

Kliniken Landkreis Heidenheim gGmbH
Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik
Dr. Martin Zinkler
Schloßhaustraße 100
D-89522 Heidenheim
Telefon: +49 (0)7321 33 2452
Fax: +49 (0)7321 33 2453
www.kliniken-heidenheim.de
martin.zinkler@kliniken-heidenheim.de

An den Deutschen Bundestag
Ausschuss für Recht und Verbraucherschutz

20.04.2017

Gesetzesentwurf der Bundesregierung - Entwurf eines Gesetzes zur Änderung der materiellen Zulässigkeitsvoraussetzungen von ärztlichen Zwangsmäßignahmen und zur Stärkung des Selbstbestimmungsrechts von Betreuten - BT-Drucksache 18/11240

Sehr geehrte Frau Künast, sehr geehrte Damen und Herren

Ich danke Ihnen herzlich für die Gelegenheit zur Stellungnahme in diesem Gesetzgebungsverfahren.

1. Für Menschen, die sich freiwillig im Krankenhaus befinden, soll nun die Möglichkeit einer Zwangsbehandlung geschaffen werden. Die Tatsache, dass die Betroffenen aber nicht das Krankenhaus verlassen können oder wollen, weist auf ihre **besondere Schutzbedürftigkeit** hin, z.B. wenn diese Menschen keinen anderen Aufenthaltsort haben oder sich nicht woanders hinbegeben können. Sie sind damit mehr als andere Menschen dem Krankenhaus, seinen Abläufen und seinen Mitarbeitern ausgeliefert.

2. Der Wille der Betreuten soll gestärkt werden, so der Gesetzentwurf. Die Feststellung von **Einwilligungsunfähigkeit**, wie im Entwurf vorgesehen, schwächt jedoch den Willen der Betreuten und bestätigt das Ausgeliefertsein dem Krankenhaus. Hier liegt mein erster und wichtigster Kritikpunkt am Gesetzentwurf. Der Wille und die Präferenzen (*will and preferences* im Wortlaut der UN Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderungen) des Betreuten würden erst dann gestärkt, wenn bei der Bestimmung des Willens dem Allgemeinen Kommentar zu Art. 12 der UN-BRK gefolgt würde.

www.institut-fuer-menschenrechte.de/fileadmin/user_upload/Publikationen/Weitere_Publikationen/Informationen_zu_General_Comment_Nr_1_MSt_2015.pdf

Hier heißt es:

Under article 12 of the Convention, perceived or actual deficits in mental capacity must not be used as justification for denying legal capacity. (...) The concept of mental capacity is highly controversial in and of itself. Mental capacity is not, as is commonly presented, an objective, scientific and naturally occurring phenomenon. Mental capacity is contingent on social and political contexts, as are the disciplines, professions and practices which play a dominant role in assessing mental capacity. (...)

The functional approach attempts to assess mental capacity and deny legal capacity accordingly. It is often based on whether a person can understand the nature and consequences of a decision and/or whether he or she can use or weigh the relevant information. This approach is flawed for two key reasons: (a) it is discriminatorily applied to people with disabilities; and (b) it presumes to be able to accurately assess the inner-workings of the human mind and, when the person does not pass the assessment, it then denies him or her a core human right — the right to equal recognition before the law. In all of those approaches, a person's disability and/or decision making skills are taken as legitimate grounds for denying his or her legal capacity and lowering his or her status as a person before the law. Article 12 does not permit such discriminatory denial of legal capacity, but, rather, requires that support be provided in the exercise of legal capacity.

Ärztliche Zwangsmaßnahmen kommen dann nur noch in Frage, wenn *Unsicherheit über den Willen des Betroffenen* besteht und *nur durch die ärztliche Zwangsmaßnahme* eine Lebensgefahr oder gesundheitlicher Schaden abgewendet werden können.

3. Gerne berichte ich Ihnen aus unserer Klinik, wie die **Beachtung des Willens und der Präferenzen** aussehen kann. Wir hatten in der Heidenheimer Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik seit 2011 mit insgesamt über 7000 stationären Behandlungen nur einen einzigen Fall, in dem (die Einwilligung des Betreuers in) eine Zwangsbehandlung gerichtlich genehmigt wurde. Dabei handelte es sich um die Behandlung einer lebensgefährlichen Schilddrüsenüberfunktion. Unsicherheit über den Willen und die Einstellungen des Patienten bestand insofern, als er zwar die Behandlung der Schilddrüsenerkrankung ablehnte, aber nicht sterben wollte. Um diesem Widerspruch Rechnung zu tragen und um sein Leben zu erhalten, wurde eine Zwangsbehandlung mit Schilddrüsenmedikamenten durchgeführt. Die psychische Erkrankung des Patienten wurde nicht zwangsbehandelt, denn sie war nicht lebensgefährlich.

In allen anderen Fällen gelang es uns, manchmal erst nach langen Verhandlungen, eine einvernehmliche Behandlung zu vereinbaren ohne Gesundheit oder Leben unserer Patienten zu gefährden.

4. Seit der Wiedereinführung der Zwangsbehandlung nach BGB im Jahr 2013 wurden in psychiatrischen Kliniken in Bayern bei mindestens **0,5% der Patienten Zwangsbehandlungen** durchgeführt (Albus, Brieger und Schreiber (2015) *Zwangdbehandlung mit Psychopharmaka*. R&P 33: 193–197). Das wären in Heidenheim seit 2011 mindestens 35 Patienten gewesen. Es gibt also bei der

Anwendung von Zwangsbehandlungen, wie auch bei der Anwendung von anderen Zwangsmaßnahmen in psychiatrischen Kliniken, erhebliche Unterschiede.

Von ultima ratio in der Anwendung von Zwangsbehandlungen kann kaum die Rede sein, wenn eine Klinik mit viel weniger Zwangsbehandlungen auskommt als eine andere. Vielmehr dürfte es sich um unterschiedliche Haltungen der Akteure (Ärzte, Angehörige, Betreuer, Gerichte, Ethik-Komitees, Krankenhausmanager) und unterschiedliche Auslegung der gesetzlichen Bestimmungen handeln, die solche Unterschiede erklären. Die Heidenheimer Klinik hält sich bei diesen Fragen an die Vorgaben im Allgemeinen Kommentar zu Artikel 12 und kommt damit zu viel weniger Zwangsbehandlungen als die Kliniken in Bayern, die sich an die BGB-Vorgaben halten.

Der vorliegende Gesetzentwurf legt demnach – ebenso wie die Neufassung von §1906 BGB von 2013 - die **Hürden für Zwangsbehandlungen zu niedrig** und verfehlt damit das Ziel, die Anwendung von ärztlichen Zwangsmaßnahmen auf ein Minimum zu reduzieren.

Dabei stehen der Heidenheimer Klinik keine besonderen personellen oder baulichen Ressourcen zur Verfügung, die nicht in anderen Kliniken auch vorgehalten würden. Die Klinik erfüllt die Pflicht- und Regelversorgung für den Landkreis.

5. Erst allmählich findet das Konzept der **unterstützten Entscheidungsfindung** in der deutschen Medizin Einzug. Seit diesem Jahr gibt es von der Weltgesundheitsorganisation ein Trainingsmanual zur unterstützten Entscheidungsfindung nach dem Allgemeinen Kommentar zu Artikel 12 (<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/254805/1/WHO-MSD-MHP-17.5-eng.pdf>). Das ist der internationale Standard. Der Bundestag täte also gut daran, im vorliegenden Gesetzentwurf auf die unterstützte Entscheidungsfindung abzuheben, um den Anschluss an die Umsetzung der Menschenrechte nicht zu verpassen. Für Deutschland steht in diesen Fragen viel auf dem Spiel.

6. Ich möchte den Mitgliedern des Rechtsausschusses im Deutschen Bundestag Mut machen:
Geben Sie den Ärztinnen und Ärzten mit einer deutlich höheren Schwelle für ärztliche Zwangsmaßnahmen die Aufgabe, **Wille und Einstellungen** (*will and preferences*) ihrer Patienten zu beachten und stärken Sie damit die Anwendung von unterstützter Entscheidungsfindung in den Kliniken. Dafür gibt es mit dem Einsatz von Peers, also von Mitarbeitern, die als Patienten Erfahrung mit der Psychiatrie gemacht haben, bereits vielversprechende Ansätze.

Gleichzeitig möchte ich Sie auffordern, die Psychiatrie mit diesen Aufgaben nicht alleine zu lassen. Die *derzeitige Praxis* lässt den Ärzten erheblichen Entscheidungsspielraum, obwohl es sich dabei nicht nur um medizinische, sondern auch um ethische und rechtliche Fragen handelt: die Betreuer entscheiden stellvertretend für die Patienten, sie orientieren sich dabei an den Empfehlungen der Ärzte; die Gerichte genehmigen die Einwilligung der Betreuer

in die Zwangsbehandlung anhand von ärztlichen Gutachten. Nur allzu leicht folgen die Betreuungsgerichte der ärztlichen Feststellung von Einwilligungsunfähigkeit und der ärztlichen Definition, was ein erheblicher gesundheitlicher Schaden ist.

Bundesweit wurden in 2014 und 2015 5745 bzw. **5682 Zwangsbehandlungen** gerichtlich genehmigt (etwa 0,7% der stationär psychiatrisch behandelten Patienten), bei jeweils etwa 400 Ablehnungen (Bundesamt für Justiz 2017, https://www.bundesjustizamt.de/DE/SharedDocs/Publikationen/Justizstatistik/Betreuungsverfahren.pdf?__blob=publicationFile&v=12). Die Feststellung des Willens und der Präferenzen der Betroffenen kommt bei dieser Praxis zu kurz.

Erst wenn die Betreuer im Sinne einer Entscheidungsassistenz tätig werden und die Gerichte streng nach dem Willen und den Präferenzen der Patienten entscheiden, wird *Gleichheit vor dem Recht* für die Betroffenen erreicht.

Positiv am Gesetzentwurf möchte ich die Begrenzung der Zwangsbehandlung auf einen stationären Aufenthalt im Krankenhaus und die Verpflichtung der Betreuer zur Unterstützung bei Patientenverfügungen hervorheben.

Mit freundlichen Grüßen

Dr. Martin Zinkler
Chefarzt der Klinik