

# Stellungnahme des BdB e.V. "ambulante Zwangsmaßnahmen" zur Verfassungsbeschwerde - Aktenzeichen. 1 BvR 1575/18

---

## **Vorbemerkungen**

Der Bundesverband der Berufsbetreuer/innen (BdB) bedankt sich für die Möglichkeit, Stellung zu beziehen zum aktuellen Verfahren.

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 und fachlichen Interessen seiner Mitglieder.

Zwangsbehandlungen sind nur unter strengen Voraussetzungen als ultima ratio und bei Wahrung des Verhältnismäßigkeitsgrundsatzes zulässig. Seit 2017 sind ärztliche Zwangsmaßnahmen von der freiheitsentziehenden Unterbringung entkoppelt. Sie sind allerdings nach wie vor an das Erfordernis eines stationären Aufenthalts in einem Krankenhaus gebunden. Im ambulanten Bereich sind Zwangsmaßnahmen weiterhin ausgeschlossen.

Die nachstehende Stellungnahme des BdB stellt das Ergebnis eines umfassenden Abwägungsprozesses dar, an dessen Ende der BdB zu dem Schluss kommt, dass unter den derzeitigen strukturellen Voraussetzungen eine Zulassung ambulanter Zwangsmaßnahmen abzulehnen ist.

## **Stellungnahme**

Behandlungen gegen den natürlichen Willen eines Betreuten außerhalb eines stationären Aufenthalts in einem Krankenhaus - sogenannte ambulante Zwangsbehandlungen, darunter fällt auch eine verdeckte Medikamentengabe in einer Pflegeeinrichtung - 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 und könnte die Behandlungskultur hin zu simplifizierenden Strategien verändern sowie 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. Das Risiko der verdeckten Medikamentengabe als „Entlastungsfaktor“ steht dabei im Raume. 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 für die Beantragung sowie die gerichtliche Genehmigung einer Zwangsbehandlung abnehmen. Denn die Hemmschwelle für eine ohne Anwendung körperlicher Gewalt in der gewohnten Umgebung des Betroffenen vorgenommene Zwangsbehandlung sinkt, da diese als nicht so starker Eingriff empfunden wird wie eine mit einem Ortswechsel und einer möglicherweise unter Anwendung von körperlichem Zwang verbundene Behandlung. Damit verbunden würden möglicherweise auch die Bemühungen nachlassen, Alternativen zu solchen Behandlungen gegen den Willen eines Menschen zu finden.

Als Weiteres muss festgestellt werden, dass empirische Erkenntnisse im Hinblick auf ärztliche Zwangsmaßnahmen kaum vorliegen. Bislang werden Zwangsmaßnahmen in der Mehrzahl der deutschen psychiatrischen Kliniken nicht systematisch statistisch erfasst und ausgewertet, auch nicht zur besonderen Personengruppe demenziell erkrankter Menschen. Die Anzahl der tatsächlichen Zwangsmaßnahmen wird statistisch nicht erhoben (vgl. Bt-Drucks. 18/11619, S. 27 ff.). Es ist somit nicht bekannt, welches Ausmaß die hier zu entscheidende Sache tatsächlich hat.

Gleichzeitig ist auch nicht zu erkennen, dass der Gesetzgeber vom Konzept der „krankheitsbedingten Einwilligungsunfähigkeit“ abrückt und dass das psychiatrische Versorgungssystem vor großen Herausforderungen steht. Es fehlt dem Gesetzgeber nach wie vor der nachhaltige und systematische Wille für einen Strukturwandel, der das System der psychiatrischen Versorgung so reformieren würde, dass Zwang konsequent vermieden und stattdessen die freie und selbstbestimmte Entscheidung gefördert wird. Auch wenn momentan zwei vom Bundesministerium für Gesundheit (BMG) initiierte Forschungsprojekte neue Erkenntnisse zu Möglichkeiten der Vermeidung von Zwang durch alternative Versorgungsansätze bringen sollen – konkrete Ergebnisse stehen noch aus und lassen noch keinen Richtungswechsel erkennen („Zwangsmaßnahmen im psychiatrischen Hilfesystem: Erfassung und Reduktion (ZIPHER)“ und „Vermeidung von Zwangsmaßnahmen im psychiatrischen Hilfesystem“).

Vielmehr scheinen Quantität und Qualität von Zwangsmaßnahmen bzw. ihre Vermeidung davon abzuhängen, in welcher Region man lebt. Zwischen den Bundesländern bestehen erhebliche Unterschiede in der Anzahl der anhängigen Verfahren über Unterbringungen und freiheitsentziehende Maßnahmen. Auch bestehen z.T. erhebliche Unterschiede zwischen den Bundesländern, nach welchen Genehmigungsverfahren eine Zwangsmaßnahme durchgeführt wird (§ 1906 Absatz 1, 2 und 4 BGB oder PsychKG) (Zweiter Teilhaberbericht der Bundesregierung über die Lebenslagen von Menschen mit Beeinträchtigungen, S. 402f.). Nicht zuletzt zeigen auch Studien, dass es zwischen deutschen Pflegeheimen signifikante Unterschiede in der Häufigkeit des Einsatzes von psychotrop wirksamen Medikamenten gibt (Deutscher Ethikrat - Hilfe durch Zwang? Professionelle Sorgebeziehungen im Spannungsfeld von Wohl und Selbstbestimmung, S. 178).

Die Schlussfolgerung liegt daher nahe, dass ein grundsätzlicher Richtungswandel beim Umgang mit Zwang gefunden werden muss und keine neuen „milderer“ Formen von Zwang. Es müssen Rahmenbedingungen dafür geschaffen werden, Zwang im Zusammenhang mit Unterbringung und Behandlung zu vermeiden. Dabei sind auch die Vorgaben der UN-BRK zu berücksichtigen. 2015 hat der UN-Fachausschuss für die Rechte von Menschen mit Behinderungen die Umsetzung der UN-BRK in Deutschland erstmals überprüft und sich besorgt über die Anwendung von Zwang und

unfreiwilliger Behandlung gegenüber Menschen mit psychosozialen Behinderungen geäußert. Dabei wurde auch der Mangel an verfügbaren Daten über Zwangsunterbringungen und -behandlungen moniert und die Empfehlung ausgesprochen, 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 möglicherweise selbst überfordert, wenn sie über den Einsatz von Zwangsmaßnahmen entscheiden müssen, da Ihnen die notwendige Sachkunde fehlt, um sich ein eigenes Urteil über die Notwendigkeit einer Behandlung gegen den natürlichen Willen eines Klienten und mögliche Alternativen zu bilden. Das dürfte zumindest auf die Mehrzahl der ehrenamtlichen Betreuer und zu einem Teil auch auf Berufsbetreuer zutreffen - schließlich gibt es nach wie vor keine verbindlichen Eignungsanforderungen an die Vorbildung von beruflich tätigen Betreuern, keine verpflichtenden Qualitätskriterien, keine anerkannten Verfahren und auch keine entsprechenden Kontrollmechanismen. Das Vormünder- und Betreuervergütungsgesetz sieht ausdrücklich keine Ressourcen für zeitintensive Beratungsprozesse vor. Unter den prekären Arbeitsbedingungen beruflich tätiger Betreuer könnte es an dieser Stelle einladend wirken, verfrüht ambulante Zwangsmaßnahmen einzuleiten. Gleichfalls ist zu befürchten, dass Betreuer sich deshalb leicht zu einer Beantragung und schließlich auch Durchsetzung einer Zwangsbehandlung „überreden“ lassen, weil sie die Notwendigkeit nicht ausreichend selbst abschätzen können. Unter den gegenwärtigen Bedingungen dürften Betreuer deshalb als zuverlässiges Korrektiv gegenüber Wünschen von Ärzten und evtl. auch Einrichtungen oder Angehörigen ausscheiden.

Es ist uns allerdings durchaus bewusst, dass es Fallkonstellationen gibt, in denen eine Behandlung im Rahmen eines stationären Krankenhausaufenthaltes 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.

Es gibt nun einmal Fälle, in denen dringend benötigte Medikamente bisher ohne Komplikationen eingenommen wurden und in denen – z.B. bei fortschreitender Demenz – plötzlich die Einnahme ohne nachvollziehbaren Grund verweigert wird.

In solchen Fällen ist eine sogenannte verdeckte Medikamentengabe in dem vertrauten Wohnumfeld für den Betroffenen mit erheblich geringeren Belastungen und Gefährdungen verbunden als eine Zwangsbehandlung in einem Krankenhaus, wie sie nach gegenwärtigem Recht aber vorgeschrieben ist. Wenn die betreffenden Medikamente bisher keinerlei Komplikationen verursacht haben, ist die verdeckte Verabreichung auch nicht mit besonderen Gefahren verbunden, die einen Krankenhausaufenthalt (zumindest zur Beobachtung) erfordern würden.

Vor diesem Hintergrund könnten wir uns unter veränderten Rahmenbedingungen eine sehr eng begrenzte Ausnahmeregelung vorstellen. Dafür müssten aber zunächst die folgenden Voraussetzungen erfüllt sein:

Die Ausnahmeregelung müsste so formuliert werden, dass dadurch keine zusätzlichen Zwangsbehandlungen ermöglicht werden. Eine solche Behandlung in dem gewohnten Wohnumfeld des Betroffenen dürfte nur dann genehmigungsfähig sein, wenn dadurch eine andernfalls notwendige Zwangsbehandlung in einem Krankenhaus vermieden werden kann, also alle Voraussetzungen des § 1906a BGB in seiner derzeitigen Fassung mit Ausnahme der in Abs. 1 Nr. 7 geforderten Behandlung in einem Krankenhaus erfüllt sind.

Insbesondere muss auch sichergestellt sein, dass der in § 1906a Abs. 1 Nr. 4 geforderte Überzeugungsversuch professionell durchgeführt wird.

Es dürften ausschließlich Behandlungen zulässig sein, die ohne körperlichen Zwang - sondern lediglich durch eine verdeckte Medikamentengabe - vollzogen werden.

In der betreffenden Einrichtung muss ausreichendes sachkundiges Personal vorhanden sein, um jederzeit eingreifen zu können, falls es in Zusammenhang mit der Behandlung zu Komplikationen kommen sollte.

Da, anders als in einem Krankenhaus, im Fall von Komplikationen nicht unverzüglich auf ärztliche Hilfe zurückgegriffen werden kann, darf sich die verdeckte Medikamentengabe nur auf solche Medikamente beschränken, die zuvor über einen ausreichend langen Zeitraum freiwillig eingenommen wurden, damit unerwünschte und möglicherweise gefährliche Nebenwirkungen so gut wie ausgeschlossen sind.

Wie schon erwähnt, sind Betreuer in entsprechenden Situationen zum Teil überfordert, da Ihnen die notwendige Sachkunde fehlt, um sich ein eigenes Urteil über die Notwendigkeit einer Behandlung gegen den natürlichen Willen eines Klienten und mögliche Alternativen zu bilden. Diesem Problem sehen sich vor allem ehrenamtliche Betreuer ausgesetzt, die wiederum mehr als die Hälfte aller rechtlichen Betreuungen führen. Sofern es sich um einen ehrenamtlichen Betreuer aus dem sozialen Nahbereich, z.B. um einen engen Angehörigen, handelt, ergibt sich zudem aus der persönlichen Bindung auch eine eigene Betroffenheit, was die für eine Entscheidung alleine im Interesse des Betroffenen erforderliche professionelle Distanz verhindert.

Berufsbetreuer sind aus oben genannten Gründen ebenfalls nicht selten überfordert. Es fehlt zurzeit an einer speziellen Ausbildung für Berufsbetreuer und für Verfahrenspfleger, die sich mit entsprechenden Fragestellungen befassen. Angesichts der grundrechtlich tiefgreifenden Wirkungsmöglichkeiten rechtlicher Betreuung ist das ein nicht tragbarer Zustand.

Wir halten es daher für angebracht, in besonderen Situationen - neben dem eigentlichen Betreuer - speziell geschulte Betreuer einzusetzen. Betreuer mit einer Spezialqualifikation („Fachbetreuer für Zwangsmaßnahmen“ oder etwas weiter gefasst „Fachbetreuer 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 unter der Voraussetzung einer richterlichen Genehmigung vorbehalten sein. Mit den genannten Maßnahmen würden deutliche Impulse gesetzt zur grundlegenden Fortentwicklung der psychiatrischen Versorgung, 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 sollten Betreuer ausgebildet werden, die besondere Kenntnisse in medizinischen Fragen vorweisen können, die 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 Betroffenen zu der Einnahme von Medikamenten zu erhalten. Eine solche gut ausgebildete Vertretung der Interessen des Betroffenen ist umso notwendiger, da der Betroffene kaum die Chance haben dürfte, sich selbst rechtlich gegen die Zwangsbehandlung zu wehren. Da es ausschließlich um eine sogenannte „verdeckte Medikamentengabe“ ohne körperlichen Zwang gehen darf, kann diese naturgemäß nur funktionieren, wenn sie heimlich erfolgt - sie kann deshalb gerade nicht angekündigt werden, so dass der Betroffene keinen Anlass dafür hat, den Rechtsweg zu beschreiten.

Unabhängig davon ist es unseres Erachtens notwendig, den Bereich der Zwangsbehandlungen stärker wissenschaftlich zu begleiten, um mögliche Alternativen entwickeln zu können.

Dies betrifft auch gerade die Betreuung sogenannter Mehrfachbehinderter, die nach Eintritt der Volljährigkeit von Ihren Eltern betreut werden. Bei diesen besteht häufig eine generelle Abwehrhaltung, während gerade bei diesem Personenkreis eine ständige Behandlung in Verbindung mit einer ständigen Kontrolle notwendig ist. In der Praxis werden medizinische Behandlungen dann häufig „am Gesetz vorbei“ vorgenommen. Wenn man die gesetzlichen Vorgaben auch in solchen Fällen einhalten will, ist das unter den derzeitigen Voraussetzungen kaum zu handhaben, weil eine Art. „Dauerzwangsbearbeitung“ notwendig ist.

*Aus den bereits genannten Gründen sollte eine ambulante Zwangsbehandlung unter den zurzeit gegebenen Bedingungen weiterhin unzulässig bleiben, eine sehr eingeschränkte Ausnahmeregelung lässt sich unseres Erachtens nur in mittlerer Zukunft unter verbesserten Rahmenbedingungen verantworten.*

Hamburg, 16.04.2019