

AKTION PSYCHISCH KRANKE · Oppelner Straße 130 · 53119 Bonn

Vorsitzender des Ersten Senats des  
Bundesverfassungsgerichts  
Herrn Professor Dr. Harbarth  
Schlossbezirk 3  
76131 Karlsruhe

Oppelner Straße 130  
53119 Bonn  
Telefon 0228 676740  
Telefax 0228 676742  
E-Mail: [apk-bonn@netcologne.de](mailto:apk-bonn@netcologne.de)  
Internet: [www.apk-ev.de](http://www.apk-ev.de)

24.06.2024

**Stellungnahme der APK zum Vorlagebeschluss des Bundesgerichtshofs zur ärztlichen Zwangsmaßnahme vom 8. November 2023 - XII ZB 459/22 (AZ 1 BvL 1/24)**

Sehr geehrter Herr Professor Harbarth,

die Aktion Psychisch Kranke e.V. (APK) nimmt als ein vom Bundesministerium für Gesundheit institutionell geförderter Fachverband mit öffentlichen Tagungen, zahlreichen Publikationen und psychiatriepolitischen Stellungnahmen sowie als Träger versorgungspolitisch relevanter Projekte wesentlichen Einfluss auf die Verbesserung der Versorgung psychisch erkrankter Menschen. Dabei liegt ein besonderer Fokus auf der Unterstützung von Menschen mit schwereren psychischen Erkrankungen.

Entsprechend und ihrem satzungsgemäßen Auftrag gemäß äußert sich die APK zum Vorlagebeschluss des BGH und der Befassung durch das Bundesverfassungsgericht.

**Ausgangssituation**

Aktuell liegt dem Bundesverfassungsgericht (BVerfG) ein Beschluss des Bundesgerichtshofs (BGH) vor, in dem eine Entscheidung des BVerfG zu der Frage eingeholt wird, ob es die Rechte einer 1963 geborenen Betroffenen verletze, dass die ärztliche Zwangsmaßnahme ausschließlich in einem Krankenhaus durchgeführt werden kann, wenn sie auch in einer Wohneinrichtung der Eingliederungshilfe im Rahmen einer stationsäquivalenten Behandlung möglich wäre (BGH-Beschluss vom 08.11.2023 XII ZB 459/22, verl. R & P (2023) 42:40-60).

Im Fall der Person, die den Anlass zu dem Vorlagebeschluss gegeben hat, gibt es nur wenige Informationen über deren persönlichen Umstände. Die Hintergründe für die aktuell erforderliche Zwangsbehandlung werden ebenso wenig ausgeleuchtet, wie die für die früheren, die es offenbar gegeben hatte; die Diagnose (paranoide Schizophrenie sowie schizophreses Residuum) allein

Vorstand:  
Dr. Kirsten Kappert-Gonther, MdB, Vorsitzende, Bremen  
Prof. Dr. Peter Brieger, stellv. Vorsitzender, München  
Matthias Rosemann, stellv. Vorsitzender, Berlin  
Prof. Dr. Katarina Stengler, Schatzmeisterin, Leipzig  
Prof. Dr. Caspar Kulenkampff, Ehrenvorsitzender, Köln †

Dr. Dieter Grupp, Bad Schussenried  
Dirk Heidenblut, MdB, Essen  
Prof. Dr. Michael Kölch, Rostock  
Kristine Lütke, MdB, Lauf  
Dr. Elke Prestin, Bielefeld  
Prof. Dr. Dr. Michael Rapp, Potsdam

Prof. Dr. Ingmar Steinhart, Dortmund/Greifswald  
Diana Stöcker, MdB, Lörrach  
Kathrin Vogler, MdB, Emsdetten  
Gudrun Weißenborn, Berlin  
Celia Wenk-Wolff, München  
Dr. Dyrk Zedlick, Leipzig

kann dazu keine Anhaltspunkte liefern. Es ist unklar, ob dies die Gerichte in den vorinstanzlichen Entscheidungen ausgelotet haben oder nicht. Es ist auch nicht dargestellt, welche Alternativen geprüft und – hoffentlich – erprobt wurden. Es wird nicht deutlich, welche Konsequenzen das Unterbleiben der ärztlichen Zwangsmaßnahme hätte. Sehr auffallend ist jedoch, dass die Freiheitsentziehung seit 2008 offenbar ununterbrochen andauert, was nur bei einer sehr anhaltenden und offenbar sich auch durch Behandlung nicht verbessernden Selbstgefährdung möglich ist. Ob dies unter dem Gesichtspunkt der Ultima Ratio einer ernsthaften Nachprüfung und der Suche nach mildernden Mitteln standhalten kann, muss hier dahingestellt bleiben. Die Frage darf vor diesem Hintergrund aber gestattet sein, ob der Rechtsschutz im Bürgerlichen Gesetzbuch (BGB) und im Gesetz über das Verfahren in Familiensachen und in den Angelegenheiten der freiwilligen Gerichtsbarkeit (FamFG) ausreichend wirksam ist.

Es ist vom BVerfG nun zu entscheiden (vorausgesetzt, die Vorlage wird zur Entscheidung angenommen), ob die Regelung des bestehenden § 1832 BGB (früher § 1906a BGB) die Rechte von Menschen verletzt, weil die ärztliche Zwangsmaßnahme nur in einem Krankenhaus möglich ist. Damit ist zugleich in weiten Kreisen der Versorgungslandschaft eine erneute Diskussion über die Frage einer Ausweitung von ärztlichen Zwangsmaßnahmen über die geltenden Regelungen des § 1832 hinaus eröffnet.

Der Gesetzgeber hatte bei der Neuregelung 2017, die zur Fassung des § 1906a BGB a.F. führte, eine Evaluierung gesetzlich vorgeschrieben. Der Abschlussbericht dazu liegt jetzt vor.<sup>1</sup> Dieser sieht keinen zwingenden gesetzgeberischen Änderungsbedarf.

Der BGH führt aus, dass das der § 1906a (a.F.) die Grundrechte von Menschen verletzen kann, da die Abwägung der Zwangsbehandlung außerhalb des Krankenhauses als milderes Mittel, wenn die erforderliche medizinische Versorgung gewährleistet sei, nicht mehr erfolgen könne, da die Durchführung der ärztlichen Zwangsmaßnahme an den Ort des Krankenhauses gebunden sei.

## Darlegung relevanter Faktoren

### 1. *Unterschiedliche Rahmenbedingungen von vollstationärer und stationsäquivalenter Krankenhausbehandlung*

Der Gesetzgeber hat seinerzeit bei der Aufnahme der Regelung des § 1906a BGB begründet, dass nur das Krankenhaus die notwendige Behandlungsqualität, einschließlich der Nachbehandlung (z. B. Nachbesprechung) bietet. Dies könne, so der BGH, auch für die stationsäquivalente Behandlung (StäB) angenommen werden.

Allerdings sind vollstationäre Behandlung und StäB nicht vollständig identisch:

- StäB beruht auf der Freiwilligkeit und dem hohen Maß an Vertrauen der Patientinnen und Patienten, einem Behandlungsteam den alltäglichen Zugang in die Privatsphäre und Intimität der eigenen Häuslichkeit zu gewähren.
- Einerseits ist StäB durch die gesetzlichen Vorgaben und die Vereinbarungen zwischen GKV-SV und DKG so ausgelegt, dass sie aus täglichen Kontakten besteht, mindestens einmal in der Woche ein Arztkontakt bestehen muss, ein multiprofessionelles Team zur Verfügung zu stehen hat und jederzeit die Möglichkeit einer Aufnahme in die vollstationäre Behandlung gegeben sein muss. Zudem ist eine Rufbereitschaft im Tagdienst werktags durch das

---

<sup>1</sup> [https://www.bmj.de/SharedDocs/Publikationen/DE/Fachpublikationen/2024\\_Forschungsbericht\\_Zwangsmassnahmen\\_BR.html?nn=144128](https://www.bmj.de/SharedDocs/Publikationen/DE/Fachpublikationen/2024_Forschungsbericht_Zwangsmassnahmen_BR.html?nn=144128) (abgerufen am 16.04.2024)

Behandlungsteam vorzusehen und eine 24/7 Sicherstellung einer ärztlichen Eingriffsmöglichkeit über 24 Stunden an 7 Tagen.

- Andererseits sind die Kontakte weitgehend geplant und verabredet, meist auch mit bestimmten Personen. Es fehlen die Kontakte und alltäglichen Begegnungen, die das Leben auf einer Krankenhausstation mit sich bringen und Teil des dortigen milieuthérapeutischen Konzeptes sind. Die Chancen, die sich aus „zufälligen“ Kontakten und eher flüchtigen und kurzen Begegnungen ergeben, können nicht genutzt werden. Denn die Zahl der Personen, denen man im Krankenhaus begegnet, sind in der Regel deutlich höher als im häuslichen Umfeld, selbst wenn dieses aus einer Einrichtung (Pflege oder Eingliederungshilfe) besteht. Und mit der Zahl der Menschen erhöht sich auch die Chance, jemandem zu begegnen, zu dem eine wirkliche auf Vertrauen gegründete Beziehung entstehen kann. Demgegenüber stehen Belastungen durch die fremde Umgebung und Vielzahl zunächst fremder Personen (Klinikpersonal und Mitpatientinnen und Mitpatienten).
- Zusätzlich zu den Zwangsmaßnahmen hat das Krankenhaus auch andere Möglichkeiten zur Verfügung, Behandlung anzubieten: nicht nur die Medikation (deren Wirkung überwacht sein soll), sondern auch nicht-pharmakologische Behandlungsangebote (Ergotherapie, Musiktherapie, künstlerische Therapien, Gesprächsangebote in Einzel- und Gruppengesprächen, Entspannungsverfahren, Psychoedukationsgruppen etc., aber auch der alltägliche Kontakt auf der Station insbesondere mit dem Pflegepersonal). Die nicht-ärztlichen Therapien können in der StäB teilweise angeboten werden (typische Gruppenbehandlungen wie Ergotherapie, Musiktherapie, künstlerische Therapien, Gesprächsgruppen etc. eher nicht), die vielen zufälligen alltäglichen Begegnungen des therapeutischen und pflegerischen Personals mit den Patientinnen und Patienten können in der StäB nicht oder nur bedingt ersetzt werden, da die Termine dort verabredet sind.

Im Detail zeigen sich somit deutliche Unterschiede zwischen vollstationärer Behandlung und StäB. Insbesondere das Faktum, dass die Gesamtkonzeption von StäB auf Freiwilligkeit und Vertrauen ausgerichtet ist, steht in deutlichem Widerspruch zu etwaigen Zwangsmaßnahmen.

## 2. *Varianz der Örtlichkeiten im Zusammenhang mit StäB*

Die Orte, an denen StäB angeboten werden kann, sind sehr unterschiedlich. Sie wird häufig in der eigentlichen Häuslichkeit der Patientinnen und Patienten durchgeführt und bedarf in diesem Fall auch einer Abstimmung auf die familiären Umstände, insbesondere wenn auch Kinder im Haushalt leben. StäB kann aber auch im Zusammenhang mit Leistungen zur Sozialen Teilhabe (Eingliederungshilfe) oder Leistungen der Pflege (im Sinne des SGB XI) erbracht werden.

- Zu den Leistungen der Sozialen Teilhabe gehören z. B. Wohngruppen und besondere Wohnformen, die in ihrer Kontaktdichte zu professionellem Personal sehr unterschiedlich sein können. Vielfach ist dies noch immer von der Einrichtung abhängig, Art und Umfang der Leistung sollten sich aus der individuellen Teilhabe- bzw. Gesamtplanung ergeben. Außerdem ist zu prüfen, ob die Leistungen in der eigenen Wohnung in Anspruch genommen werden oder ob der betreffende Mensch in einer Situation lebt, in der die fachliche Leistung der Sozialen Teilhabe mit der Überlassung einer Unterkunft verbunden ist und sich daraus die Abhängigkeit der Wohnung von der Inanspruchnahme einer fachlichen Leistung ergibt. Solche Verbindungen ergeben sich bei Anbieter-gestützten Wohnformen im Einzelwohnen, in Wohngruppen und Wohngemeinschaften und in besonderen Wohnformen (früher „Heimen“).

- Zu den Leistungen der Pflege sind vorrangig die vollstationären Pflegeeinrichtungen zu betrachten, die allerdings auch noch von Kurzzeit- und Verhinderungspflege unterschieden werden müssen.

Wichtig zu unterscheiden ist, welche Intensität an fachlicher Leistung im Einzelfall besteht. Ist rund um die Uhr eine Person erreichbar? Ist diese unmittelbar vor Ort tätig oder kann sie herbeigerufen werden? Wie oft wird ohne Veranlassung des betreffenden Menschen ein Kontakt zu ihm gesucht? Dies sind nur Beispielfragen, um zu verdeutlichen, dass die Lebenswelt außerhalb des Krankenhauses um ein Vielfaches diverser ist als die Situation auf einer Krankenhausstation, in der immer Mitarbeitende mit bestimmter fachlicher Qualifikation ansprechbar sind, wenn auch hier mit unterschiedlicher Präsenzdichte (z. B. Pflegepersonal auf einer Station, diensthabende Ärztinnen und Ärzte für eine ganze Abteilung rund um die Uhr).

### 3. *Varianz von Art und Umfang der ärztlichen Zwangsbehandlung*

Behandlungen, die als ärztliche Zwangsmaßnahmen durchgeführt werden sollen, können sehr unterschiedlicher Gestalt sein.

- Bzgl. einer Zwangsmedikation muss unterschieden werden, ob es um eine Medikation geht, die täglich oder mehrmals täglich verabreicht werden soll, oder um eine auf längere Dauer angelegte Behandlung z. B. mit Depot-Neuroleptika, die im Abstand von 2 – 4 Wochen verabreicht werden. Eine – bereits über längere Zeiträume durchgeführte – Behandlung mit Depotpräparaten erfordert eine andere Form der (stündlichen, täglichen) Überwachung, als die Gabe von lebensnotwendigen Medikamenten (z. B. Insulin).
- Die Darreichungsform einer zwangsweise verabreichten Medikation variiert von oraler Einnahme bis hin zu intramuskulärer oder – im Akutfalle – intravenöser Injektion. Art und Umfang des körperlichen Zwangs sowie die damit verbundenen Risiken für die betroffene Person unterscheiden sich entsprechend.
- Zusätzlich ist die Gefahr zu bedenken und ist es abzulehnen, dass das Spektrum der Zwangsbehandlungen über die Zwangsmedikation hinausgeht und bis zur zwangsweisen Elektrokrampftherapie reicht.

Somit wären vielfältige Detailfragen relevant, um eine sachgerechte Abwägung zwischen der Durchführung einer Zwangsbehandlung im Krankenhaus und der Durchführung im Rahmen von StäB vorzunehmen. In Kombination mit der unter Punkt 2 genannten hohen Varianz der Orte und Rahmenbedingungen von StäB wäre selbst bei einem hohen Prüfungsaufwand des Einzelfalls eine sachgerechte Abwägung nur schwer möglich.

### 4. *Bedeutung des Ortes als „Zuhause“*

Für den Anlassfall wird vom BGH ausgeführt, dass es Menschen geben kann, für die eine „Verbringung“ in ein Krankenhaus eine zusätzliche Belastung darstellt. Das deckt sich mit Beobachtungen, die auch im alltäglichen Feld zu machen sind. Insbesondere bei an Demenz erkrankten Menschen kann es sehr hilfreich sein, möglichst wenig Veränderung an dem vertrauten Ort vorzunehmen. Allerdings entsteht die deutlich größte Belastung in aller Regel durch den Umstand des Zwangs an sich.

Zudem ist zu bedenken, dass von sehr vielen Menschen der eigene Wohnort als Ort des Rückzugs und als Schutzraum wahrgenommen wird. Aus diesem Grund löst schon die Debatte über die Möglichkeit einer „ambulanten Zwangsbehandlung“ in der Selbsthilfe betroffener bzw. psychiatrierfahrener Menschen in hohem Maße Besorgnisse und Ängste aus. Die Unverletzlichkeit der

Wohnung ist ein wesentliches Grundrecht, in das nur unter ganz besonderen, gesetzlich geregelten Umständen eingegriffen werden darf. Viele Menschen, die einen Einbruch in ihre Wohnung erlebt haben, beschreiben allein das Eindringen von Fremden als Verletzung ihres intimen Lebensraumes mit teils traumatischen Folgen.

Auf institutionelle Wohnformen angewandt, stellt sich dieser Grundsatz unterschiedlich dar. Selbst in besonderen Wohnformen im Rahmen der Leistungen zur Sozialen Teilhabe (Eingliederungshilfe nach dem SGB IX) entwickeln sehr viele Menschen den Bezug zu den Räumen als ihrer eigenen Häuslichkeit. Dies wird von den Anbietern auch systematisch unterstützt, z. B. durch die Möglichkeit, eigenes Mobiliar mitzubringen. Selbst in vollstationären Pflegeeinrichtungen wird in aller Regel viel unternommen, um das Gefühl der Aneignung des Ortes als eigenes „Zuhause“ zu ermöglichen. Daher kann vielfach auch auf diese Lebensformen der Grundgedanke der eigenen Häuslichkeit übertragen werden.

Gerade Menschen mit psychischen Erkrankungen benötigen Sicherheit und Rückzugsräume. Wenn Zwang auch in private Bereiche eindringt, läuft dies den therapeutischen Bemühungen um Vertrauensaufbau und die Stärkung von Selbstwirksamkeit diametral zuwider. Der möglichen Minderung von Zusatzbelastung durch außerklinische Zwangsbehandlung für einen kleinen Teil von Betroffenen stünden somit erhebliche Risiken und erwartbare Schäden für die Mehrheit schwer psychisch erkrankter Menschen gegenüber.

#### 5. *Ausländische Erfahrungen zur Wirksamkeit von Community treatment Orders*

Zu beachten sind die ausländischen Erfahrungen und einzelne Untersuchungen zur Frage zur Wirksamkeit von „Community treatment orders“:

- o Die OCTET (Ordered Community Treatment Evaluation Trial) Studie von Tom Burns bewertet die Wirksamkeit von ambulanter Zwangsbehandlung kritisch – und dies mit höchster wissenschaftlicher methodischer Qualität. Weder verbesserten ambulante Behandlungsanordnungen in England das soziale Funktionsniveau noch reduzierten sie Symptome oder Wiederaufnahmen im Krankenhaus. (Burns et al. 2013).
- o Nach einem Cochrane-Review (Kisely et al. 2011) ist wenig Evidenz dafür zu finden, dass die ambulante Zwangsbehandlung (compulsory community treatment, community treatment orders, outpatient commitment) in einer der Hauptoutcomevariablen wirksam sei: Die ambulante Zwangsbehandlung würde demnach bei einem von sieben Patientinnen und Patienten verhindern, dass er/sie Opfer einer Straftat wird. Hinsichtlich Wiederaufnahmen im Krankenhaus, Verhaftungen und Obdachlosigkeit hingegen wäre demnach die ambulante Zwangsbehandlung wirkungslos.
- o In Neuseeland und dem australischen Bundesstaat Victoria (R & P Editorial Zinkler) wird – nach der anfänglichen Aussage es handele sich nur um eine kleine Gruppe – jeder 1.000 Bürger/in zwangsbehandelt, mit steigender Tendenz.

### **Folgerungen**

#### 1. *Ablehnung ambulanter Zwangsmaßnahmen*

Einerseits kann es Einzelfälle geben, in denen die Verbringung in ein Krankenhaus zur Durchführung der Zwangsbehandlung mit zusätzlichen Belastungen verbunden ist und die Zwangsbehandlung im häuslichen Umfeld der betroffenen Person tatsächlich das individuell und aktuell mildere Mittel wäre. Dies ist abhängig von den jeweiligen konkreten Umständen und entzieht sich jeder pauschalen oder dauerhaft gültigen Beurteilung.

Andererseits wäre die gesetzliche Erlaubnis, Zwangsbehandlungen auch außerhalb vollstationärer Krankenhausbehandlungen durchzuführen, mit den dargestellten vielfältigen Risiken verbunden:

- a) Die räumliche Privatsphäre genießt mit Recht einen hohen grundrechtlichen Schutz (Art. 13 GG). Menschen mit psychischen Erkrankungen sind oft in besonderer Weise darauf angewiesen, einen als sicher empfundenen Rückzugsort zu haben. Dies gilt nicht nur in der Privatwohnung, sondern auch in Anbieter-gestützten Wohnformen, Pflegeeinrichtungen etc. Die Durchführung von Zwangsmaßnahmen im persönlichen Wohnumfeld kann mit hoher Wahrscheinlichkeit (zusätzliche) Traumatisierungen verursachen und wäre somit als unverhältnismäßig anzusehen.
- b) Wenn die betroffene Person in Gemeinschaft mit anderen Personen lebt, dann ist durch das Eindringen von Zwang in das Wohnumfeld auch das soziale Gefüge bedroht. Die Selbstachtung und das Gefühl von Selbstwirksamkeit des betroffenen Menschen in seinem normalen Lebensumfeld können nachhaltig geschädigt werden. Dies steht der Zielsetzung ambulantaufsuchender Hilfen diametral entgegen.
- c) Zwangsbehandlungen können in ihrer Ausgestaltung individuell sehr unterschiedlich sein. Sie bedürfen immer einer adäquaten fachlich-menschlichen Begleitung und oft auch einer engmaschigen medizinischen Überwachung. Die Rahmenvorgaben der StäB sind nicht dazu geeignet, die Erfüllung dieser Anforderungen zu garantieren. Freiwilligkeit und Vertrauen sind konstitutive Grundlagen der Konzeption StäB. Diese Vertrauensbasis würde durch die Anwendung von Zwang nachhaltig gestört, in vielen Fällen sicher auch dauerhaft zerstört.

In Abwägung aller genannten Aspekte lehnt die APK jegliche Ausweitung von Zwangsmaßnahmen ab. Dies gilt neben Zwangsbehandlungen auch für freiheitsentziehende und freiheitsbeschränkende Maßnahmen. Jede Art von Zwang im Kontext Psychiatrie muss Ultima Ratio sein und auf den vollstationären Krankenhausbereich beschränkt bleiben.

## *2. Primat der Zwangsvermeidung*

Trotz geschärfter gesetzlicher Vorgaben kommt in der gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung nach wie vor zu viel Zwang zur Anwendung.

Zugleich liegen wissenschaftliche Evidenz und praktische Erfahrung zur Wirksamkeit zwangsvermeidender Maßnahmen vor. In entsprechend gestalteten Milieus und Behandlungssettings treten weniger Eskalationen auf, und alternative fachliche Interventionen ersetzen den Einsatz von Zwang.

Die APK setzt sich nachdrücklich dafür ein, konzeptionell, praktisch und politisch alle Kräfte zu bündeln, um jede Art von Zwang im Kontext Psychiatrie soweit irgend möglich verzichtbar zu machen. Als eine wesentliche Grundlage ist ein verbindliches Zwangsmonitoring auf Landes- und Bundesebene dringend geboten, bereits vorhandene diesbezügliche Ansätze sind auszubauen.

## **Zwang als Ultima Ratio**

Auch unter den oben genannten Voraussetzungen zwangsvermeidender Milieus kann es in Einzelfällen dazu kommen, dass alle mildereren Mittel ausgeschöpft sind und eine Zwangsbehandlung als Ultima Ratio auf der Grundlage der engen Vorgaben des BVerfG erforderlich ist. Der Begriff

der Ultima Ratio ist dabei ernst zu nehmen, die Ausschöpfung aller Alternativen ist sorgfältig zu prüfen und zu dokumentieren.

Ebenso sorgfältig ist sicherzustellen, dass das mildeste Mittel des Zwangs verwendet wird. Durch fachliche und menschliche Begleitung sowie durch die spätere gemeinsame Aufarbeitung der Zwanganwendung soll die Gefahr einer Traumatisierung der betroffenen Person verringert werden. Dennoch muss allen Beteiligten klar sein, dass eine solche Traumatisierung entstehen und das ohnehin krankheitsbedingte Leiden des betroffenen Menschen nochmals erschweren kann. Dies ist bei der Abwägung aller Maßnahmen von vornherein zu berücksichtigen.

### **Grundsätzliche Nachbemerkung zum Anlassfall**

Die APK hat gemeinsam mit der Bundesarbeitsgemeinschaft Gemeindepsychiatrischer Verbände, der Charité Berlin, der Universität Hamburg und dem Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf ein Projekt zur Vermeidung von Zwangsmaßnahmen im psychiatrischen Hilfesystem (ZVP) durchgeführt, das vom Bundesministerium für Gesundheit in den Jahren 2016 bis 2019 gefördert wurde.

Im Rahmen der vielen Ergebnisse des Projekts wurde deutlich, dass sehr viele Zwangsmaßnahmen nicht unerklärlich plötzlich herbeigeführt werden, sondern dass ihnen in sehr vielen Fällen eine längere Entstehungsgeschichte vorausgeht. Oft ist Zwang Ausdruck von Hilflosigkeit angesichts des Leides der Personen und ihres Umfelds. Ebenso wurde deutlich, dass sehr häufig nicht alle Möglichkeiten ausgeschöpft werden, um schon in der Entstehungsgeschichte oder im Entwicklungsverlauf der Lebenssituation der betroffenen Menschen nach alternativen, zwangsvermeidenden Lösungswegen zu suchen, insbesondere unter Einbeziehung der Expertise aus dem gesamten Hilfesystem in der Region. Da wo dies gelingt, lassen sich oft – zweifelsfrei nicht immer – Wege finden, die den Zwangseingriff entbehrlich machen oder die Eingriffslänge oder die Eingriffstiefe vermindern. Das Hilfesystem in seiner Gesamtheit über alle Sozialgesetzbücher hinweg ist aufgefordert, kooperativ an der Entwicklung von Strukturen zu arbeiten, die zwangsvermeidend wirken und diese Thematik nicht einzelnen Einrichtungen zu überlassen.

Vor diesem Hintergrund mutet es befremdend an, dass im Vorlagefall die betroffene Person seit 2008 geschlossen untergebracht und offenbar wiederholt – oder andauernd – medikamentös zwangsbehandelt wird. Hier wäre Aufklärung erforderlich, welche anderen Möglichkeiten und Maßnahmen in dieser bemerkenswert langen Zeit gesucht und erprobt wurden, um die Freiheitsentziehung und die Zwangsbehandlung zu vermeiden.

Mit freundlichen Grüßen

Dr. Kirsten Kappert-Gonther  
Vorsitzende

Prof. Dr. Peter Brieger  
stellvertr. Vorsitzender