



Bonn, den 03.03.2022

Einschätzung der Aktion Psychisch Kranke

zu dem Entwurf eines Gesetzesantrag

des Landes Nordrhein-Westfalen

zum

***Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung des Schutzkonzepts ärztlicher
Zwangsmaßnahmen***

Grundsätzliche Anmerkungen

Die Aktion Psychisch Kranke (APK) kann in Teilen die Intentionen des Gesetzentwurfes (GAE) nachvollziehen, sieht jedoch wesentliche Inhalte kritisch.

So kann die APK der Problembeschreibung folgen, dass in eng bestimmten Fällen, die mit der gesetzlichen Beschränkung des Ortes der ärztlichen Zwangsmaßnahme einhergehenden zwingenden Aufenthaltswechsel, ein psychisch und körperlich belastender Eingriff sein kann, der zu einer erheblichen Krankheitsverschlechterung führen kann. So kann bei Menschen mit Demenz ein Ortswechsel zu einer vermehrten Verwirrung (Delir) führen, die mit psychischen und körperlichen Komplikationen verbunden sind, bis hin zu einer erheblichen Krankheitsverschlechterung. Dabei ist darauf hinzuweisen, dass nur ein Teil der Menschen mit Demenz in Pflegeeinrichtungen, eine hohe Zahl aber auch in der eigenen Wohnung durch Angehörige betreut wird.

Allerdings sollte nach aktuellem Stand des Gesetzes der Wechsel in das Krankenhaus sicherstellen, dass die fachlich gebotenen und durch das BVerfG vorgegebenen Standards und Voraussetzungen für eine Zwangsbehandlung als Ultima Ratio eingehalten werden. Das beinhaltet, dass zuvor alle mildereren Mittel ausgeschöpft worden sind und ausreichend Zeit genommen worden ist, die auf Vertrauen beruhende Zustimmung der Betroffenen zu erreichen. Zudem muss der Nutzen den Schaden überwiegen und Nachbesprechung sowie Dokumentation sind geboten. Dies ist fortlaufend zu beachten.

Umso bedeutsamer ist es aus Sicht der APK, dass eine Zwangsbehandlung als Ultima Ratio nur durchgeführt werden kann, wenn eine umfassende und intensive Vor- und Nachbetreuung sichergestellt ist. Zudem muss eine entsprechende Rund-um-die-Uhr Sicherstellung der intensiven medizinischen therapeutischen und pflegerischen

Begleitung gewährleistet sein. Das hat der Gesetzgeber 2017 explizit im Gesetz begründet. Dies ist in der stationären Krankenhausbehandlung gegeben, als Besonderheit in der psychiatrischen Versorgung auch in der stationsäquivalenten Behandlung (§39 SGB V).

Es ist größte Sorge dafür zu tragen, dass diese Grundsätze eingehalten werden und darauf zu achten, dass die Vorgaben der gesetzlichen Regelungen hier eindeutig sind und kein Missbrauch möglich ist.

Auf diesem Hintergrund werden die Ausführungen im Gesetzantragsentwurf kritisch gesehen, dies auch in Einrichtungen und in Verantwortung eines Krankenhauses zu ermöglichen, ohne dies ausreichend konkret zu definieren.

Zukünftig sollen laut dem Gesetzantragsentwurf ärztliche Zwangsmaßnahmen auch ambulant in Einrichtungen z.B. in einem Pflegeheim möglich sein. Hier fehlt es an einer ausreichenden Bestimmtheit des Einrichtungsbegriffes.

Um sicherzustellen, dass der medizinische Standard gegenüber dem geltenden Recht erhalten bleibt, ist es nach dem Gesetzantragsentwurf weiterhin erforderlich, dass die Behandlung in Verantwortung eines Krankenhauses durchgeführt wird, welches gewährleistet, dass die medizinische Versorgung einschließlich der erforderlichen Nachbehandlung sichergestellt ist.

Wie angeführt hat der Gesetzgeber die Vorgabe formuliert, Intensität und Umfang der Behandlung muss dem einer stationären Krankenhausbehandlung entsprechen. Die in der Gesetzesbegründung angeführte Ausweitung insbesondere auf die Krankenhausambulanzen und Behandlungszentren kann dem nicht gerecht werden. Nur die stationsäquivalente Krankenhausbehandlung entspricht diesem Umfang.

Ärztliche Zwangsmaßnahmen außerhalb von Einrichtungen etwa im häuslichen Bereich sollen laut Gesetzantragsentwurf weiterhin untersagt bleiben, da dort in der Regel die medizinische Versorgung nicht sichergestellt sein kann. Dies ist aus Sicht der APK kritisch in Bezug auf Menschen mit einer Demenzerkrankung zu überprüfen. Bei Menschen mit Demenz besteht im häuslichen Bereich oft die Not der Angehörigen bzw. der rechtlichen Betreuerinnen oder Betreuer, dass zwar eine Zwangsbehandlung zur Abwendung der erheblichen gesundheitlichen Gefährdung notwendig erscheint, aber eine Verbringung ins Krankenhaus die Gefahr einer erheblichen Krankheitsverschlechterung beinhaltet. Hier sollte eine Lösung gefunden werden. Die stationsäquivalente psychiatrische Krankenhausbehandlung ist auf das häusliche Umfeld ausgerichtet.

Der Vorschlag zu der Änderung in Bezug auf § 1901a Absatz 1 kann nachvollzogen werden, hier wäre eine entsprechende Änderung in Absatz 4 zu überlegen.

Grundsätzlich sei abschließend angemerkt, dass oberste Zielsetzung sein sollte, Zwangsmaßnahmen und damit einhergehende Grundrechtseingriffe (körperliche Unversehrtheit, Unverletzbarkeit der Wohnung) zu vermeiden. Ärztliche

Zwangsmaßnahmen sind oft die Folge von Hilflosigkeit gegenüber menschlichen Lebenslagen und akuter Überlastung von Familien, Diensten und Einrichtungen. Nicht selten sind sie auch das Ergebnis von mangelnder Zeit, um sich den Menschen mit Erkrankungen in Ruhe zu widmen.

Erläuterungen der Bedenken und Anregungen der Aktion Psychisch Kranke im Einzelnen:

1. Die Behandlung soll laut GAE „in Verantwortung“ eines Krankenhauses möglich sein.

Hier ist der Begriff „in Verantwortung“ unscharf und wäre zu präzisieren. Die Begründung nennt Beispiele und differenziert zwischen verschiedenen Arten der Behandlung. Ein operativer Eingriff soll nur im Krankenhaus erfolgen können, während eine „Medikamentengabe, die der Behandlung einer somatischen Erkrankung dient und die der Betroffene bislang ohne nennenswerte Nebenwirkungen vertragen hat“ ggf. auch „ambulant in einem Krankenhaus“ oder „im gewohnten Umfeld des Betroffenen in Verantwortung eines Krankenhauses“ erfolgen soll.

Die Variante, dass eine Betroffene bzw. ein Betroffener ambulant „im Krankenhaus“ behandelt wird, setzt voraus, dass die bzw. der Betroffene sich in die Ambulanz des Krankenhauses begibt. Damit dürfte die Voraussetzung für eine Zwangsbehandlung entfallen sein, da es sich ja um eine freiwillige Inanspruchnahme der ambulanten Behandlung handelt. Diese würde ansonsten eine tägliche zwangsweise Zuführung in die Ambulanz des Krankenhauses zur Medikamentenvergabe beinhalten, was kaum vorstellbar ist und fachlich nicht zu verantworten wäre.

Die Zwangsbehandlung in Bezug auf Medikamentengabe im gewohnten Umfeld sollte nach Auffassung der APK nicht nur „in Verantwortung“ des Krankenhauses stattfinden. Außerhalb des Krankenhauses wäre dies nur denkbar bei einer erheblichen Gefährdung durch eine Verbringung ins Krankenhaus, insbesondere in Verbindung mit einer Demenzerkrankung und im Rahmen einer Behandlung vom Krankenhaus aus, die in Art und Umfang dem Standard einer stationären Behandlung entspricht. Diese ist seit der Einführung der stationsäquivalenten Behandlung von psychiatrischen Krankenhäusern möglich, wenngleich auch noch nicht in allen Regionen der Bundesrepublik vollzogen. Diese Form der Behandlung gewährleistet eine tatsächlich tägliche Behandlung durch ein multiprofessionelles Team unter ärztlicher Leitung und Sicherstellung einer 24 Stunden an sieben Tagen in der Woche ärztlichen Eingriffsmöglichkeit durch das Krankenhaus. Eine Behandlung durch die Institutsambulanz reicht für die im GAE zu Recht geforderte medizinische Qualität nicht aus.

Auch die Kooperation eines Krankenhauses mit niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten stellt keine Lösung dar, da mit einer solchen Kooperation umfassende haftungsrechtliche Probleme entstehen, die eine ärztliche Zwangsmaßnahme nur behindern würden. In solchen Fällen muss die Verantwortlichkeit für die Maßnahme sehr eindeutig definiert sein.

Hier sind diese Standards nicht zu gewährleisten. Eine (Zwangs)behandlung durch „Heimarzt“/Heimärztin“, allein durch die Fachärzteschaft oder eine psychiatrische Institutsambulanz kann diese Standards nicht sicherstellen.

In der Diskussion ist, dass durch eine Zwangsbehandlung vom Krankenhaus aus, als stationsäquivalente Behandlung im häuslichen Bereich, in bestimmten Fällen der Ortswechsel und damit einhergehende erhebliche gesundheitliche Belastungen vermieden werden können und zugleich die Zwangsbehandlung von Art und Umfang her wie im Krankenhaus gewährleistet werden kann. Nur in diesem eng eingegrenzten Fall - im Wesentlichen in der Folge einer Demenzerkrankung - sollte eine Öffnung in Richtung des häuslichen Umfeldes geprüft werden. Bedacht werden muss hier die Gefahr, dass durch eine solche gesetzliche Öffnung Zwangsbehandlungen Anwendung finden, ohne dass eine erhebliche Gefährdung der Gesundheit durch die Verbringung besteht. Dies auszuschließen, muss durch Begutachtung und Gerichtsentscheidung sichergestellt sein.

Die im Gesetz verankerte Evaluation des § 1906a BGB sollte genutzt werden, um hier die Entscheidungsgrundlage für eine Öffnung bei der angeführten Zielgruppe wesentlich zu verbessern.

2. *Nach dem GAE soll eine ärztliche Zwangsmaßnahme in einer Einrichtung und in Verantwortung eines Krankenhauses durchgeführt werden können.*

Hier verwendet der GAE den Begriff der „Einrichtung“ ohne ihn zu definieren. Bekannt und auch sprachlich so gefasst sind „vollstationäre Pflegeeinrichtungen“. Die Begründung erwähnt „Wohneinrichtungen“ und den „tagesklinischen Bereich“ sowie „Krankenhäuser, Alten- und Pflegeheime“, aber auch „Institutsambulanzen und Behandlungszentren für bestimmte somatische Erkrankungen“ und grenzt das von der „Wohnung der Betroffenen“ ab, auch dann, „wenn die Pflege eines pflegebedürftigen Betroffenen grundsätzlich zu Hause durch Pflegekräfte erfolgt.“

Die Begründung zeigt die Komplexität des Problems an. Es werden krankenhausspezifische Leistungen (Tageskliniken, Institutsambulanzen, u.U. Behandlungszentren für bestimmte somatische Erkrankungen) mit sozialen Einrichtungen (Altenheime) in einem Atemzug genannt.

Damit werden auch leistungsrechtliche Unschärfen aufgenommen, die auch mit einem sehr unterschiedlichen Wohnstatus und unterschiedlichen Zugangswegen verbunden sind. Damit werden eine Vielzahl von Fragen aufgeworfen, zum Beispiel:

Sollen auch teilstationäre Einrichtungen wie Tagespflegeeinrichtungen damit erfasst sein? Sind Wohngemeinschaften für Demenzzranke „Einrichtungen“? Was ist mit der Kurzzeitpflege?

In der Eingliederungshilfe wurde leistungsrechtlich der Einrichtungsbegriff vollständig aufgegeben. In der Eingliederungshilfe werden spätestens seit 2020 keine stationären „Einrichtungen“, sondern ggf. besondere Wohnformen vorgehalten. Auch hier wäre zu fragen, in welcher Lebensform „Einrichtungen“ beginnen und wo sie enden. Ist eine WG eine Einrichtung und wenn ja, ist sie das schon ab zwei Personen? Wie grenzt sich das von einem Leben in einer Partnerschaft ab? Selbst in besonderen Wohnformen ist von der eigenen Häuslichkeit der Bewohnerinnen und Bewohner auszugehen.

3. Verankerung bzw. Einfügung der Behandlungsvereinbarung in § 1901a Abs. 1

Dieser Änderung kann nachvollzogen werden.

Zugleich wäre zu überlegen, auch den Absatz 4 entsprechend zu ändern:

Absatz 4 neu

„Der Betreuer soll den Betreuten ~~in geeigneten Fällen~~ auf die Möglichkeit einer Patientenverfügung *und in geeigneten Fällen auf die Möglichkeit einer Behandlungsvereinbarung* hinweisen und ihn auf dessen Wunsch bei der Errichtung einer Patientenverfügung unterstützen.“

Begründung:

Die Regelung im § 1901a BGB hat das Ziel die Selbstbestimmung der Menschen in medizinisch-psychiatrischer Behandlung durch die Verbreitung von Patientenverfügungen und Behandlungsvereinbarungen weiter zu stärken. Dazu soll der Betreuer den Betreuten auf die Möglichkeiten einer Patientenverfügung hinweisen und ihn bei der Errichtung unterstützen.

Diese Vorgabe unterstützt die APK. Soll dies aber tatsächlich nachhaltig erreicht werden, ist erforderlich, dass die Patientenverfügung zu einem Zeitpunkt errichtet wird, zu dem der Betreute über ausreichende, ihm angemessene und für ihn verständliche Informationen und über die Zeit verfügt, sich über die eigenen Behandlungswünsche klar zu werden.

Nur wenn der Hinweis auf eine Patientenverfügung grundsätzlich ohne konkreten Anlass erfolgt, kann das Ziel der Patientenverfügung, im Zustand von Einwilligungsfähigkeit die Behandlungswünsche zu formulieren, tatsächlich erreicht werden. Außerdem ist dann auch dem Rechtspfleger die Möglichkeit gegeben, im Rahmen der Prüfung der Betreuung auch abzufragen, ob diese Hinweise in der gebotenen Weise

erfolgt sind. Die Bindung „an geeignete Fälle“ lässt zu viel Spielraum in der Interpretation. Damit gefährdet die Vorschrift das von ihr angestrebte Ziel.

In psychiatrischen Kliniken haben sich Behandlungsvereinbarungen bewährt. Der Hinweis auf diese sollte ebenfalls aufgenommen werden.

4. 4. Einfügungen in § 329 FamFG zur Ausweitung der Zeiträume der Verlängerung

Diese Änderungen werden kritisch gesehen. Mit der Zwangsbehandlung sind weitgehende Grundrechtseingriffe verbunden, die nur als Ultima Ratio und unter Einhaltung der Vorgaben des Bundesverfassungsgerichts legitimiert sind und fortlaufend in fachlich gebotenem Abstand zu überprüfen sind. Die bisherigen Regelungen werden dem gerecht und die Verlängerungszeiträume sollten im Sinne der Betroffenen und der Umsetzung der angeführten Vorgaben nicht verlängert werden.