

Stellungnahme des BdB e.V.

"Zwangsbehandlung im Wege einer sogenannten
stationsäquivalenten Behandlung""

zum Normenkontrollverfahren bzgl. § 1906a Abs. 1 Satz 1 Nr. 7
BGB a.F. - Aktenzeichen. 1 BvL 1/24

Vorbemerkungen

Der Bundesverband der Berufsbetreuer/innen (BdB) bedankt sich für die Möglichkeit, Stellung zu dem o.g. Verfahren zu nehmen.

Der BdB ist mit rund 6700 Mitgliedern die größte Interessenvertretung des Berufsstandes „Betreuung“, vertritt berufsständische Belange bei der Politik und in der Öffentlichkeit und engagiert sich aktiv für die materiellen aber auch die fachlichen Interessen seiner Mitglieder und damit letztlich auch für eine möglichst sachgerechte und qualitativ hochwertige Arbeit im Sinne der betreuten Menschen.

Zu den in dem Anschreiben enthaltenen Fragen liegen dem Verband leider keine belastbaren Daten vor. In Zusammenhang mit der Beratung der Mitglieder sind allerdings um das Jahr 2019 herum vermehrt Anfragen in Bezug auf die Möglichkeit einer verdeckten Medikamentengabe in Pflegeeinrichtungen an den Verband herangetragen worden. Dabei ging es um Fälle, in denen sehr alte oder demente Menschen die Einnahme dringend benötigter Medikamente ohne erkennbaren Grund verweigert hatten und bei denen in Zusammenhang mit einer Zwangsbehandlung in einem Krankenhaus mit einem Delir, das sich in vielen Fällen nach Abschluss der Behandlung nicht mehr vollständig zurückgebildet hätte, gerechnet werden musste. Nach der Entscheidung des BVerfG in dem Verfahren 1 BvR 1575/18 vom 2.11.2021 ist die Anzahl solcher Anfragen allerdings deutlich zurückgegangen.

In Bezug auf den übersandten Fragenkatalog erlauben wir allerdings den Hinweis auf einen vom BMJ in Auftrag gegebenen Forschungsbericht zur „Evaluierung des Gesetzes zur Änderung der materiellen Zulässigkeitsvoraussetzungen von ärztlichen Zwangsmaßnahmen und zur Stärkung des Selbstbestimmungsrechts von Betreuten vom 17. Juli 2017“, der von der Internetseite des BMJV in einer Lang- und einer Kurzfassung heruntergeladen werden kann:

https://www.bmj.de/SharedDocs/Publikationen/DE/Fachpublikationen/2024_Forschungsbericht_Zwangsmassnahmen_BR_kurz.pdf?blob=publicationFile&v=1

und

https://www.bmj.de/SharedDocs/Publikationen/DE/Fachpublikationen/2024_Forschungsbericht_Zwangsmassnahmen_BR.pdf?blob=publicationFile&v=2

Ebenfalls einige Erkenntnisse zu diesem Thema enthalten Veröffentlichungen der Initiative München, die von der Internetseite

https://www.justiz.bayern.de/gerichte-und-behoerden/amtsgerichte/muenchen/spezial_1.php

heruntergeladen werden können.

Da der Verband die dem Verfahren zugrundeliegende Fragestellung - Zulässigkeit einer Zwangsbehandlung im Wege einer stationsäquivalenten Behandlung - für wichtig hält, wird auch ohne konkret auf die übersandten Fragen Antworten geben zu können eine Stellungnahme zu diesem Thema übersandt. Der für das Verfahren maßgebliche § 1906a Abs. 1 Satz 1 Nr.7 BGB a.F. ist zwar mit Ablauf des 31.12.2022 außer Kraft getreten, die seit dem 1.1.2023 in Kraft getretene Nachfolgeregelung in § 1832 Abs. 1 Satz 1 Nr. 7 BGB ist mit der vorherigen Regelung aber identisch, so dass die Fragestellung weiterhin aktuell ist.

Stellungnahme

Behandlungen gegen den natürlichen Willen einer betreuten Person außerhalb eines stationären Aufenthalts in einem Krankenhaus - sogenannte ambulante Zwangsbehandlungen - sind zurzeit aus guten Gründen unzulässig.

Zum einen besteht im Fall der Anwendung von Zwang auch immer ein gewisses Verletzungsrisiko. Schon deshalb sollte eine solche Maßnahme ausschließlich in einer Klinik stattfinden, damit jederzeit ohne Verzögerung auf ärztliche Hilfe zurückgegriffen werden kann. Zudem muss mit Komplikationen bzw. Nebenwirkungen gerechnet werden - auch deshalb sollte immer ein Arzt zur Verfügung stehen.

Und schließlich ist eine fachlich versierte Nachbehandlung außerhalb eines Krankenhauses kaum möglich.

Als weiteres ist zu befürchten, dass eine Zwangsbehandlung - auch, wenn sie zunächst nur in wenigen Ausnahmefällen zulässig wäre - nach und nach in immer mehr Fällen als „milderes Mittel“ akzeptiert wird, die erste Ausnahmeregelung also eine Art „Türöffnerfunktion“ hätte und Zwangsbehandlungen am Ende der Entwicklung der Normalfall werden würden.

Generell würde die Einführung leicht durchsetzbarer Zwangsbehandlungen den Entwicklungen in der modernen Psychiatrie entgegenstehen, könnte die Behandlungskultur hin zu simplifizierenden Strategien verändern und die Dynamik der Entwicklung von Alternativen zu Zwangsmaßnahmen konterkarieren.

Zu bedenken sind in diesem Zusammenhang die seit Jahren bekannten strukturellen und personellen Probleme v.a. in stationären Pflegeeinrichtungen. Gerade in einer Zeit zunehmender ökonomischer Einsparungen besteht die große Gefahr, die Möglichkeit des Zwangs nicht zur ultima ratio, sondern als günstige Versorgungsstrategie „schwieriger“ Personengruppen zu nutzen.

Vermutlich würde im Übrigen auch die Hemmschwelle sowohl für die für die Beantragung als auch für die gerichtliche Genehmigung einer Zwangsbehandlung abnehmen, da z.B. eine ohne die Anwendung körperlicher Gewalt in Zusammenhang mit einer Zuführung in der gewohnten Umgebung des Betroffenen vorgenommene Behandlung als nicht so starker Eingriff empfunden wird wie eine mit einem mit Gewalt erzwungenen Ortswechsel verbundene Behandlung. In der Folge würden möglicherweise auch die Bemühungen nachlassen, Alternativen zu solchen Behandlungen gegen den natürlichen Willen eines Menschen zu finden.

Der Verband ist der Ansicht, dass ein grundsätzlich ein Richtungswandel beim Umgang mit Zwang stattfinden muss und es keine Option ist, stattdessen neuere „mildere“ Formen von Zwang zu etablieren. Das System muss in allen Teilen praktisch befähigt werden, Zwang im Zusammenhang mit Unterbringung und Behandlung zu vermeiden. Zwangsmaßnahmen sind dabei auch im Lichte der Vorgaben der UN-Behindertenrechtskonvention (UN-BRK) zu bewerten, die mit ihrer Ratifizierung im Jahr 2009 Gesetzeskraft in Deutschland erlangt hat und Zwangsmaßnahmen als unvereinbar mit Artikel 14 UN-BRK ansehen. 2015 hat der UN-Fachausschuss für die Rechte von Menschen Behinderungen die Umsetzung der UN-BRK in Deutschland erstmals überprüft und äußerte sich

besorgt über die Anwendung von Zwang und unfreiwilliger Behandlung gegenüber Menschen mit psychosozialen Behinderungen sowie den Mangel an verfügbaren Daten über Zwangsunterbringungen und -behandlungen und empfiehlt, mögliche Menschenrechtsverletzungen in der psychiatrischen Versorgung und in der Altenpflege zu untersuchen (vgl. Abschließende Bemerkungen über den ersten Staatenbericht Deutschlands vom 13. Mai 2015).

Und schließlich sind Betreuer*innen möglicherweise selbst in derartigen Situationen überfordert, da Ihnen die notwendige Fachkenntnis fehlt, um sich ein eigenes Urteil über die Notwendigkeit einer Behandlung gegen den natürlichen Willen eines Klienten bzw. einer Klientin und mögliche Alternativen zu bilden. Das dürfte zumindest auf die Mehrzahl der ehrenamtlichen Betreuer*innen und zu einem Teil auch auf Berufsbetreuer*innen zutreffen. Zwar gibt es seit dem 1.1.2023 gem. § 23 Abs 1 Nr. 2 und Abs. 3 BtOG i.V.m. § 3 BtRegV verbindliche Vorgaben für ein von Betreuern und Betreuerinnen nachzuweisendes Grundwissen, es ist aber zweifelhaft, ob dieses ausreicht, um in entsprechenden Fällen eine fundierte eigene Meinung bilden zu können. Das Vormünder- und Betreuervergütungsgesetz sieht zudem ausdrücklich keine Ressourcen für zeitintensive Beratungsprozesse vor. Unter den prekären Arbeitsbedingungen beruflich tätiger Betreuer*innen könnte es an dieser Stelle einladend wirken, verfrüht ambulante Zwangsmaßnahmen einzuleiten. Gleichfalls ist zu befürchten, dass Betreuer*innen sich deshalb leicht zu einer Beantragung und schließlich auch Durchsetzung einer Zwangsbehandlung „überreden“ lassen, weil sie - wie oben dargelegt - die Notwendigkeit nicht ausreichend selbst abschätzen können. Unter den gegenwärtigen Bedingungen dürften Betreuer*innen deshalb in vielen Fällen als zuverlässiges Korrektiv gegenüber Wünschen von Ärzten*innen und evtl. auch Einrichtungen oder Angehörigen ausscheiden.

Wir halten es daher für angebracht, in besonderen Situationen - neben dem eigentlichen Betreuer bzw. der eigentlichen Betreuerin - speziell geschulte Betreuer*innen einzusetzen. Diese sollten so ausgebildet werden, dass sie besondere Kenntnisse in medizinischen Fragen vorweisen können, sie beurteilen können, ob es Alternativen zu der in Aussicht genommenen Behandlung gibt und die zudem in der Gesprächsführung geschult sind, um möglichst doch eine Zustimmung des/der Betroffenen zu der beabsichtigten Maßnahme zu erhalten. Betreuer*innen mit einer solchen Spezialqualifikation („Fachbetreuer*in für Zwangsmaßnahmen“ oder etwas weiter gefasst „Fachbetreuer*in für grundrechtlich relevante Angelegenheiten“) stünden bei sensiblen Entscheidungen über Eingriffe in die Freiheitsrechte den betroffenen Menschen zur Seite.

Entscheidungen über derartige Behandlungen sollten künftig nur mit Wirken solcher Fachbetreuer*innen unter der Voraussetzung einer richterlichen Genehmigung vorbehalten sein. Mit den genannten Maßnahmen würden deutliche Impulse zur grundlegenden Fortentwicklung der psychiatrischen Versorgung gesetzt werden, Zwang im Zusammenhang mit Unterbringung und Behandlung könnte deutlich verringert werden und für betroffene Personen würde dies eine Stärkung der selbstbestimmten Entscheidung durch geeignete Unterstützung bedeuten.

Für die hier zur Diskussion stehende Fallgestaltung ergibt sich daraus Folgendes:

a) Zur Schutzpflicht

Wie bereits oben festgestellt besteht eine besondere Pflicht zum Schutz vor möglichen negativen Folgen, wenn von staatlichen Organen eine medizinische Behandlung gegen den (natürlichen) Willen der betroffenen Person genehmigt wird. Deshalb muss für den Fall von Verletzungen aufgrund einer eventuell notwendigen Gewaltanwendung oder von möglichen Nebenwirkungen der Behandlung jede möglicherweise notwendige medizinische Hilfe vor Ort vorgehalten werden und es muss auch eine Nachbehandlung sichergestellt sein. Dies dürfte im Fall einer stationsäquivalenten Behandlung im Regelfall gegeben sein. Schließlich heißt es dazu in § 39 Abs. 1 Sätze 4 und 5 SGB V: „Die stationsäquivalente Behandlung umfasst eine psychiatrische Behandlung im häuslichen Umfeld durch mobile ärztlich geleitete multiprofessionelle Behandlungsteams (... sie entspricht) hinsichtlich der Inhalte sowie der Flexibilität und Komplexität der Behandlung einer vollstationären Behandlung.“ Es

müsste aber in jedem Einzelfall sorgfältig geprüft werden, ob die o.g. Voraussetzungen auch unter Berücksichtigung eventuell gegebener Besonderheiten tatsächlich erfüllt werden. Sofern dies der Fall ist, würde der Aspekt der Schutzpflicht nicht gegen eine Zulässigkeit einer Zwangsbehandlung im Rahmen einer stationsäquivalenten Behandlung (so im Ergebnis auch BtKomm-Dodegge, Teil G Rn. 75). Es müsste aber auch in jedem Einzelfall sorgfältig geprüft und abgewogen werden, ob die stationsäquivalente Behandlung in der Wohneinrichtung mit einem Vertrauensverlust in das eigene Wohnumfeld verbunden wäre und dadurch letztlich eine stärkere Belastung als durch die Zuführung in ein Krankenhaus entstehen würde.

b) Anders verhält es sich allerdings möglicherweise mit dem Aspekt, dass in Zusammenhang mit Zwangsbehandlungen auch weiterhin dem ultima ratio Grundsatz Rechnung getragen werden sollte und jede Lockerung der bisherigen Regelungen aus den o.g. Gründen eine Aufweichung dieses Grundsatzes zur Folge haben könnte. Andererseits gibt es aber eben auch Fallkonstellationen, in denen eine Behandlung im Rahmen eines stationären Krankenhausaufenthalts als unnötig belastend erscheint. In der Verfassung ist der Erforderlichkeitsgrundsatz verankert und daraus folgt das sogenannte Übermaßverbot. Wenn für den Staat mehrere Handlungsalternativen bestehen, muss er diejenige auswählen, die zum Erfolg führen kann und die den Bürger am wenigsten belastet.

Oder anders ausgedrückt: Der Bürger hat ein Recht darauf, dass der Staat ihn notfalls vor Folgen seiner Erkrankung dann schützt, wenn ohne die Behandlung schwerste gesundheitliche Schäden bis hin zum Tod drohen und er die Erforderlichkeit einer Behandlung aufgrund einer Erkrankung nicht erkennen kann. Er hat dann aber auch ein Recht darauf, dass dies auf die für ihn mit den geringsten Belastungen verbundene Weise geschieht.

Außerdem ist es nicht zulässig, einen Menschen quasi im Interesse der Allgemeinheit zu „opfern“. Das heißt u.E. auch, dass man einem Menschen nicht erhebliche und an sich vermeidbare gesundheitliche Schäden - in dem diesem Verfahren zugrunde liegenden Fall regelmäßige Retraumatisierungen - zumuten darf, um Interesse der Allgemeinheit die Rahmenbedingungen für eine Behandlung gegen den natürlichen Willen möglichst abschreckend zu gestalten und so eine Ausweitung von Zwangsbehandlungen zu vermeiden.

Vor diesem Hintergrund könnte der Verband sich eine sehr eng begrenzte Ausnahmeregelung vorstellen, wenn diese entsprechend den o.g. Vorschlägen im Interesse der verstärkten Vermeidung von Zwangsbehandlung mit einer Veränderung der Rahmenbedingungen kombiniert wird.

Hamburg, 16.April 2024