

STELLUNGNAHME

DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR SOZIALE PSYCHIATRIE E.V. (DGSP)

Antwort der Deutschen Gesellschaft für Soziale Psychiatrie e.V. (DGSP) auf den Fragenkatalog des Bundesverfassungsgerichts an die Verbände im Verfahren 1 BvL 1/24

Die Fragen des Bundesverfassungsgerichts sind in kursiver Schrift gekennzeichnet.

Die Aussagen der DGSP sind in fetter Schrift markiert.

- I. 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.);*
 - **Viele Aussagen dazu finden sich im Abschlussbericht des Projektes „Zwangsmaßnahmen im Psychiatrischen Hilfesystem: Erfassung und Reduktion (ZIPHER)“**
<https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/publikationen/details/zipher-zwangsmassnahmen-im-psychiatrischen-hilfesystem-erfassung-und-reduktion>
 - **Eine Kernforderung der DGSP ist die jährliche, systematische Berichterstattung über die Situation in der Psychiatrie in Deutschland. Ziel dabei ist es, zu einer klaren Sicht auf die Problemlagen zu gelangen und umfassende Reformen einzuleiten. Politische Entscheidungsträger:innen können aufbauend auf die Berichte gemeinsam mit Betroffenen, Angehörigen und professionellen Unterstützer:innen kompetente Lösungen für das gesellschaftliche Phänomen „psychische Erkrankung“ finden. Eine gewaltfreie Psychiatrie muss das Ziel des Handelns sein.**

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.*
- **Diese Fragen müssten im behördlichen Auftrag und nicht von den Verbänden der Zivilgesellschaft beantwortet werden**

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

- 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).*

- Frage II, 1.-3. beantwortet die DGSP folgendermaßen:

In den meisten Fällen geht es bei dem Wunsch nach Einführung der ambulanten Behandlungsweisung oder ambulanten Zwangsbehandlung um die Eröffnung der Möglichkeit einer zwangsweisen langfristigen medikamentösen Behandlung. Doch wenn man Langzeitstudien zur Rezidivprophylaxe der Psychosen durch Antipsychotika betrachtet, erkennt man, dass es kaum Studien mit Beobachtungszeiträumen über zwei Jahre und darüber hinaus gibt. Die Studien bewerten dabei außerdem vor allem die reine Symptom-Ebene und kaum Elemente wie Lebensqualität, Arbeit, Autonomie und soziale Funktionen. Um bei psychischen Erkrankungen einen Rückfall zu vermeiden, ist eine Psychotherapie erfolgversprechender. So sind bei Psychosen unter Dosisreduktion oder sogar Absetzen „bessere soziale Ergebnisse und mehr funktionelle Recovery zu erreichen“ als unter einer medikamentösen Therapie. Bei einer psychotischen Erkrankung ist eine Niedrigdosistherapie oder ein begleitetes Absetzen erst die Voraussetzung für gute psychosoziale Behandlungsverfahren und teambasierte Unterstützung zuhause. (Weinmann 2023)¹

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

- Sie werden von den Patient:innen in der Regel oral eingenommen.

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

Antwort von Dr. Heinz Kammeier, Mitglied der DGSP:

Nach § 1906a Abs. 1 Nr. 4 BGB a.F. (jetzt § 1832 Abs. 1 Nr. 4 BGB) kann der Betreuer in eine ärztliche Zwangsmaßnahme nur einwilligen, wenn "zuvor ernsthaft, mit dem nötigen Zeitaufwand und ohne Ausübung unzulässigen Drucks versucht wurde, den Betreuten von der Notwendigkeit der ärztlichen Zwangsmaßnahme zu überzeugen".

¹ Weinmann, Stefan: Sollte wir bei der Mehrzahl der Menschen mit einer psychotischen Erkrankung eine langfristige antipsychotische Rezidivprophylaxe anstreben? Kontra. In: Psychiatrische Praxis 2023; 50: 180-181.

Allerdings war im Beschluss des BVerfG v. 23.03.2011 (E 128, 282 Rz 58²), worauf diese Formulierung zurückzuführen ist, die Rede davon, der Betroffene solle mit dem Überzeugungsversuch dazu bewogen werden, zuzustimmen. Unklar blieb schon bei dieser Formulierung des BVerfG, ob diese "Zustimmung" sich grundsätzlich auf die indizierte Behandlung oder speziell auf deren zwangsweise Durchführung beziehen sollte. Und nach der Normierung dieser Forderung des BVerfG im jetzigen § 1832 Abs. 1 Nr. 4 BGB bleibt erst recht offen, welche rechtliche Position des Betreuten dann gegeben und folglich zu beachten ist, wenn er nach insoweit erfolgreichem Überzeugungsversuch einer Behandlung oder gar deren zwangsweiser Vornahme "zustimmt".

Ist der hier normativ verwendete Begriff der Zustimmung rechtlich identisch mit einer Einwilligung? Und gilt der Betreute dann nach seiner Zustimmung als voll einsichts- und somit als einwilligungsfähig?

Die daraufhin nicht nur mögliche, sondern rechtlich als konsequent zu bewertende Folge wäre, dass er auf Grund der ihm damit zugesprochenen Einwilligungsfähigkeit über seine Behandlung auch (wieder) selbstbestimmt entscheiden und diese ggf. auch ablehnen könnte. Und somit – trotz ursprünglich vorgesehener und notwendiger Betreuererwilligung, die dann ohnehin auf Grund der nun gegebenen bzw. zu akzeptierenden Einwilligungsfähigkeit des Betreuten nicht in Betracht käme – eine Zwangsbehandlung unzulässig wäre. Denn, so das BVerfG (aaO., Rz 55), "[a]uf eine eingriffslegitimierende Unfähigkeit zu freier Selbstbestimmung darf [...] nicht schon daraus geschlossen werden, dass der Betroffene eine aus ärztlicher Sicht erforderliche Behandlung [...] nicht dulden will." Deshalb ist aus der gemäß § 1832 Abs. 1 Nr. 4 BGB nach erfolgreichem Überzeugungsversuch hervorgegangenen "Zustimmung" der Erstrecht-Schluss zu ziehen, wonach diese Zustimmung des Betreuten rechtlich als seine selbstbestimmte Einwilligung iSd § 630d Abs. 1 S. 1 BGB für eine Behandlung zu werten ist.

Oder soll der geforderte Überzeugungsversuch lediglich dazu dienen, dass der Betreute seinen möglichen körperlichen Widerstand gegen die vorgesehene Zwangsmaßnahme mit seiner dann "sogenannten" Zustimmungserklärung minimiert oder ganz aufgibt?

² BVerfGE 128, 282: [58] Zweitens muss der Zwangsbehandlung, soweit der Betroffene gesprächsfähig ist, der ernsthafte, mit dem nötigen Zeitaufwand und ohne Ausübung unzulässigen Drucks (s. B.I.2.) unternommene Versuch vorausgegangen sein, seine auf Vertrauen gegründete Zustimmung zu erreichen (vgl. OLG Celle, a.a.O., S. 231; Wagner, in: Kammeier, a.a.O., Rz. D 147; Volckart/Grünebaum, a.a.O., Rz. 373; Hartmann, Umfang und Grenzen ärztlicher Zwangsbehandlung im psychiatrischen Maßregelvollzug, 1997, S. 174). Dies gilt, da der grundrechtseingreifende Charakter der Zwangsbehandlung nicht von der Einsichts- und Einwilligungsfähigkeit des Unterbrachten abhängt (s.o. B.I.2.), unabhängig davon, ob der Unterbrachte einwilligungsfähig ist oder nicht. [Hervorhebungen nicht im Original]

Aber was wäre dann die in der Entscheidung des BVerfG (E 128, 282 Rz 58) als Ziel des Überzeugungsversuchs genannte "Zustimmung" rechtlich noch wert? Hierzu hatte das BVerfG (aaO., Rz 41) bereits vorher eindeutig Stellung bezogen: "Die Eingriffsqualität entfällt auch nicht bereits dann, wenn der Betroffene der abgelehnten Behandlung keinen physischen Widerstand entgegensetzt. Das bloße Aufgeben einer bestimmten Form des Protests kann nicht ohne Weiteres als Zustimmung gedeutet werden." Nach dieser Ansicht könnte oder dürfte die "Zustimmung" des Betreuten doch nur als rechtlich unbeachtlicher natürlicher Wille gewertet werden. Eine solche Wertung der "Zustimmung" ließe die dann erforderliche Einwilligung des Betreuers und die gerichtliche Genehmigung der Zwangsbehandlung bei kumulativem Vorliegen auch der anderen sechs im Gesetz genannten Voraussetzungen nicht obsolet werden.

Auch wenn der folgende Vergleich etwas weit hergeholt erscheinen mag: Der vom BVerfG und vom Gesetzgeber geforderte "Überzeugungsversuch" mit dem Ziel, den Betroffenen von der Notwendigkeit der vorgesehenen Zwangsmaßnahme zu "überzeugen" und der indizierten Behandlung "zuzustimmen", gleich strukturell der Territion im Kontext einer "peinlichen Befragung". Durch das Zeigen der Folterinstrumente sollte seinerzeit die befragte Person (Hexe, Häretiker oder Straftäter) dazu veranlasst werden, die ihr vorgeworfenen Delikte oder Haltungen zu "gestehen", damit auf der Grundlage des so erzielten "Geständnisses" rechtlich korrekt ein tragfähiges Urteil ergehen konnte (wohl meistens mit Todesfolge). So lange die Territion als Überzeugungs-Versuch nicht zum gewollten Ergebnis führte, konnte mithilfe der Anwendung der gezeigten Instrumente dem Erreichen des "Geständnisses" nachgeholfen werden, – mit körperlichem Zwang.

Mit anderen Worten: Um der Anwendung von ggf. "unmittelbarem" Zwang – durch die aktiv tätigen Anwender und hinsichtlich der passiv Betroffenen – zu entgehen, wird mit dem hier geforderten Überzeugungsversuch faktisch psychischer Druck (wenn nicht gar eine Nötigung, vgl. § 240 StGB: als "Drohung mit einem empfindlichen Übel") ausgeübt, eine solche missliche, unangenehme und allseits peinliche Situation der Zwanganwendung zu vermeiden. Ob damit ein möglicherweise bereits prekäres Vertrauensverhältnis zwischen den Behandelnden und dem Betroffenen als Grundvoraussetzung jeder erfolgreichen auf Vertrauen gegründeten psychiatrischen Behandlung (BVerfGE 128, 282 Rz 58) wiederhergestellt bzw. geheilt werden kann, ist mehr als fraglich.

Fazit: Der in § 1832 Abs. 1 Nr. 4 BGB als eine der Voraussetzungen für eine Einwilligung des Betreuers in die zwangsweise vorzunehmende Behandlung gegen den

natürlichen Willen des Betreuten geforderte Überzeugungsversuch ist wegen der Unbestimmtheit der rechtlichen Wertung der hier erteilten "Zustimmung" des Betreuten aus dem Gesetz zu streichen. Ersatzweise könnte der Gesetzgeber vorsehen, die nach einem Überzeugungsversuch erteilte Zustimmung als Einwilligung – der mit dem Versuch erreichten und (wieder-) hergestellten Einwilligungsfähigkeit – des Betreuten in eine Behandlung ohne Zwangsanwendung zu werten.

- 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?*

Da in psychiatrischen Krankenhäusern praktisch alle Patientinnen und Patienten mit Psychopharmaka behandelt werden, liegt es nahe zu vermuten, dass diese auch zum Zweck der Ruhigstellung gegeben werden. Es gibt immer weniger Soteria-Einrichtungen, die sich im klinischen Kontext einem sparsamen Umgang mit Psychopharmaka verschreiben. Aus dem häuslichen Umfeld erreichen uns regelmäßig Anfragen von Betroffenen, die ihre Medikamente absetzen wollen und keine Ärztinnen oder Ärzte finden, die sie dabei unterstützen.

- 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?*

Sie sind für Betroffene ein sehr schwerwiegender Eingriff in ihre Grundrechte, stellen im Vergleich zu einer zwangsweisen Behandlung im häuslichen Umfeld jedoch einen weniger gravierenden Eingriff dar.

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?*

Durch Studien ist belegt, dass die meisten Medikamente (Antipsychotika und Antidepressiva) nur eine moderate oder noch geringere Effektstärke haben und daher nur einer Minderheit von Betroffenen nutzen.³

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?*

- **Zunächst muss betont werden, dass in einer psychischen Krise die Behandlung und Begleitung in Absprache und im Einvernehmen zwischen therapeutischem Team und betroffener Person zu geschehen hat. Zwangsmaßnahmen sollten dabei vermieden werden und sind nur als allerletzte Möglichkeit nach Erschöpfung aller anderen Mittel bei Vorliegen einer massive Fremd- oder Eigengefährdung anzuwenden. Daher ist die Ausweitung des Anwendungsgebietes von Zwangsmaßnahmen überhaupt nicht mit den Grundsätzen moderner Psychiatrie, vor allem aber nicht mit der UN-BRK, dem Patienten-Rechte-Gesetz, der S3-Leitlinie „Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen“ mit der Empfehlung**

³ Julia Lippert, Sebastian von Peter, Stefan Weinmann, Martin Zinkler, Volkmar Aderhold: „Ambulante Behandlungsweisen – kritische Erörterung der Wirksamkeit und rechtliche Einordnung im Hinblick auf menschenrechtskonforme Reform der Versorgungsstrukturen“, in *Recht und Psychiatrie* (2024) 42: 64-74.

1/Selbstbestimmung und der Empfehlung 2/Recovery vereinbar. Zudem widerspricht sie den WHO-Richtlinien, die eine personenzentrierte, menschenrechtsbasierte und Recovery-orientierte psychiatrische Versorgung fordert.

- Jede Zwangsanwendung stellt eine vertrauensvolle Beziehung zwischen Patient:in und Therapeut:in, Arzt/Ärztin in Frage und kann somit den Einsatz vielfältiger Behandlungsansätze versperren. Zudem ist es widersinnig, den Einsatz von Zwang als Instrument der Zwangsvermeidung zu verwenden. Um gerichtlich angeordnete Unterbringungen im Maßregelvollzug oder Drehtüreffekte zu vermeiden, müssen mehrdimensionale Präventionskonzepte zum Einsatz kommen.

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?

Hierzu verweisen wir auf die Studien von Lippert et al. (2024), die die schädlichen körperlichen und psychischen Folgen von Zwangsbehandlungen bis hin zu posttraumatischen Belastungsstörungen bei unklarer bis fehlender Wirksamkeit belegen und mittlerweile unstrittig und gut dokumentiert sind.

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 eingriffsintensiven Alternativen (vgl. BTDrucks 18/11240, S. 15; 18/11617, S. 5 f.)?*

- **Zu Frage 1 und 2: In England wird in jedem Jahr eine steigende Zahl von Menschen unter Behandlungsweisung gestellt. In Australien und Neuseeland hieß es bei der Einführung von ambulanten Behandlungsweisungen, sie sollten nur für einen sehr kleinen Personenkreis zum Einsatz kommen. Doch nun gibt es dort Regionen, in denen jede:r tausendste Bürger:in ambulant zwangsbehandelt wird. Hervorstechend ist auch, dass der Anteil der Menschen aus ethnischen Minderheiten darunter bemerkenswert höher ist als deren Anteil an der Gesamtbevölkerung. Stationäre Zwangsunterbringungen ließen sich dagegen in diesen Ländern nicht vermeiden.⁴ Die WHO spricht von überwältigenden Belegen, dass ambulante Behandlungsweisungen nicht effektiv sind und keine Reduktion von stationären Aufnahmen oder andere Vorteile für Menschen nach sich ziehen, die (sozial-)psychiatrische Leistungen in Anspruch nehmen (WHO, S. 67).⁵**

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?*

- **Siehe oben**

Weitere Anmerkungen:

A. Aspekt: Schutz der Wohnung

Wie Lippert et al. in ihrer kritischen Erörterung zu den ambulanten Behandlungsweisungen bemerken, sind der Schutz des privaten Wohnumfeldes von Menschen mit psychischen

⁴ M. Lees, G. Newton-Howes, C. Frampton & B. Beaglehole (2023). Variation in the Use of Compulsory Community Treatment Orders Between District Health Boards in New Zealand. *Australasian Psychiatry*, 31 (3), 349 – 352. DOI: 10.1177/10398562231157246 LIGHT, E. (2019). Rates of Use of Community Treatment Orders in Australia. *International Journal of Law and Psychiatry*, 64, 83 – 87. DOI: 10.1016/j.ijlp.2019.02.006

⁵ World Health Organization: *Guidance on community mental health services: Promoting person-centred and rights-based approaches*, 2021.

Erkrankungen sicherzustellen. Hier sind schwerwiegende Eingriffe in das Grundrecht aus Art. 13 GG zu erwarten, wenn sich eine ambulante Behandlungsweisung auf den gesamten Alltag der betroffenen Personen auswirkt. Eine Anwendung von Zwangsmaßnahmen in Wohnräumen wäre möglich und daraus resultierende Traumatisierungen zu erwarten. (Lippert et al. 2024)

B. Betroffenenperspektive

Die vom BVerfG gestellten Fragen berühren innerste Privat- und Schutzräume und stellen massiv Rechte von Menschen mit psychischen Erkrankungen in Frage. Daher ist es unabdingbar, dass Lösungen und Antworten partizipativ gefunden werden und die Betroffenenperspektive konsequent einbezogen wird. Im Adressatenkreis findet sich keine Organisation der Selbsthilfe, die ausdrücklich Betroffeneninteressen von Menschen mit psychischen Erkrankungen oder Angehörigen vertritt. Hier sollte das BVerfG zeitnah die entsprechenden Organisationen kontaktieren.

15. April 2024

Deutsche Gesellschaft für Soziale Psychiatrie e.V.