

Stellungnahme der LAG SELBSTHILFE NRW e. V. zum Gesetzesantrag des Landes Nordrhein-Westfalen an den Bundesrat: „Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung des Schutzkonzepts ärztlicher Zwangsmaßnahmen“

Landesarbeitsgemeinschaft
SELBSTHILFE
von Menschen mit
Behinderung und
chronischer Erkrankung
und ihren Angehörigen
Nordrhein-Westfalen e.V.

1. Gesamtbetrachtung

Der o. g. Gesetzesantrag sieht vor, die Möglichkeiten ärztlicher Zwangsmaßnahmen gegenüber der derzeitigen Gesetzeslage auszuweiten und zu erleichtern (s. hierzu unter 2. im Einzelnen); darüber hinaus wird dies als „Verbesserung des Schutzkonzepts“ bezeichnet.

Dieser Darstellung können wir, die LAG SELBSTHILFE NRW in unserer Funktion als Interessenvertretung zahlreicher unterschiedlicher Menschen mit Behinderungen/chronischen Erkrankungen in Nordrhein-Westfalen, eindeutig nicht folgen. Den Handlungsspielraum für ärztliche Zwangsmaßnahmen, die Menschen mit Behinderungen und chronischen Erkrankungen treffen, zu vergrößern, erachten wir als die grundsätzlich falsche rechtliche und politische Stoßrichtung.

Auf der normativen Grundlage der UN-Behindertenrechtskonvention und anderer Abkommen zum Schutz der Menschenrechte ist es im Gegenteil absolut angebracht, Eingriffe in die Menschen- und Grundrechte jedweder Art möglichst gänzlich zu vermeiden.

Zu diesen Rechten gehört es, dass jeder Mensch mit Behinderung – darunter fallen auch Menschen mit chronisch psychischen Erkrankungen, die besonders gefährdet gegenüber ärztlichen Zwangsmaßnahmen sind – gleichberechtigt mit anderen das Recht auf Achtung seiner körperlichen und seelischen Unversehrtheit hat (vgl. Artikel 17 UN-BRK). Eine ärztliche Zwangsmaßnahme gegenüber einem*r Patienten*in greift in die körperliche und/oder die seelische Unversehrtheit der betroffenen Person ein. Ein solcher Eingriff muss daher immer Ultima Ratio sein und besonders strengen und engen rechtlichen Vorgaben unterliegen.

Die derzeitige Gesetzeslage sieht genau dies vor (vgl. Paragraph 1906a BGB). Eine ärztliche Zwangsmaßnahme, also eine „Untersuchung des Gesundheitszustands, eine Heilbehandlung oder ein ärztlicher Eingriff“ gegen den „natürlichen Willen einer Person“, die unter rechtlicher Betreuung steht, ist nur unter engen Voraussetzungen zulässig, nämlich wenn (so der Gesetzeslaut):

Neubrückerstraße 12-14
48143 Münster

Telefon
02 51- 4 34 00

Telefax
02 51- 51 90 51

E-Mail
info@lag-selbsthilfe-
nrw.de

Internet
www.lag-selbsthilfe-
nrw.de

1. die ärztliche Zwangsmaßnahme zum Wohl des Betreuten notwendig ist, um einen drohenden erheblichen gesundheitlichen Schaden abzuwenden,
2. der Betreute auf Grund einer psychischen Krankheit oder einer geistigen oder seelischen Behinderung die Notwendigkeit der ärztlichen Maßnahme nicht erkennen oder nicht nach dieser Einsicht handeln kann,
3. die ärztliche Zwangsmaßnahme dem nach § 1901a zu beachtenden Willen des Betreuten entspricht,
4. zuvor ernsthaft, mit dem nötigen Zeitaufwand und ohne Ausübung unzulässigen Drucks versucht wurde, den Betreuten von der Notwendigkeit der ärztlichen Maßnahme zu überzeugen,
5. der drohende erhebliche gesundheitliche Schaden durch keine andere den Betreuten weniger belastende Maßnahme abgewendet werden kann,
6. der zu erwartende Nutzen der ärztlichen Zwangsmaßnahme die zu erwartenden Beeinträchtigungen deutlich überwiegt und
7. die ärztliche Zwangsmaßnahme im Rahmen eines stationären Aufenthalts in einem Krankenhaus, in dem die gebotene medizinische Versorgung des Betreuten einschließlich einer erforderlichen Nachbehandlung sichergestellt ist, durchgeführt wird.

Zudem bedarf die Einwilligung des*r rechtlichen Betreuers*in die ärztliche Zwangsmaßnahme der Genehmigung des Betreuungsgerichts. Die Einwilligung muss widerrufen werden, wenn ihre Voraussetzungen weggefallen sind.

Insbesondere die unter 3. genannte Voraussetzung ist hervorzuheben. Sie stärkt das Selbstbestimmungsrecht der Betroffenen, indem deren Betreuer*innen nur dann einer ärztlichen Zwangsmaßnahme zustimmen dürfen, wenn sie den Willen der Betreuten beachten. Für die Entscheidung, was jeweils der Wille des*r Betroffenen ist, ist eine Patientenverfügung vorrangig. Fehlt diese, sind Behandlungswünsche und zuletzt der mutmaßliche Willen des*r Betroffenen maßgeblich, z. B. geäußert durch frühere mündliche oder schriftliche Äußerungen, durch bekannte ethische Überzeugungen, o. ä.

Auch die unter 4. genannte Voraussetzung halten wir für besonders beachtenswert. Es sollte immer vorrangig sein, eine Einwilligung der Patient*innen unter größtmöglichen Anstrengungen doch noch zu erreichen, anstatt diese mit Zwang gegen ihren Willen zu behandeln. Denn eine freiwillige Behandlung schützt nicht nur das Recht auf körperliche und seelische Unversehrtheit; sie führt auch zu einer besseren Behandlungsprognose, wie u. a. die sog. EUNOMIA-Studie eindeutig belegen konnte¹.

Wie diese freiwillige Einwilligung in vielen Fällen auch bei komplex und mehrfach

¹ vgl. Kallert, Thomas W. (2011): Coercive Treatment in Psychiatry. John Wiley & Sons, S. 279ff.

behinderten bzw. erkrankten Menschen erreicht werden kann, zeigt z. B. eine Stellungnahme des Bundesverbands für körper- und mehrfachbehinderte Menschen e. V. (bvkm) auf, u. a. durch einen achtsamen und geduldigen Umgang mit ihren Bedürfnissen sowie durch eine vertrauensbildende Atmosphäre². Diesen Ausführungen schließen wir uns an.

Die skizzierten, seit 2017 neugefassten und derzeit geltenden engen gesetzlichen Regelungen zur Zulässigkeit einer ärztlichen Zwangsmaßnahme bei Menschen mit Behinderungen/chronischen Erkrankungen haben gegenüber früheren Regelungen die Rechte der Betroffenen gegenüber ihren rechtlichen Betreuer*innen und gegenüber behandelnden Ärzten*Ärztinnen gestärkt.

Dies begrüßen wir und sehen aktuell, anders als der vorliegende Gesetzesentwurf, keinen konkreten Handlungsbedarf oder gar eine Regelungslücke, die Anlass wären, an dieser Rechtslage etwas zu verändern.

Umso mehr sollten jegliche Änderungen verhindert werden, die den Schutz der Menschen- und Grundrechte der betroffenen Patient*innen verschlechtern, was durch die Änderungen des Gesetzesentwurfes geschehen würde.

Den nun folgenden Ausführungen ist zu entnehmen, warum im Einzelnen wir dem vorliegenden Gesetzesantrag ablehnend gegenüberstehen.

2. Zu den einzelnen vorgesehenen Neuerungen der dargestellten Gesetzeslage durch den vorliegenden Gesetzesantrag

2.1 Ärztliche Zwangsmaßnahmen auch außerhalb eines stationären Krankenhausaufenthaltes

Der Gesetzesantrag sieht vor, dass ärztliche Zwangsmaßnahmen zukünftig auch außerhalb eines stationären Krankenhausaufenthaltes in anderen stationären Einrichtungen möglich sein sollen (S. 1f., S. 4). Die oben dargestellte Voraussetzung unter 7. würde hierdurch also ausgeweitet werden.

Begründet wird dies u. a. damit, dass ein Ortswechsel in ein Krankenhaus für Betroffene ein „erheblich belastender Eingriff“ sein könnte (S. 1).

Wir lehnen diesen Vorschlag ab und können der Begründung nicht folgen. Zunächst einmal *kann* ein entsprechender Ortswechsel von Betroffenen als belastend empfunden werden, *muss* es aber nicht in jedem Fall. Aufgrund dieser reinen Möglichkeit bzw. Vermutung die bestehende Rechtslage auszuweiten, halten wir für nicht verhältnismäßig.

Was hingegen in jedem Fall ein enorm belastender Eingriff für Betroffene ist, ist die ärztliche Zwangsmaßnahme selbst. Dieser Eingriff und die damit einherge-

² Online abrufbar unter: https://bvkm.de/wp-content/uploads/2019/08/bvkm_stellungnahme-zum-vorlagebeschluss-des-bgh_5.9.2015.pdf (zuletzt geprüft am 20.12.2021).

hende Belastung für die Betroffenen wiegt unseres Erachtens deutlich mehr als eine mögliche Belastung durch einen Ortswechsel in ein Krankenhaus. Sie sollte daher weiterhin nur im Rahmen eines stationären Aufenthaltes in einem Krankenhaus möglich sein, da nur hier eine entsprechend engmaschige und dauerhafte *ärztliche* Versorgung, inklusive notwendiger Nachbehandlung gegeben ist. Dies ist beispielsweise in Pflegeheimen oder Wohnheimen nicht der Fall. Erschwerend kommt hinzu, dass diese Einrichtungen zwar stationär sind, sie aber v. a. das Zuhause der Betroffenen darstellen und daher nicht anders bewertet werden sollten als ein ambulantes Zuhause, in dem ärztliche Zwangsmaßnahmen verboten sind. Als solches Zuhause der Menschen sollten sie daher nicht maßgebend für die Zulässigkeit einer ärztlichen Zwangsbehandlung sein³. Es erscheint im Gegenteil sinnvoll, die erhebliche Belastung, die mit einer Behandlung gegen den eigenen Willen einhergeht, räumlich vom eigenen Zuhause (was im besten Falle einen Schutz- und Wohnföhlort für die Betroffenen darstellt) zu trennen.

Wir halten es daher insgesamt für nicht gewährleistet, dass in stationären Settings außerhalb von Krankenhäusern die notwendige ärztliche Sorgfalt bei der Zwangsbehandlung gegeben ist.

Wir sehen die Gefahr, dass ärztliche Zwangsmaßnahmen durch die Ausweitung des räumlich zulässigen Settings in ihrer Zahl zunehmen. Dies kann nicht im Sinne der Betroffenen sein.

2.2 Neue ausdröckliche Regelung zur verdeckten Medikamentengabe

Der Gesetzesantrag sieht vor, dass eine verdeckte Medikamentengabe im Zuge einer ärztlichen Zwangsmaßnahme ausdröcklich im Gesetz geregelt wird (S. 1f. und 4f.). Derzeit unterliegen alle Zwangsmedikationen denselben rechtlichen Voraussetzungen, eine verdeckte Gabe ist nicht im Besonderen geregelt (s. o.). Der Gesetzesantrag begründet die Notwendigkeit einer eigenen Regelung damit, dass eine Täuschung der Betroffenen durch verdeckte Gabe zur Überwindung des natürlichen Willens bei Vorliegen der Voraussetzungen für eine ärztliche Zwangsmaßnahme ggf. die mildere und weniger belastende Option sei als dem*r Betroffenen die Medikation gegen den Willen mit Zwang offen zu verabreichen (S. 2).

Wir können uns dieser Logik nicht anschließen. Wie der Gesetzesantrag selbst richtig ausführt, ist eine verdeckte zwangsweise Medikamentengabe ein noch stärkerer Eingriff in das Selbstbestimmungsrecht der Betroffenen, da sie deren Partizipation gänzlich ausschließt (S. 1f.). Diese noch schwerer wiegende Rechtsverletzung der Betroffenen gilt es daher unseres Erachtens nach möglichst gänzlich auszuschließen und dafür nicht eine zusätzliche Norm zu schaffen, die diese Täuschung besser ermöglicht.

³ Auch dies legt die bereits erwähnte Stellungnahme des bvkm dar, s. o.

Kommt zur bestehenden zwangsweisen Behandlung noch eine Täuschung hinzu, halten wir dies nicht für weniger belastend oder gar milder für die Betroffenen. Wenn Betroffene schon gegen ihren Willen zwangsweise etwas verabreicht bekommen, dann sollten sie doch wenigstens darüber Kenntnis haben, dass dies geschieht und nicht zusätzlich noch getäuscht werden.

Darüber hinaus sehen wir die Gefahr, dass die unter 4. o. g. Voraussetzung hierdurch unterlaufen werden könnte. Wenn es einfacher wird, verdeckt Zwangsmaßnahmen auszuführen, könnten behandelnde Ärzte*Ärztinnen dazu verleitet sein, diesen Weg zu wählen statt den ggf. komplexeren, langwierigeren und herausfordernderen Weg zu gehen, die Betroffenen möglichst noch von der Notwendigkeit der Maßnahme zu überzeugen.

Es ist ferner darauf hinzuweisen, dass ärztliche Zwangsmaßnahmen von betroffenen Patient*innen ohnehin häufig als massive Verletzung ihrer Grenzen und daher als beängstigend und entwürdigend erlebt werden. Findet dieser Eingriff darüber hinaus verdeckt statt und gelangen die betroffenen Patient*innen z. B. im Nachhinein hierüber Kenntnis, dürfte dieses Erleben durch die zusätzliche Täuschung noch einmal deutlich stärker ausfallen und sollte daher vermieden werden.

2.3 Flexibilisierung der gesetzlichen Verlängerungsfristen für die Genehmigung von Einwilligungen in ärztliche Zwangsmaßnahmen

Der Gesetzesantrag sieht vor, die gesetzlichen Verlängerungsfristen für die Genehmigung von Einwilligungen in ärztliche Zwangsmaßnahmen zu flexibilisieren (S. 2f., S. 5). „Flexibilisierung“ meint in diesem Falle Ausweitung – die Genehmigung ärztlicher Zwangsmaßnahmen soll für einen längeren Zeitraum möglich werden, bis hin zu drei Monaten (S. 5).

Begründet wird dies damit, dass es für Betroffene extrem belastend sein könne, ohne ersichtlichen Mehrwert, in kurzen Abständen erneut mit dem Genehmigungsverfahren konfrontiert zu sein (S. 2).

Auch dieser Begründung können wir nicht folgen. Erneut wird hier eine *kann*-Vermutung aufgestellt. Es könnte für Betroffene hingegen genauso gut entlastend statt belastend sein, dass ihre Zwangsbehandlung nur für einen kurzen Zeitraum angeordnet werden kann und dann erneut geprüft werden müsste, soll sie verlängert werden.

Wie bereits dargelegt, stellt eine ärztliche Zwangsmaßnahme einen massiven Eingriff in die Rechte der Betroffenen dar. Es ist daher richtig, dass die Zulässigkeit derselben in kurzen zeitlichen Abständen extern geprüft wird. Nur so ist eine ausreichende rechtliche Überwachung gewährleistet, die sicherstellt, dass Zwangsmaßnahmen nur so lange durchgeführt werden, wie unbedingt nötig. Nicht die erneute Prüfung ist die maßgebliche Belastung für Betroffene, sondern

die Zwangsmaßnahme selbst. Daher sollte eine Verlängerung bzw. Wiederholung mit hohen rechtlichen Hürden verbunden sein.

In einer Ausweitung der Verlängerungsfristen für ärztliche Zwangsmaßnahmen sehen wir die Gefahr, dass diese zukünftig viel einfacher quasi dauerhaft installiert werden können und damit einer dauerhaften Rechtsverletzung der Betroffenen Tür und Tor geöffnet werden.

2.4 Ausdrückliche Verankerung der sog. Behandlungsvereinbarung im Gesetz

Der Gesetzesantrag sieht vor, Behandlungsvereinbarungen ausdrücklich im Gesetz zu vermerken (S. 2ff.). Der Gesetzesantrag begründet dieses Vorhaben damit, dass Behandlungsvereinbarungen als Instrument zur Ausübung des Selbstbestimmungsrechts der Betroffenen gefördert werden sollen und ihre Bedeutung hervorgehoben werden soll (S. 3).

Dass dies notwendig ist, begründet der Gesetzesantrag damit, dass bei klassischen Patientenverfügungen das Problem bestehe, dass häufig fraglich sei, ob die Betroffenen im Erstellungszeitraum einwilligungsfähig waren, insb. bei psychisch erkrankten Menschen (S. 2). Diese Frage stelle sich bei Behandlungsvereinbarungen nicht in gleichem Maße. Bei einer Behandlungsvereinbarung handelt es sich um eine schriftliche Vereinbarung über eine ärztliche Behandlung zwischen Patient*in und behandelnden Personen/Institutionen. Insofern könne der*die entsprechende Arzt*Ärztin bei der Erstellung die Einwilligungsfähigkeit des*r Betroffenen bestätigen (S. 10).

Wir stimmen insoweit zu, dass Behandlungsvereinbarungen ein sinnvolles Instrument sein können, insb. für chronisch erkrankte Menschen, die regelmäßig über einen langen Zeitraum in denselben Institutionen wegen derselben Erkrankung behandelt werden, sei es ambulant oder stationär. Hier tragen Behandlungsvereinbarungen zweifelsfrei dazu bei, wiederholte Behandlungen, auch bürokratisch, zu vereinfachen und für alle Beteiligten eine feste Grundlage über die Ausgestaltung derselben zu schaffen.

Im Kontext von ärztlichen Zwangsmaßnahmen kommt ihnen im Vergleich zur Patientenverfügung aber nicht derselbe herausragende Stellenwert zu, weswegen wir eine explizite Verankerung im Gesetz auf derselben Stufe für nicht notwendig halten.

Rechtliche Betreuer sind dazu angehalten, auf Patientenverfügungen hinzuweisen und bei Bedarf beim Verfassen derselben zu unterstützen (§ 1901a Abs. 4). Hier würden wir begrüßen, wenn in begründeten Fällen bei Bedarf auch behandelnde Ärzt*innen bei der Erstellung der Patientenverfügung unterstützen würden – wie es sicherlich in der Praxis auch bereits an der ein oder anderen Stelle geschieht. Dies kann ohne akuten Druck oder eine akute Notlage zeitlich flexibel

erfolgen. Für besonders geeignet halten wir diesbezüglich niedergelassene (psychiatrische) Fachärzt*innen, welche die betroffenen Patient*innen häufig durch eine langjährige Behandlung gut kennen und sie insofern sowohl bestmöglich hinsichtlich zukünftiger Behandlungen, Risiken usw. aufklären und beraten können als auch zum Zeitpunkt der Erstellung der Patientenverfügung bei Bedarf zusätzlich bestätigen können, dass der*die betroffene Patient*in einwilligungsfähig war.

Das im Gesetzesantrag angestrebte Resultat wäre also genauso gut in Form einer Patientenverfügung zu erreichen, würde die Verbreitung derselben ebenso befördert wie es der Gesetzesantrag für die Behandlungsvereinbarungen vorsieht. Warum es hierfür ein zweites Rechtsinstrument im Gesetz braucht, erschließt sich uns nicht. Gleichzeitig wird für nicht psychiatrisch erkrankte Patient*innen dieser Unterschied nicht gemacht. Eine Kooperation in der Erstellung einer Patientenverfügung zwischen Patient*in, rechtlichem*r Betreuer*in und behandelndem*r Arzt*Ärztin sollte verstärkt befördert werden.

Zudem sind Patientenverfügungen das in der Bevölkerung bekannte und rechtssichere präventive Instrument zur Durchsetzung des eigenen Willens im Falle einer eintretenden Einwilligungsunfähigkeit. Ihre Position durch die zusätzliche Aufnahme von Behandlungsvereinbarungen ins Gesetz zu schwächen und ggf. bei Patient*innen zu Verwirrungen zu sorgen, halten wir nicht für zielführend. Nicht zuletzt möchten wir darauf hinweisen, dass wir uns der Argumentation, besonders bei psychisch erkrankten Menschen sei es im Nachhinein häufig fraglich, ob sie zum Zeitpunkt der Erstellung ihrer Patientenverfügung einwilligungsfähig gewesen seien, eindeutig nicht anschließen können.

Nur sehr wenige psychiatrische Erkrankungen haben eine dauerhafte Einwilligungsunfähigkeit des*r Betroffenen zur Folge. Sie führen, wenn überhaupt, zu episodischen Zeiträumen der Einwilligungsfähigkeit (z. B. im Falle einer akuten Psychose) oder zu fortschreitender Einwilligungsunfähigkeit (z. B. im Falle von Demenz). In beiden Fällen existieren eindeutig Zeiträume, in denen die Betroffenen durchaus einwilligungsfähig sind bzw. waren und insofern eine Patientenverfügung erstellen können.

3. Fazit

Wie den vorangegangenen Ausführungen deutlich zu entnehmen ist, lehnen wir als LAG SELBSTHILFE NRW diesen Gesetzesantrag in Gänze ab.

Der Gesetzesantrag würde die Rechtsstellung der Betroffenen schwächen, während gleichzeitig der Handlungsspielraum für Ärzte*Ärztinnen, rechtliche Betreuer*innen, Gerichte und sonstige Akteur*innen erweitert würde.

Dies geht aus unserer Sicht mit der großen Gefahr einher, dass hierdurch ärztliche Zwangsmaßnahmen sowohl in der Quantität als auch in der Qualität negativ

verstärkt werden, d. h. ihre Zahl, Dauer und die Intensität des ausgeübten Zwanges könnten zunehmen.

Wir würden es begrüßen, wenn statt derartiger Gesetzesanträge seitens des Landes Nordrhein-Westfalen verstärkte Bemühungen und Ressourcen in die Prävention ärztlicher Zwangsmaßnahmen investiert werden würden, so z. B. durch Bildungs- und Schulungsangebote für rechtliche Betreuer*innen, Angehörige, Ärzte*Ärztinnen, Pflegekräfte, Mitarbeitende der Behindertenhilfe, Richter und sonstige Akteur*innen. Diese sollten darauf ausgerichtet sein, im Umgang mit verschiedenen Behinderungen und chronischen Krankheiten zu sensibilisieren und Wege aufzeigen, wie durch einen entsprechenden Umgang in vielen Fällen Zwangsmaßnahmen vermieden werden können, indem Betroffene der jeweiligen Behandlung letztlich nach anfänglicher Ablehnung doch noch zustimmen. Nicht zuletzt sollte das Wissen um das korrekte Erstellen von Patientenverfügungen erheblich durch entsprechende Angebote im Land ausgeweitet werden, so dass diese in viel mehr Fällen als bisher vorliegen und somit in entsprechenden Fällen der Wille der Patient*innen ganz eindeutig erkennbar ist und danach gehandelt werden kann.

Kontakt

Landesarbeitsgemeinschaft Selbsthilfe von Menschen mit Behinderungen und chronischer Erkrankungen und ihren Angehörigen NRW e. V.

Neubrückenstraße 12-14
48143 Münster

Melanie Ahlke, Geschäftsführerin
02 51 / 4 34 09
melanie.ahlke@lag-selbsthilfe-nrw.de

Lisa Jacobi, Referentin
02 51 / 85 70 39 76
lisa.jacobi@lag-selbsthilfe-nrw.de