

LVPE Rheinland-Pfalz e.V.
C/o F.J Wagner
Gratianstr. 7
54294 Trier

LVPE RLP c/o FJ Wagner, Gratianstr.7, 54294 Trier
An
Ministerium für Soziales Arbeit Gesundheit und Demografie
Herrn Minister Alexander Schweitzer
Postfach 3180

55021 Mainz



Fax & Tel. 0651/1707967
E-Mail: f.j.wagner@gmx.net.

Homepage: www.lvpe-rlp.de

15. August 2013

Stellungnahme des Landesverbandes Psychiatrie-Erfahrener Rheinland-Pfalz e.V. zum Entwurf eines Landesgesetzes zur Neuregelung der Voraussetzungen der Behandlung von Krankheiten untergebrachter Personen.

Sehr verehrte Damen, geehrte Herren,

Zu dem o.g. Gesetzesentwurf nehmen wir wie folgt Stellung:

Präambel

Grundsätzlich begrüßen wir eine Änderung des Landesgesetzes für psychisch kranke Personen (PsychKG), gemäß des Beschlusses des Bundesverfassungsgerichts vom 23. März 2011. Bedauerlich scheint uns jedoch die Tatsache, dass die Vorlage eines Entwurfes zur Änderung des PsychKG weit über 2 Jahre bedurfte. Dies, zumal es um ein höchstwertiges Gut, des Grundrechts auf körperliche Unversehrtheit gem. GG, Art. 2 Abs. 2 S. 1, geht.

Die „reine“ geschlossene Unterbringung zur Abwendung einer Eigen- oder Fremdgefährdung, ohne Eingriff in die körperliche Unversehrtheit, ist unsererseits nicht grundsätzlich Ansatz unserer Bedenken und Änderungswünsche.

Wir sehen in der Besonderheit der ethischen Probleme, wie sie auch in der Stellungnahme der Zentralen Kommission zur Wahrung ethischer Grundsätze in der Medizin und ihren Grenzgebieten (ZEKO) bei der Bundesärztekammer zur Zwangsbehandlung (veröffentlich. in Deutsch. Ärztebl., Jg

110, Heft 26, S. A1337, v. 28. Juni 2013) benannt werden, einen wichtigen Ansatz zu unserer Haltung gegenüber Zwang und Gewalt in der Psychiatrie:

„ ... Eine Besonderheit der ethischen Probleme in der Psychiatrie besteht jedoch in dem Doppelmandat der Psychiatrie. Sie befindet sich auf einer Gratwanderung zwischen der medizinisch wirksamen Behandlung und Betreuung psychisch kranker Patienten einerseits und der gesellschaftlichen Kontrolle sozial auffälliger Menschen einschließlich des Schutzes Dritter vor Gefährdungen, die von psychisch kranken Menschen ausgehen, andererseits. Die Rollenerwartung an Ärzte ist zum einen dem Individualwohl ihrer Patientinnen und Patienten zu dienen, und zum anderen, das Gemeinwohl zu wahren, indem sie andere vor Gefährdungen durch Ihre Patienten schützen.“

Wir sind der Auffassung, dass jeder Eingriff in die körperliche Unversehrtheit gem. GG, einerseits aus praktischer Erfahrung unnötig, andererseits allein aufgrund seines traumatisierenden, also krankmachenden und nicht heilenden Potentials zu unterbleiben hat. Zusätzlich haben zwangsweise verabreichte Medikamente ein erhebliches Nebenwirkungspotential. Dies stützen wir durch die weitere Argumentation der o.a. Stellungnahme der ZEKO (Deutsch. Ärztebl., Jg 110, Heft 26, S. A1337, v. 28. Juni 2013), in der es heißt:

„Eine Fremdgefährdung durch den Patienten kann in der Regel bereits durch die Unterbringung des Patienten weitgehend abgewendet werden. Dadurch wird zwar in die Freiheit des Patienten eingegriffen, nicht jedoch in seine körperliche Integrität. Eine Zwangsbehandlung stellt dem gegenüber einen Eingriff in die körperliche Integrität dar und ist deshalb zur Abwehr einer Fremdgefährdung nicht erforderlich und damit nicht gerechtfertigt. Auch die Gefahr einer Selbstgefährdung kann allein – ohne Berücksichtigung ihres Schweregrades – einen Eingriff in die Selbstbestimmung nicht rechtfertigen. ...“

Aus diesen Gründen sind wir ebenso der Auffassung, dass eine Zwangsbehandlung in der Psychiatrie, unabhängig von der Einwilligungsfähigkeit und der eventuellen Zustimmung eines Patienten in einer Akutphase der Ursprungserkrankung, als Körperverletzung gem. § 223, gegebenenfalls auch § 224 StGB zu werten ist. Die gravierenden und für den Einzelfall in der Praxis nicht absehbaren Folgen von Nebenwirkungen solcher Behandlungen, machen eine solche Verankerung im PsychKG, unserer Meinung und Erfahrung nach notwendig.

Ausgenommen sind davon lediglich somatische Notfälle, die eine Notfallbehandlung zur Erhaltung von Leib und Leben erfordern.

Ganz grundsätzlich möchten wir zu folgenden Punkten erklären:

1. „natürlicher Wille“

Der natürliche Wille des Patienten, also der Wille, der in einem die freie Willensbestimmung ausschließenden Zustand krankhafter Störung der Geistestätigkeit gefasst wird, soll die gleiche Wertigkeit wie der „freie Wille“ haben.

Der natürliche Wille eines Menschen, der an einer psychischen Erkrankung leidet, ist „natürlich“ auf Linderung seiner Beschwerden und, soweit möglich, auf eine potentielle Heilung gerichtet.

Der nicht einwilligungsfähige Patient erwartet dabei eine Behandlung, die sein Vertrauen sucht und Zuwendung leistet. Jeder Mensch wird eine Behandlung, die seine körperliche Unversehrtheit verletzt, ablehnen. Mehr noch, kann die Gefahr von irreparablen Schäden durch medikamentöse Zwangsbehandlung und die damit in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle einhergehende Traumatisierung zu einer dauerhaften Schädigung führen. Dies kann weder im Interesse des Patienten liegen und liegt auch keinesfalls im Interesse des Gesetzgebers liegen. Dadurch wird zusätzlich unsägliches Leid „produziert“, - mal von den eventuell lebenslangen zusätzlichen Kosten für den einzelnen und das Gesundheitssystem ganz abgesehen.

Wir sind der Auffassung dass ein geändertes PsychKG diesem Aspekt des „natürlichen Willens“ Rechnung tragen müsste.

2. **Behandlung; Therapie**

Eine Behandlung oder Therapie sollte im Rahmen einer zwangsweisen Verbringung in eine psychiatrische o.ä. Klinik bei fehlender Einwilligungsfähigkeit und einer fehlenden Patientenverfügung auf medikamentöse Zwangsbehandlung, Fixierungen, Elektroschocks grundsätzlich verzichten müssen. Eine gesetzliche Verankerung eines Verbots dieser Behandlungen im nicht einwilligungsfähigen Zustand eines Patienten erscheint uns geboten.

Dazu veröffentlichte der UN-Sonderberichterstatter über Folter und andere grausame, unmenschliche oder erniedrigende Behandlung oder Strafe, Juan E. Mendéz, Am 1. Februar 2013 einen Bericht über den Missbrauch in Gesundheitseinrichtungen.

Der Sonderberichterstatter spricht sich für ein absolutes Verbot von jeglichen Zwangsmaßnahmen in der Psychiatrie aus und empfiehlt den Staaten entsprechende gesetzliche Änderungen.

Er fordert u.a. alle Staaten dazu auf, „das Folterverbot in allen öffentlichen wie privaten Gesundheitseinrichtungen durchzusetzen“ (85a) sowie **„ein absolutes Verbot aller unter Zwang und ohne Einwilligung erfolgenden medizinischen Eingriffe an Menschen mit Behinderung zu verhängen, einschließlich der ohne Einwilligung vorgenommenen Psychochirurgie oder Elektroschockbehandlung und Verabreichung bewusstseinsverändernder Arzneimittel wie etwa Neuroleptika, sowie der lang- und kurzfristigen Fixierung und Isolierung“**

Das Institut für Menschenrechte hat sich dieser für uns richtigen Aufforderung angeschlossen. Wir schließen uns dieser Forderung ebenso an.

Im erweiterten Sinne und im Angesicht grundsätzlicher praktischer Mängel im Gesundheitssystem hat dazu auch die Zentrale Kommission zur Wahrung ethischer Grundsätze in der Medizin und ihren Grenzgebieten (ZEKO) bei der Bundesärztekammer in ihrer Stellungnahme zur Zwangsbehandlung zu bedenken gegeben:

- *„ ... Institutionelle Bedingungen in den Kliniken haben einen erheblichen Einfluss auf den Einsatz von Zwangsmaßnahmen, zum Teil vermutlich sogar stärker als der Krankheitszustand des Patienten. Dazu gehören fehlendes, unzureichend geschultes und unzureichend unterstütztes Personal, Defizite in der Kommunikationskultur, fehlende Rückzugsmöglichkeiten für die*

Patienten, fehlende Hilfen für überforderte Mitarbeiter sowie Defizite in der Stationsorganisation.

- *Das Bewusstsein, dass jede Zwangsbehandlung einen gravierenden Grundrechtseingriff darstellt, ist offenbar nicht durchgängig in ausreichendem Ausmaß vorhanden. Das kann sich u. a. in den folgenden Aspekten zeigen:*
 - *Das Fehlen der Einwilligungsfähigkeit wird nicht sorgfältig genug geprüft oder eine Behandlungsverweigerung wird ohne weiteres als Ausdruck fehlender Einwilligungsfähigkeit interpretiert.*
 - *Es wird nicht streng und differenziert genug ermittelt, ob eine Behandlung indiziert ist, ob sie zwangsweise durchgeführt werden muss und welche weniger belastenden Behandlungen zur Verfügung stehen.*
 - *Die gesetzlichen Voraussetzungen und die ethischen Kriterien für den Einsatz von Zwang werden nicht ausreichend beachtet.*
 - *Die Aufklärung des Patienten vor einer Zwangsbehandlung über Wirkung, Nebenwirkungen, Langzeitfolgen und Alternativen der Behandlung sowie über die Gründe für die Anwendung von Zwang ist unzureichend oder wird sogar für völlig verzichtbar gehalten. Es wird verkannt, dass die Aufklärung keineswegs nur Voraussetzung für eine wirksame Einwilligung ist und bei fehlender Einwilligungsfähigkeit nicht nur der Vertreter aufzuklären ist, sondern auch der nicht einwilligungsfähige Patient nach seinen individuellen Fähigkeiten in den Entscheidungsprozess einzubeziehen ist.*
 - *Die Kommunikation zwischen Ärzten, Betreuern bzw. Bevollmächtigten und Betreuungsrichtern ist offenbar nicht immer ausreichend.*
 - *Besuchskommissionen, die die Verletzung von Patientenrechten verhindern und eine gute medizinische Versorgung garantieren sollen, sind dafür teils nicht geeignet zusammengesetzt oder mit unzureichenden Kompetenzen ausgestattet. Zum Teil existieren auch überhaupt keine entsprechenden Gremien. ...“*

Wir können dem Gesetzgeber nur dringend empfehlen, die Erwägungen der Zentralen Kommission zur Wahrung ethischer Grundsätze in der Medizin und ihren Grenzgebieten (ZEKO) bei der Bundesärztekammer zur Zwangsbehandlung in oben stehendem Sinne zu beachten und in der Änderung des PsychKG effektiv miteinfließen zu lassen.

3. Betreuer bzw. Betreuungsrecht; Verfahrenspfleger bzw. Bezugspersonen;

Wir begrüßen vom Prinzip her, die Änderungen in §20 Abs. 7.
Jedoch regen wir an diesen zu ergänzen:

„ ...

Besuchskommissionen unabhängiger Patientenorganisationen ist durch die Einrichtung

uneingeschränkter Zutritt zu Patienten zu gewähren, wenn der Patient sich in einem einwilligungsunfähigen Zustand befindet, auch wenn er gesetzlich betreut wird und ein Betreuer oder der Patient selbst in diesem Zustand dem widerspricht.

Im Rahmen der Änderungen des § 1906 auf Bundesebene sind wir unabhängig von diesem der Auffassung, dass ein Betreuer in eine Zwangsbehandlung, wie in Abs. 2 unserer Stellungnahme, nicht einwilligen können darf.

Für die speziellen Umstände einer Behandlung von gesetzlich betreuten Patienten, die nicht einwilligungsfähig sind und bei denen keine Patientenverfügung vorliegt gilt die Argumentation entsprechend.

Soweit und solange eine gesetzliche Änderung im Bundesrecht nicht vorgenommen werden kann, sollte auf Landesebene auch eine Haftung des Betreuers bzw. Landes nach dem Staatshaftungsrecht im PsychKG verankert werden, um die besondere Verantwortung von Betreuer und Betreuungsgericht hervorzuheben.

Dabei liegt primär der Gedanke zugrunde, dass für geschädigte Patienten der Rechtsweg verkürzt und ein Patientenrecht geschaffen wird, das sonst schwer für die Versorgung im weiteren Leben durchsetzbar wäre.

Zusätzlich regen wir an, Betreuern von psychisch kranken Menschen eine regelmäßige juristische, v.a. aber medizinisch-psychiatrische Fortbildungspflicht aufzuerlegen. Ebenso sollten Betreuungs-/Familiengerichte auch an der Praxis orientierte, regelmäßige (z.B. mind. 2-mal jährlich) unangekündigte Überprüfungen und Qualitätskontrollen von Betreuern durchführen müssen.

Wir sind uns bewusst, dass dies mit Kosten und Personalaufwand verbunden ist, sehen dabei aber den Gesetzgeber in seiner Fürsorge zur Überwachung und Qualitätskontrolle verpflichtet, unabhängig von monetären Erwägungen.

4. Erfahrungen aus der Praxis

Der Chefarzt der Psychiatrie in der Klinik Heidenheim hat in einem offenen Brief an Frau Ministerin Leutheusser-Schnarrenberger bereits am 12.11.2012 mitgeteilt:

Er habe die für ihn selbst erstaunliche Erfahrung gemacht, dass seit es die Möglichkeit der Zwangsbehandlung nicht mehr gab, sich in der Behandlung neue Möglichkeiten zur vertrauensvollen Zusammenarbeit zwischen Patienten und Behandlungsteam ergaben. Dadurch, dass die Patienten wussten, dass eine medikamentöse Zwangsbehandlung nicht stattfinden wird, gerade auch solchen Patienten, die in der Vergangenheit zwangsbehandelt wurden, (wieder) Vertrauen in die Psychiatrie gewinnen.

Das Nichtdurchführen einer Zwangsbehandlung über mehr als 12 Monate seit dem Bundesverfassungsgerichtsurteil zum UBG in BW (2 BvR 633/11) mit über 1200 stationären Aufnahmen, hatte in seiner Klinik nicht zu einer Zunahme von anderen Zwangsmaßnahmen (wie Fixierungen) oder Übergriffen auf Personal und Mitpatienten geführt.

Andere Kliniken versuchen ähnliche Wege.

Dieses innovative Vorgehen wird dadurch konterkariert in dem man die Möglichkeit einer Zwangsbehandlung wieder schafft.

Ebenso besteht die Gefahr bei einer Möglichkeit der Zwangsbehandlung, dass gerade unerfahrene Stationsärzte dem Druck von Angehörigen und Betreuern, die eine Zwangsbehandlung fordern nicht standhalten.

Hinzu kommt, dass wenn Zwangsbehandlungen weiter möglich bleiben, sich die „Köpfe der Menschen“ (Mitarbeiter von Psychiatrischen Anstalten) nicht ändern. Nur das konsequente Verbot führt zu einem Umdenken. **(Siehe Anlage 1)**

5. Grundsätzliche Erwägungen und mögliche Einwendungen gegen eine medikamentöse Zwangsbehandlung und z.Zt. diskutierte Probleme der Diagnostik

Kurz vor Neuerscheinen des DSM-5 (der 5. Ausgabe des psychiatrischen Diagnose-Handbuches der Amerikanischen Psychiater Vereinigung) hat der Direktor des National Institute for Mental Health (NIHM) in den USA, Thomas Insel, am 29.4.2013 in einer Veröffentlichung (Quelle: <http://www.nimh.nih.gov/about/director/2013/transforming-diagnosis.shtml>), mit der Aussage „*The weakness is its lack of validity*“ und „*Patients with mental disorders deserve better*“ auf die fehlende Validität von psychiatrischen Diagnosen hingewiesen.

Das Konstrukt der „krankheitsbedingten fehlende Krankheitseinsicht“ ist somit nicht mehr haltbar.

Es deckt sich mit unseren Erfahrungen.

Es ist oft so, dass die Menschen die in die Psychiatrie eingewiesen werden, sehr oft wissen, dass sie psychische Problem haben und oft auch deren Ursachen kennen, dies aber mit der „psychiatrischen Diagnose“ wenig gemein hat.

Aussage einer jungen Psychiaterin auf einem Kongress:

„ ... Wenn uns einer (der mit einer Psychose bei uns eingeliefert wird) von einer Traumatisierung erzählt, sollen wir das dann ernst nehmen? Wir haben das die ganze Zeit als Teils des Wahns abgetan. ...“

(Anmerkung des Verf.: Eine Traumatisierung kann Psychose ähnliche Symptome hervorrufen wird aber ganz anders behandelt.)

Bei 70 % der Patienten ist die Behandlung der Patienten mit Neuroleptika entweder nicht notwendig bzw. bringt keinen positiven Effekt.

Siehe dazu (Quelle: http://www.kfo241.de/schizophrenia_de.php):

„ ... Insgesamt 20 % der Patienten, die eine schizophrene Episode aufzeigen, werden vollständig remittieren. Etwa 30 % der Betroffenen erleben etliche schizophrene Episoden, zwischen welchen sie jeweils komplett remittieren. Die verbleibenden 35 bis 45 % der Patienten spiegeln die Kernproblematiken dieser Erkrankung wider. Zwar zeigt sich auch bei diesen Patienten ein remittierender Verlauf, jedoch erhöht sich bei ihnen von Rezidiv zu Rezidiv die Restsymptomatik und verhindert die Erwerbsfähigkeit der Betroffenen. Dieser Effekt besteht aus häufigen Rezidiven und macht es den Patienten unmöglich, ihren psychosozialen Zielen gerecht zu werden. Nur 20 % aller Patienten mit einer Schizophrenie gehen einem regulären Beruf nach und nur 30 % sind fähig, eine stabile Partnerbeziehung aufrechtzuerhalten.

In einer aktuellen Großstudie zur schizophrenen Erstmanifestation wurde der Effekt verschiedener Neuroleptika auf Psychopathologie, Kognition und Einhaltung der Medikation untersucht. Die meisten Patienten verblieben auf dem atypischen Neuroleptikum Amisulprid, während die wenigsten bei der Medikation mit dem Typikum Haloperidol blieben. Es gibt eine Untergruppe von Patienten (20 %), welche von der Schizophrenie unabhängig von der

Verordnung eines Antipsychotikums genesen. Für weitere 30 % ist die neuroleptische Behandlung, unabhängig von der Wahl der Substanz, wichtig für eine ausreichende Genesung. Es verbleiben 50 % der Patienten, bei welchen Neuroleptika zwar scheinbar eine Symptomverbesserung erzielen, jedoch zu keiner substantiellen Remission der Beschwerden führen. Ebenso wenig wie Neuroleptika vermochten jegliche übrigen Ansätze zur intensiven Behandlung der schizophrenen Erstmanifestation, so z.B. das OPUS-Trial, das longitudinale Wirkungsmuster überwinden.“ ...

Die Aussage "erfolgsversprechende Behandlung" ist daher bei einer Behandlung mit Neuroleptika nicht haltbar.

Hinzu kommt das Nebenwirkungsspektrum von Neuroleptika, die erheblich gravierender ausfallen können, als bei anderen Medikamentenklassen.

So können bei Neuroleptika, aber auch bei Antidepressiva bei Beginn und Verlauf der Behandlung (aufsehererregend gehäuft v.a. bei jugendlichen Patienten und jungen Erwachsenen) auftreten (Auszug aus dem Buch:

„Körpereigene Drogen – Die ungenutzten Fähigkeiten unseres Gehirns“; Patmos Verlag 2003; von Josef Zehentbauer; Seite 131):

- *„psychisch-geistiger Abstumpfung und Einengung, die akut auftreten oder sehr langsam erfolgen kann. Wegen der entstehenden Gefühlsleere spricht man auch vom »Roboter-Syndrom“*
- *„Depressionen, oft auch mit Suizidgefahr“*
- *„unbestimmten Angstzuständen“*
- *„neurologischen Erkrankungen, z.B. »Parkinson-Syndrom (Einschränkung der Spontanbeweglichkeit, Zittern, kleinschrittiger Gang), sowie unter bedrohlichen Muskelverkrampfungen und Akathisie, der Unmöglichkeit, ruhig zu sitzen“*
- *„Spät-Dyskinesien, das heißt stark entstellenden, oft unheilbaren Bewegungsstörungenvegetativen Veränderungen, z. B. Herz-Kreislauf-Störungen“*
- *„hormonellen Störungen, Dämpfung der sexuellen Lust, Potenzstörungen, Gewichtszunahme*
- *„Verringerung der weißen Blutkörperchen (Leukopenie)“*

Zusätzlich erhöht sich das Risiko des plötzlichen Herztods signifikant (siehe hierzu: http://www.arznei-telegramm.de/html/2009_02/0902022_02.html).

Es ist also mitnichten so, dass die Betroffenen keine Krankheitseinsicht haben und mit der Behandlung gesund würden, sondern es sind die Nebenwirkungen und der mangelnde Erfolg der Behandlung die Betroffenen davon abhalten dies Neuroleptika zu nehmen

Das Nebenwirkungsspektrum von Neuroleptika rechtfertigt in keinem Fall "prophylaktische Gabe" und vor allem nicht unter Zwang. Zusätzlich muss man gerade bei psychoaktiven Substanzen im allgemeinen und bei Neuroleptika im Besonderen davon ausgehen, dass Medikamentenwirkungen und -Nebenwirkungen gravierende Unterschiede aufweisen können.

Auch dies zeigt die „professionelle“ Praxis und unsere Erfahrung.

6. Trauma

Nicht zuletzt möchten wir darauf hinweisen, dass eine Zwangsbehandlung oft zu einer Traumatisierung führt, die ein vertrauensvolles therapeutisches Verhältnis, das zu einer Genesung unerlässlich ist, meist unmöglich macht. Bei Menschen mit vorangegangener Traumatisierung, (z.B. Vergewaltigung) kann eine Zwangsbehandlung zu einer Retraumatisierung führen, die nicht mehr behandelbar ist!

Konkret möchten wir auf folgende mögliche Mängel der Änderungen in Bezug auf Zwangsbehandlungen aufmerksam machen, auch wenn wir diese, wie bereits vorstehend ausführlich begründet, ablehnen:

§ 20 Abs. (4) „ ... Eine Behandlung der Anlasserkrankung ist ohne Einwilligung der untergebrachten Person und erforderlichenfalls auch gegen ihren natürlichen Willen unter Anwendung von Zwang zulässig, wenn ... „

Zu Satz 1 Abs. (4):

„ ... sie aufgrund der Anlasserkrankung zur Einsicht in die Behandlungsbedürftigkeit und zu einer darauf gründenden Entscheidung über die Einwilligung in die Behandlung nicht fähig ist, ... „

Da die psychiatrische Diagnostik, wie oben bei Punkt 5 unserer Stellungnahme zu bedenken gegeben, möglicherweise nicht wirklich objektivierbar ist, ist auch anzunehmen, dass nicht objektiv bestimmbar ist, ob jemand nicht zur Einsicht in die Behandlungsbedürftigkeit fähig ist.

Zu Satz 2 Abs. (4):

„ ... die Behandlung ausschließlich zum Ziel hat, die tatsächlichen Voraussetzungen der Ausübung freier Selbstbestimmung der untergebrachten Person zu schaffen oder wieder herzustellen, um ihre Entlassung aus der Einrichtung zu ermöglichen und ... “

In der Praxis wird die freie Selbstbestimmung nicht selten nur dann angenommen, wenn der Betroffene bereit ist, die psychiatrische Diagnose anzuerkennen.

Die Einwilligungsfähigkeit wird nicht sorgfältig genug geprüft, oder eine Behandlungsverweigerung wird ohne weiteres als Ausdruck fehlender Einwilligungsfähigkeit durch den Behandler interpretiert.

Es ist nur schwer, u.U. sogar gar nicht möglich, objektiv das Vorhandensein der „freien Selbstbestimmung“ festzustellen.

Es im Übrigen in der überwältigenden Mehrzahl der Fälle von einem Fehlen der „freien Selbstbestimmung“ auszugehen, wenn eine Zwangsbehandlung droht, weil unter Zwang eine freie Willensbildung verständlicherweise unmöglich sein kann.

Hinzu kommt, dass bei einem Menschen der gezwungen wurde Psychopharmaka einzunehmen, die Bereitschaft (Compliance), diese nach einer Entlassung weiter zunehmen, gering sein wird. Hier ist eine Zwangsbehandlung also in der Regel eher kontraproduktiv.

Zu Satz 3 Abs. (4):

„ ... der Einrichtung keine wirksame, die Behandlung untersagende Patientenverfügung der untergebrachten Person vorliegt. ...“

Die Praxis bei der Zwangsbehandlung nach § 1906 BGB hat gezeigt, dass Patientenverfügungen die der Behandlung widersprechen, v.a. wenn diese schon älter sind als nicht wirksam angesehen werden, bzw. auch Patientenverfügungen, die vor einer Erkrankung bzw. nach einer Erkrankung, aber vor einer gesetzlichen Betreuung erstellt wurden, von Behandlern verworfen wurden.

Hier wäre es notwendig, dass der Gutachter den zwingenden Beweis erbringen muss, dass der Betroffene bei der Abfassung der Patientenverfügung nicht in der Lage war, sein Handeln zu überblicken. Dies ist praktisch fast unmöglich.

§ 20 Abs. (5): *„ ... Eine nach Absatz 4 zulässige Behandlung der Anlasserkrankung darf nur unter Einhaltung der folgenden Maßgaben durchgeführt werden: ... „*

Zu Satz 1 Abs. (5) :

„ ... Die Behandlung darf nur als letztes Mittel eingesetzt werden, wenn weniger eingreifende Behandlungen nicht vorgenommen werden konnten oder sich als aussichtslos erwiesen haben. ... „

Der Begriff „letztes Mittel“ ist ein unbestimmter Begriff und vielfältig interpretierbar. Die Möglichkeit der Zwangsbehandlung wird sicher in vielen Fällen dazu führen, dass man zu diesem „letzten Mittel“ greift.

Die Ethikkommission der Ärztekammer hat dargelegt, dass in der Praxis institutionelle Bedingungen in den Kliniken einen erheblichen Einfluss auf den Einsatz von Zwangsmaßnahmen, zum Teil vermutlich sogar stärker als der Krankheitszustand des Patienten haben!

Chefarzt Martin Zinkler in Heidenheim hat gezeigt, dass dieses „letzte Mittel“ nicht notwendig ist, wie auch die Zentrale Kommission zur Wahrung ethischer Grundsätze in der Medizin und ihren Grenzgebieten (ZEKO) bei der Bundesärztekammer zur Zwangsbehandlung (veröffentlich. in Deutsch. Ärztebl., Jg 110, Heft 26, S. A1337, v. 28. Juni 2013) festgestellt hat.

Hier sind erst einmal die strukturellen Mängel zu beseitigen. Wir gehen davon aus, wenn diese beseitigt sind, wird Zwangsbehandlung ein historischer Tatbestand werden.

Es kann nicht sein, dass strukturellen Mängel und fehlende Mittel dazu führen, dass bei Menschen mit psychiatrischer Diagnose, elementare Menschenrechte, wie das Recht auf körperliche und seelische Unversehrtheit, verletzt werden.

Keinem verurteilten Rechtsbrecher ohne psychiatrische Diagnose wird dieses Recht abgesprochen.

Zu Satz 2 Abs. (5):

„ ... Ein ausführliches ärztliches Aufklärungsgespräch, in dem die vorgesehene Behandlung, deren Erforderlichkeit und mögliche damit verbundene Risiken in einer den Verständnismöglichkeiten der

untergebrachten Person entsprechenden Weise erläutert wurden, ist erfolgt. Dabei ist der ernsthafte mit dem nötigen Zeitaufwand und ohne Ausübung von Druck unternommene Versuch, eine auf Vertrauen gegründete Zustimmung zur Behandlung zu erreichen, erfolglos geblieben. ...“

Eine „auf Vertrauen gegründete Zustimmung“ ist unserer Ansicht konterkariert, solange allein die Androhung eine Zwangsbehandlung im Raum steht.

Der drohende Einsatz von Zwang einerseits, und eine vertrauensvolle therapeutische Beziehung, schließen sich durch das vorhandene Machtgefälle aus.

Zu Satz 3 Abs. (5):

„ ... Die vorgesehene Behandlung muss erfolgversprechend sein; ihr Nutzen muss deutlich feststellbar die mit ihr einhergehenden Belastungen überwiegen. ... „

In Punkt 5 haben wir schwerwiegende Bedenken geschildert, dass bei 70 % der Patienten die Behandlung mit Neuroleptika entweder nicht notwendig oder keinen positiven Effekt erbringen. Ebenso sind die Nebenwirkungen der Neuroleptika, die wir als häufigen Hauptgrund der Verweigerung der Einnahme sehen, teilweise so gravierend, dass der Einsatz weder zwingend erfolgversprechend ist, noch Ihr objektiver Nutzen überwiegt. Ein entsprechendes Medikament für jedwede somatische Erkrankungen, wäre längst wahrscheinlich durch das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte längst vom Markt genommen worden.

Wir verweisen in diesem Zusammenhang auch auf die in den USA anhängige Prozesslawine gegen einige Pharmafirmen.

Es wäre aus unserer Sicht durchaus angebracht und im Rahmen der staatlichen Fürsorgepflicht - auch mit Bedacht auf die wissenschaftlich diskutierte Studienlage - die zwangsweise Behandlung mit Neuroleptika u. anderen psychoaktiven Substanzen, ebenso wie eine Elektrokrampfbehandlung, im Gesetzestext grundsätzlich als Zwangsbehandlung auszuschließen.

zu Satz 6 Abs. (5):

„ ... Die beabsichtigte Vornahme der Behandlung ist der untergebrachten Person so rechtzeitig schriftlich anzukündigen, dass ihr die Möglichkeit bleibt, dagegen gerichtlichen Rechtsschutz in Anspruch zu nehmen; sie ist über die bestehenden Rechtsschutzmöglichkeiten zu informieren. Vor der Durchführung der Behandlung hat die Einrichtung bei einer volljährigen untergebrachten Person die Genehmigung des Betreuungsgerichts, bei einer minderjährigen untergebrachten Person die Einwilligung der Person, der die gesetzliche Vertretung obliegt, einzuholen. ... „

Es ist hier explizit ins Gesetz festzuschreiben dass hier vor der Ausschöpfung des vollständigen Rechtsweges (möglicherweise) bis zum EuGH für Menschenrechte, keine Zwangsbehandlung erfolgen darf. Eine sofortige Anordnung der sofortigen Wirksamkeit ist im Gesetz explizit auszuschließen. Der weitere Rechtsweg muss aufschiebende Wirkung haben.

Des Weiteren ist festzulegen, dass die Beschwerdeinstanz zwingend anhören muss. Die Praxis hat gezeigt, dass die Landgerichte dies nicht tun.

§ 20 Abs. (6):

„ ... In Notfällen darf eine Behandlung der Anlasserkrankung oder einer sonstigen Erkrankung ohne

Einwilligung der untergebrachten Person und erforderlichenfalls auch gegen ihren natürlichen Willen unter Anwendung von Zwang durchgeführt werden, wenn ...“

Zu Satz 1 Abs. (6):

„ ... die untergebrachte Person zur Einsicht in die Behandlungsbedürftigkeit und zu einer darauf gründenden Entscheidung über die Einwilligung in die Behandlung nicht fähig ist und die Behandlung dazu dient, eine Lebensgefahr oder eine gegenwärtige schwerwiegende Gefahr für die Gesundheit der untergebrachten Person abzuwenden und der Einrichtung keine wirksame, die Behandlung untersagende Patientenverfügung der untergebrachten Person vorliegt oder ... „

Der Absatz ist so formuliert, dass er bei entsprechender Dokumentation, Missbrauch Tür und Tor öffnen kann. Die Behandlung von lebensgefährlichem Zustand ist unumstritten, aber möglicherweise reicht § 34 StGB, der zusätzlich zu einer Beweislastumkehr führt, vollkommen aus.

Zu Satz 2 Abs. (6):

„ ... die Maßnahme dazu dient, eine Lebensgefahr oder eine gegenwärtige schwerwiegende Gefahr für die Gesundheit einer anderen Person abzuwenden. ... „

Bei Fremdgefährdung reicht die freiheitsentziehende Maßnahme vollständig aus, wie von der ZEKO schon festgestellt.

§ 20 Abs. (7):

„ ... Die Einrichtung soll mit Einverständnis der untergebrachten Person auch dieser nahestehende oder andere für ihre Behandlung als förderlich anzusehende Bezugspersonen über eine ohne Einwilligung der untergebrachten Person erfolgende Durchführung von Behandlungsmaßnahmen unterrichten und ihnen die Möglichkeit der persönlichen Kontaktaufnahme zu der untergebrachten Person geben, soweit nicht erhebliche Gesundheits- oder Sicherheitsbedenken dem entgegenstehen. ...“

Es ist hier zwingend festzulegen, dass dem Betroffenen ein von ihm selbst zu benennender Verfahrenspfleger seines Vertrauens beigeordnet wird - ein nicht juristischer, „fachkundiger Beistand“, eventuell ein Vertreter einer unabhängigen Patientenorganisation wäre wünschenswert -, der dann auch den erklärten Willen des Betroffenen zu vertreten hat und uneingeschränkter Zugang zu dem Betroffenen haben muss, ohne Einfluss der Einrichtung.

Die Erfahrung hat gezeigt, dass Richter nicht selten den gleichen Verfahrenspfleger beauftragen, was meist nicht im Interesse des Betroffenen liegt.

Unsere Stellungnahme gilt für die Änderung des Maßregelvollzugsgesetzes in übertragenem Sinne.

Zusätzlich möchten wir noch auf folgende Punkte aufmerksam machen:

1. **(kurzfristig)** Es wäre sinnvoll eine landesweite Statistik erstellen zu lassen und dem

Landespsychiatriebeirat jährlich zur Verfügung zu stellen.

2. **(kurzfristig)** Eine Peer-to-Peer Beratung sollte grundsätzlich in allen Einrichtungen/Kliniken/gemeindenaher Psychiatrie eingerichtet werden.
3. **(kurzfristig)** Aus dem Vorfall in Wissen im Mai 2013 sollte bei jedweder in Zukunft gesetzlich zulässigen Zwangsmaßnahme grundsätzlich eine pflegerische 1:1 Betreuung erfolgen. Dies sollte auch im Gesetzestext verankert werden. Dabei ist sicher zu stellen, dass eine Videoüberwachung unterbleibt, und die 1:1 Betreuung nicht in getrennten Räumen (z.B. räumliche Trennung durch eine Glasscheibe) stattfindet.
4. **(kurzfristig)** Abschaffung jedweder Zwangsbehandlung und Ersatz durch alternative Behandlungsmethoden (siehe o.a. Zinkler/Heidenheim; Soteria/Zürich; Weglaufhaus Berlin etc.).
5. **(mittelfristig)** Die Möglichkeit einer Behandlungsvereinbarung zwischen Kliniken und chronisch kranken Patienten muss auch Erwähnung finden. Dabei sollte die Behandlungsvereinbarung in einwilligungsfähigem Zustand und nicht während eines Klinikaufenthaltes geschlossen werden.
6. **(mittelfristig)** Einrichtungen der gemeindenahen Psychiatrie sollten verpflichtet werden, Beschwerdestellen bzw. deren Vertretern uneingeschränkten Zugang zum Patienten geben zu müssen und diese bei jedweder Beschwerde des Betroffenen im Zusammenhang nicht nur im Rahmen einer Zwangsbehandlung rechtzeitig vor Beginn einer Zwangsbehandlung bzw. einer Betroffenenbeschwerde selbstständig und unverzüglich zu unterrichten.
Der Aufbau einer dialogisch besetzten Beschwerdestelle ist dringend erforderlich, da der Ombudsmann im Bereich der Psychiatrie keine Kompetenzen hat.
7. **(langfristig)** In der Psychiatrie ist ein Umdenken notwendig und zu evaluieren, so dass Betroffene in die Gesellschaft inkludiert werden und nicht im Subsystem der gemeindenahen oder sonstigen Psychiatrie überbetreut werden. Im Gegensatz zur landläufigen Meinung ist eine weitgehende Gesundung und Rekonvaleszenz nicht unmöglich. Dies sollte auch in der schulischen und akademischen Ausbildung, mehr untersucht, diskutiert und gelehrt werden.

Der Landesverband der Psychiatrieerfahrenen in Rheinland-Pfalz ist sich bewusst, dass die Änderungen des o.a. Gesetzes und v.a. die Auswirkungen auf die Betroffenen komplex sind. Jedoch ein Paradigmenwechsel, auch jenseits des Urteils des Bundesverfassungsgerichts ist unabwendbar geworden.

Wir denken, dass der Betroffene, der Patient, als Mensch und inkludierter Bestandteil der Gesellschaft im Mittelpunkt der Sichtweise des Gesetzgebers stehen muss.

Für den Vorstand des Landesverbandes Psychiatrie Erfahrener Rheinland-Pfalz

Johannes Georg Bischoff
Diplom-Psychologe

Carsten Hoffmann Ph.D
Facharzt für Oralchirurgie - Zahnarzt

Franz- Josef Wagner
1. Vorsitzender des LVPE RLP