



## Stellungnahme zum Schreiben des Bundesverfassungsgerichts vom 22.02.2024

### Vorbemerkung

Die Fragen werden nur insoweit beantwortet, als sich aus der eigenen Arbeit des Dachverbands Gemeindepsychiatrie und seiner Mitgliedsorganisationen Gesichtspunkte ergeben, die für die abgefragten Punkte relevant sind. Wir verweisen zusätzlich auf die beiliegende Stellungnahme unseres Verbands zur allgemeinen Problematik unfreiwilliger ambulanter Behandlungen sowie auf die uns vorliegende ausführliche Stellungnahme des Bundesverbandes der Angehörigen psychisch Kranker e. V.

Bedauerlicherweise wurde keiner der Selbsthilfeverbände der Psychiatrieerfahrenen (BPE, NetzG) oder der Angehörigen psychisch Kranker (BApK) zur Stellungnahme eingeladen. Sie könnten insbesondere zu den Fragenkomplexen VI, VII und VIII ihre praktischen Erfahrungen beisteuern und dadurch einen wichtigen Beitrag zur Beurteilung dieser Sachverhalte leisten. Wir regen an, sie vor Abschluss der Auswertung noch zu Stellungnahmen einzuladen.

### Zu den einzelnen Fragen

1. *Welche empirischen Erkenntnisse gibt es zu Fallzahlen, Gruppen von Betroffenen, Arten und zu Genehmigungsquoten ärztlicher Zwangsmaßnahmen gegenüber Betreuten? Es wird insbesondere um Stellungnahme gebeten*
  1. *zur bundesweiten bzw. landesweiten Anzahl der Fälle ärztlicher Zwangsmaßnahmen gegenüber Betreuten, soweit möglich unter gesonderter Ausweisung der verschiedenen betroffenen Personengruppen (z.B. psychisch Erkrankte etc.) und der verschiedenen Arten ärztlicher Zwangsmaßnahmen (z.B. Verabreichung von Medikamenten etc.);*
  2. *zur Anzahl der Fälle, in denen die Verabreichung von Medikamenten verdeckt erfolgt, insbesondere zum Vorliegen von Anhaltspunkten dafür, dass eine solche Verabreichung in erheblichem Umfang außerhalb von Krankenhäusern durchgeführt wird;*
  3. *zum Anteil derjenigen Fälle, in denen Betreuungsgerichte die Genehmigung der Einwilligung in ärztliche Zwangsmaßnahmen ablehnen.*

*Sofern keine hinreichend validen Daten bekannt sind, wird um die Angabe von Schätzwerten und deren Grundlage gebeten.*

Die Mitglieder des Dachverbands Gemeindepsychiatrie – überwiegend Leistungserbringer in den Bereichen Eingliederungshilfe, Jugendhilfe, Hilfen zur Arbeit, Ergo- und Soziotherapie sowie häusliche psychiatrische Krankenpflege – verfügen zwar über ausgedehnte praktische Erfahrungen, aber nicht über eigene Daten zur Anzahl der abgefragten Konstellationen.

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

1. *zu den verschiedenen Medikamentengruppen und deren Auswirkungen (Behandlungseffekte, Nebenwirkungen etc.);*
2. *zu den jeweils üblichen Modalitäten der zwangsweisen Verabreichung (insbesondere Art und Dauer der Verabreichung; Aufenthaltsdauer im Krankenhaus; beteiligte Personen einschließlich Funktion; Notwendigkeit begleitender weiterer Zwangsmaßnahmen; Notwendigkeit einer Vor- und/oder Nachbehandlung; Frequenz der Verabreichung);*
3. *zur Notwendigkeit aus medizinischer Sicht, die zwangsweise Verabreichung - einschließlich eventuell erforderlicher Vor- und/oder Nachbehandlung - jeweils in einem Krankenhaus (unter vollstationärer Aufnahme) durchzuführen, sowie zu der Frage, inwieweit die erforderlichen Rahmenbedingungen (z.B. sachliche Ausstattung, multiprofessionelle Behandlungsteams) jeweils auch im ambulanten Bereich (z.B. im häuslichen Bereich, in einem Pflegeheim bzw. einer vergleichbaren Einrichtung) gleichwertig gegeben sind (vgl. BTDrucks 18/11240, S. 15).*

Zu 1. Die wichtigste und zahlenmäßig größte Personengruppe, bei der es um die Thematik einer unfreiwilligen medikamentösen Behandlung geht, umfasst Menschen mit psychotischen Erkrankungen, insbesondere solche mit schweren und jahrelangen Verläufen. Antipsychotische Medikamente (Neuroleptika) eignen sich zur Eindämmung und Unterdrückung so genannter „Positivsymptome“ (Wahngedanken, Halluzinationen, Antriebssteigerung) in akuten Situationen sowie in gewissem Maße auch darüber hinaus bei Langzeitgabe. „Negativsymptome“ wie Antriebsminderung, gedrückte Grundstimmung, verminderte Teilhabe am Leben, kognitive Verlangsamung usw. werden dagegen weniger gut beeinflusst, teilweise sogar verstärkt. Betroffene erleben die Wirkung dieser Medikamente vielfach als positiv, weil sie ihnen aus akuten psychotischen Krisen heraushelfen. Andere dagegen fühlen sich durch die neuroleptische Wirkung eher kognitiv und affektiv eingeengt und möchten sie nicht einnehmen, zum Teil selbst dann nicht, wenn sie dadurch seltener oder gar nicht mehr akute Psychosen erleben würden.

Zu 2. In gemeindepsychiatrischen Diensten und Einrichtungen sehen wir Klient:innen, die teils aufgrund psychotischer Verkennungen, aber auch negativer Vorerfahrungen mit antipsychotischen Medikamenten diese ablehnen bzw. nur unter Druck zu deren Einnahme bereit sind. Professionelle Helfer:innen versuchen dann eventuell, die Einnahme der Medikamente durchzusetzen, gelegentlich auch unter Zuhilfenahme von Nötigung bis hin zur Ankündigung und Durchführung von Klinikeinweisungen. Es

establiert sich ein Circulus vitiosus aus Verweigerung und Erzwingung. Dass Betroffene verständliche, auch triftige und berechtigte Gründe für die Ablehnung von Medikamenten haben könnten, spielt in solchen festgefahrenen Konstellationen keine oder nur eine untergeordnete Rolle.

Zu 3. Nur Krankenhouseinrichtungen verfügen über alle Voraussetzungen zur Verabreichung von Medikamenten gegen den Willen des/der Betroffenen. Pflegeheime und andere Einrichtungen verfügen nicht regelhaft über die Ausstattung, um einen ausreichenden Schutz der Betroffenen gegen mögliche körperliche Nebenwirkungen zu gewährleisten und die ggf. erforderlichen Maßnahmen unmittelbaren körperlichen Zwangs sachgerecht durchzuführen.

Außerdem müssten sie diese Maßnahmen im unmittelbaren Lebensumfeld, also der eigenen Wohnung oder dem eigenen Zimmer des/der Betroffenen durchführen, womit der Schutz einer gesicherten Privatsphäre aufgehoben wäre.

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

Es kann sich um die Vergabe oraler Medikation (Tabletten, Tropfen) mit oder ohne Überwachung der Einnahme sowie um die Verabreichung so genannter Depotspritzen im regelmäßigen zwei- bis vierwöchigen Rhythmus handeln. Die Einnahme der Tabletten/Tropfen erfolgt durch den Betroffenen selbst oder wird bei Bedarf durch das Betreuungspersonal unterstützt. Depotspritzen werden durch Ärzte oder Fachpflegekräfte verabreicht.

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

Im ambulanten gemeindepsychiatrischen Kontext existieren unseres Wissens keine überregional verbindlichen Standards für diese Situationen. Inwieweit es gelingt, Klient:innen entgegen ihrem natürlichen Willen für die (mehr oder weniger) freiwillige Einnahme oraler Medikation oder für die Duldung von Depot-Injektionen zu gewinnen, hängt sehr von den Bedingungen des Einzelfalls ab. Im günstigsten Fall besteht eine Vertrauensbeziehung zu einem oder mehreren Mitgliedern des professionellen Teams, im ungünstigsten Fall tritt Nötigung und Drohung an die Stelle von Überzeugungsversuchen.

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

Aus unserer praktischen Erfahrung ist diese Frage für alle genannten Kontexte zu

bejahen. Schwere psychische Erkrankungen sind nicht selten mit Erregungs- und Spannungszuständen, mit Konflikten zu Personen der nahen Umgebung oder mit Eigen- oder Fremdgefährdung verbunden, die sowohl für die Betroffenen als auch für ihre Umgebung schwer aushaltbar sein können. Die Versuchung, diese Konstellationen durch eine – ggf. höher dosierte – Medikation zu „entschärfen“, ist für An- und Zugehörige ebenso wie für professionell Helfende groß und führt durchaus häufig zu Medikationen, die gar nicht oder nicht in dieser Dosierung medizinisch notwendig wären.

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

1. *Erfolgt die Verbringung regelmäßig gegen den natürlichen Willen der Betreuten? Wie werden Verbringungen gegen den natürlichen Willen der Betreuten üblicherweise konkret durchgeführt?*
2. *Welche konkreten Auswirkungen haben Verbringung und Krankenhausaufenthalt üblicherweise auf Betreute? Wie häufig treten diese auf?*
3. *Gibt es Anhaltspunkte dafür, dass die zwangsweise Verabreichung von Medikamenten in erheblichem Umfang deshalb unterbleibt, weil die durch eine (zwangsweise) Verbringung in ein Krankenhaus zu erwartenden Beeinträchtigungen der Patientinnen und Patienten aus medizinischer Sicht zu erheblich sind?*

Zu 1. Wie oben (II.2, IV) bereits beschrieben, werden viele Situationen unterhalb der Schwelle der offenen Konfrontation mit unmittelbarem Zwang „gelöst“ auf der Skala von Überzeugung über Überredung bis zu Nötigung der Betroffenen. Dann ist es für die Betroffenen schwer, ihren durchaus noch bestehenden natürlichen Willen aufrechtzuerhalten und zu artikulieren.

Zu 2. Die Erfahrung unfreiwilliger Verbringung in eine Klinik – ebenso wie die Erfahrung der unter 1. geschilderten Situationen – führt meist dazu, die Psychiatrie als einen übermächtigen und gegen die eigenen Bedürfnisse gerichteten „Apparat“ zu erleben. Jede neue Erfahrung in die gleiche Richtung trägt zu einer Verfestigung dieses Erlebens bei.

Zu 3. Soweit die Verabreichung von Medikamenten von den Entscheidungsträgern für zwingend erforderlich gehalten wird, dürfte sie eher selten wegen der Notwendigkeit der Verbringung ins Krankenhaus unterbleiben. Andererseits stellt die Notwendigkeit der Krankenhausseinweisung doch eine gewisse Hürde dar, die dazu beiträgt, die Erforderlichkeit der Medikation zu prüfen.

*VII. Inwieweit ist die ambulante Durchführung ärztlicher Zwangsmaßnahmen aus fachwissenschaftlicher Sicht mit den Grundsätzen moderner Psychiatrie vereinbar (vgl. BTDrucks 18/11240, S. 15; 18/11617, S. 6)? Wie erheblich beeinträchtigen sie das Vertrauensverhältnis zu den im ambulanten Bereich eingesetzten Hilfspersonen bzw. das Wohnumfeld und das persönliche Umfeld? Wäre, insbesondere in einem Pflegeheim oder*

*einer vergleichbaren Einrichtung, vor Durchführung der ärztlichen Zwangsmaßnahme eine (zwangsweise) Verbringung in einen besonderen Bereich der Einrichtung erforderlich? Wie ist es konkret in Bezug auf die zwangsweise Verabreichung von Psychopharmaka an psychisch erkrankte Patientinnen und Patienten?*

Aus unserer Sicht widerspricht die ambulante Durchführung ärztlicher Zwangsmaßnahmen eklatant den Grundsätzen moderner Psychiatrie. Die Psychiatrie als Wissenschaft und praktische Heilkunde verfügt über eine Fülle von Möglichkeiten, ihre Patient:innen bedürfnis- und bedarfsgerecht zu behandeln, zu rehabilitieren und im praktischen Leben zu unterstützen. Diese Möglichkeiten sind in Deutschland nicht vollständig umgesetzt, beispielsweise fehlen regionale ambulante Verbundstrukturen, medizinische Rehabilitation, Zugänglichkeit zu ambulanter Psycho- und Soziotherapie sowie eine durchgängige Orientierung aller Angebote an den Konzepten von Recovery und Empowerment.

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

Wie bereits ausgeführt, beeinträchtigen (wiederholte) Zwangsmaßnahmen das Vertrauensverhältnis zu den daran beteiligten Personen erheblich, zum Teil unwiederbringlich. Die Verlegung von Zwangsmaßnahmen in den unmittelbaren privaten Lebensbereich der Betroffenen würde ihnen den nicht nur räumlichen, sondern vor allem sozialen Schutz einer gesicherten Umgebung nehmen.

Zwar dürfte dies grundsätzlich für alle Personengruppen gelten. Personen mit einer psychotischen Erkrankung haben das zusätzliche Handicap, dass diese Erkrankung häufig mit einem Verlust des selbstverständlichen Vertrauens in die Wahrnehmung der eigenen Person und der Umgebung verbunden ist. Es fällt Betroffenen nach akuten Episoden oft schwer, diese Selbstverständlichkeit zurückzugewinnen. Der Verlust eines gesicherten räumlichen und sozialen Nahbereichs wiegt darum besonders schwer.

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

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

Voraussetzungen ärztlicher Zwangsmaßnahmen sowie von weniger engriffsintensiven Alternativen (vgl. BTDrucks 18/11240, S. 15; 18/11617, S. 5 f.)?

Die Fragen sind klar zu bejahen. Auch unter der derzeitigen Rechtslage werden die gesetzlichen Regelungen des Betreuungsrechts – ebenso wie jene der Psychisch-Kranken-Gesetze der Länder – teilweise überdehnt im Sinne einer unkritischen Anwendung. Zwangsmaßnahmen werden nicht immer mit der rechtlich und fachlich gebotenen Sorgfalt durchgeführt. Wir verweisen dazu auch auf den „Schlussbericht zum Forschungsvorhaben zur Evaluierung des Gesetzes zur Änderung der materiellen Zulässigkeitsvoraussetzungen von ärztlichen Zwangsmaßnahmen und zur Stärkung des Selbstbestimmungsrechts von Betreuten vom 17. Juli 2017“ ([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)) und unsere beiliegende Stellungnahme zu unfreiwilligen ambulanten Behandlungen. Eine Ausweitung dieser Praxis wäre mit hoher Wahrscheinlichkeit zu erwarten.

Auch den zweiten Teil von Punkt 1 würden wir aus unserer praktischen Erfahrung bejahen. Die Prozedur einer – womöglich unfreiwilligen – Krankenhouseinweisung ist eine notwendige Hürde, die dazu beiträgt, Zwangsmaßnahmen auf das erforderliche bzw. für erforderlich gehaltene Maß zu begrenzen.

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

So genannte „community treatment orders“, die mit der Androhung von Zwang verbunden sind, existieren nach unserer Kenntnis in etlichen europäischen Ländern, haben allerdings ihren Nutzen nicht evidenzbasiert nachweisen können. Darüber hinaus liegen uns keine eigenen Erkenntnisse vor.

Köln, den 17.04.2024

Für den Vorstand:

Nils Greve  
Vorsitzender