen aussehen könnte. Die Behandlungsverantwortung im Fall von Zwangsmaßnahmen zur Behandlung muss auch weiterhin ausschließlich beim Krankenhaus liegen. Mit dem Behandlungsansatz der Stations-äquivalenten Behandlung, kurz: Stäb, wurde vor einigen Jahren ein Instrument in das SGB V implementiert, das auch für derartige Probleme zur Verfügung stehen könnte.

Wenn, wie oben beschrieben, in besonders dafür qualifizierten Wohn- oder Pflegeheimen eine ambulante Behandlung gegen den natürlichen Willen von Bewohner*innen erfolgen soll, muss dies in absoluten Ausnahmefällen durch ein ambulantes Behandlungsteam im Rahmen von Stäb erfolgen. Hierdurch können sowohl die im Gesetzesentwurf dargestellten Anforderungen bzgl. der medizinischen Versorgung als auch der Nachsorge sichergestellt werden. Die Verantwortung für die Zwangsbehandlung bleibt somit beim Krankenhaus.

Ein letzter Aspekt sollte unserer Meinung nach ebenfalls nicht unkommentiert bleiben. Gemäß der Evaluierungsklausel in Art. 7 des Gesetzes zur Änderung der materiellen Zulässigkeitsvoraussetzungen von ärztlichen Zwangsmaßnahmen und zur Stärkung des Selbstbestimmungsrechts von Betreuten sollte das Gesetz drei Jahre nach Inkrafttreten am 22.07.2017 überprüft werden. Eine Evaluierung liegt aber bis heute nicht vor. Von daher gibt es aktuell keine verlässlichen Daten, auf die sich eine Gesetzesänderung stützen könnte. Die Ergebnisse dieser gesetzlich verankerten Evaluation müssen in ein derart angestrebtes Gesetzgebungsverfahren unbedingt einbezogen werden.

Auch wenn nach der ersten Anhörung die verdeckte Medikamentengabe nicht mehr zur Debatte steht, so ist die Medikamenteneinnahme/-gabe häufig der Anlass für eine Zwangsmaßnahme, da Patienten eine medikamentöse Behandlung häufig als Bedrohung erleben.

In Anknüpfung an die Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Gerontopsychiatrie und -psychotherapie e.V. (DGGPP) möchten wir weiterhin auf die Risiken von längerfristigen Gaben von Neuroleptika bei Menschen mit Demenz hinweisen, die u. a. zu einer erhöhten Mortalität führen können. Außerdem konstatiert die DGGPP, „dass der Einsatz von Neuroleptika bei Menschen mit Demenz in Deutschland sehr hoch ist.“¹

Die Ausführungen der DGGPP verdeutlichen einmal mehr, dass Heime, unabhängig davon, ob eine verdeckte Medikamentengabe im Einzelfall die bessere Behandlungsmethode ist, im Regelfall nicht der Ort sein können, an dem eine solche Behandlung durchgeführt und überwacht werden kann. Die von der DGGPP dafür als notwendig erachteten Standards bzgl. der Qualifikation des Personals und der anzuwendenden Prozesse sind in den meisten Einrichtungen nicht gegeben (s.a. SZ vom 22./23.1.2022 S.11-13 „Pflegebedürftig“)

Die Gefahr eines Missbrauchs von Medikamentengaben unter Zwang gerade in Einrichtungen, in denen Menschen über sehr lange Zeiträume leben, ist nicht zu unterschätzen. Von daher lehnen wir eine derartige Maßnahme grundsätzlich ab.

2. Zwischenfazit

Die dem Vorhaben zugrundeliegende Regelungslücke bzgl. der Schutzpflicht des Staates kann mit den vorgeschlagenen Änderungen nicht geschlossen werden. Es besteht vielmehr eine nicht unerhebliche Gefahr, dass hierdurch andere Lücken bzgl. der Selbstbestimmung und des Rechtes auf Krankheit wiedereröffnet werden, die in den zurückliegenden Jahren, dazu geführt haben, dass Krankheit und Behinderung im Sinne der UN-BRK erfolgreich in einen gesellschaftlichen Kontext gesetzt werden konnten. Dies gilt es zu bewahren.

Eine Regelungslücke im Spannungsfeld zwischen „Freiheit zur Krankheit“ und „staatlichen Schutzpflichten“ wird es unserer Ansicht nach immer geben, denn dies gehört zum Wesen einer freien demokratischen Gesellschaft. Hierbei können nur einzelfallbezogene enge Regelungen helfen.

Die Argumentation in der Begründung des Gesetzesvorhabens, wonach bei der bisherigen Regelung zur Zwangsbehandlung lediglich im Rahmen einer Akutphase eine u. U. gewaltsame kurzfristige Durchsetzung einer Medikamentengabe bei psychischen Erkrankungen vor Augen stand, nicht aber eine dauerhafte, u. U. somatische Behandlung von psychisch Kranken, können wir so nicht teilen. Es kann nicht Sinn und Zweck von Zwangsmaßnahmen sein, dauerhafte Therapie- oder

¹ Siehe hierzu: Stellungnahme der DGGPP vom 30.04.2019 zur Verfassungsbeschwerde AZ 1 BVR 1575/18, Seiten 2 und 3

Behandlungserfolge zu sichern. Hierfür sollten anderen Methoden der Behandlung zur Verfügung stehen.

Auch die von einigen Seiten vorgetragene medizinethischen Bedenken, die durch eine Nicht-Behandlung von Patienten mit schwerer Demenz entstehen können, sehen wir sehr wohl. Aber auch diese sind im Gesamtkontext ethisch zu bewerten (z. Bsp. in ethischen Fallkonferenzen), wenn eine wesentlich größere Gruppe von Personen durch die geplanten Änderungen in negativer Form von ärztlichen Zwangsmaßnahmen bedroht und betroffen ist.

3. Zu der geplanten Änderung des § 1901a, Absatz 1 (Behandlungsvereinbarungen)

Die Stärkung des Instruments der Behandlungsvereinbarung ist zu begrüßen. Allerdings sehen wir in einer Behandlungsvereinbarung lediglich eine gesonderte Form der Patientenverfügung. Diese sollte ebenfalls gestärkt werden.

Der in der Gesetzesbegründung aufgeführten Argumentation können wir uns in großen Teilen nicht anschließen. Zunächst steckt in der Gegenüberstellung von Behandlungsvereinbarungen und Patientenverfügungen sowie eine Ablehnung letzterer eine unzeitgemäße Haltung, die dem Geist der Behindertenrechtskonvention zugegen läuft und insgesamt mehrere diskriminierende Aspekte gegenüber Menschen mit psychischen Behinderungen und Erkrankungen enthält.

Der Personenkreis dieser Menschen ist in der Regel sehr wohl in der Lage, einen freien Willen zu bekunden und diesen in Form einer Patientenverfügung zu dokumentieren. Lediglich in akuten Krisensituationen ist dies als äußerst fraglich zu bewerten. Die Argumentationslinie in der Gesetzesbegründung geht aber davon aus, dass bei Menschen mit psychischen Erkrankungen die freie Willensbildung generell eingeschränkt und somit zu hinterfragen ist.

Des Weiteren ist die Annahme, Ärzt*innen wären beim gemeinsamen Verfassen von Behandlungsvereinbarungen stets und gleichzeitig in der Lage zu beurteilen, ob die betreffende Person aktuell in der Lage ist, einen freien Willen zu äußern, sehr optimistisch eingeschätzt. Eine derartig enge Orientierung am ärztlich/medizinischen System entspricht aktuell nicht mehr dem Verständnis und dem Wesen einer psychischen Erkrankung und wird ihrer Komplexität in keiner Weise gerecht.

In Anbetracht der UN-BRK und nachfolgender Gesetze sollte auf eine derartig abwertende Begründung verzichtet und stattdessen darüber nachgedacht und initiiert werden, wie dem Instrument der Patientenverfügung im psychiatrischen Alltag zu einer größeren Bedeutung und einer verbesserten Durchsetzbarkeit verholfen werden kann.

Beide Instrumente sind nicht neu und in Fachkreisen wird die Behandlungsvereinbarung mit hoher Wertschätzung versehen. Daher ist zu fragen, wieso diese Instrumente nicht weiterverbreitet sind. Die Ursachen hierfür liegen nach unserer Einschätzung eindeutig nicht auf Seiten der Patienten, sondern sind bei den behandelnden und versorgenden Systemen zu suchen.

Insbesondere im vorliegenden und in ähnlichen Fällen, bei denen sich eine psychische Erkrankung bereits lange im Vorfeld andeutet, kann im Rahmen von präventiver Beratung mit Hilfe von Patientenverfügungen und Behandlungsvereinbarungen der freie Wille von Patient*innen unter Einbezug der Angehörigen und des sozialen Umfelds im Vorfeld einer schweren Erkrankung erkundet und dokumentiert werden. Diese können auch Vorkehrungen zur Verabreichung von Medikamenten gegen einen später geäußerten

natürlichen Willen enthalten, im besten Fall auch für die Möglichkeit von notwendigen verdeckten Medikamentengaben. Für die spätere Behandlung können sich hieraus eindeutige Vorgehensweisen und eine Orientierung am mutmaßlichen Willen ergeben, die eine ärztliche Zwangsmaßnahme in den meisten Fällen überflüssig machen können.

In Verbindung mit einer Aufklärungspflicht zu Beginn einer Demenzerkrankung bezüglich einer Behandlungsvereinbarung oder Patientenverfügung, die schriftlich zu dokumentieren wäre, kann somit nachvollziehbar sichergestellt werden, dass Patient*innen über mögliche zukünftige Situationen und Möglichkeiten der Vorkehrungen aufgeklärt wurden.

Mit freundlichen Grüßen

Gez.

Dieter Schax
Vorstand Reha-Verein MG
Vorstand RGSP

Dr. med. Wassili Hinüber
Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie
Vorstand RGSP

Stefan Corda-Zitzen
Geschäftsführer PHG Viersen
Vorsitzender RGSP