

Protokoll^{*)}
der 105. Sitzung

10. Dezember 2012,
Berlin, Paul-Löbe-Haus, Raum E 200

Beginn der Sitzung: 11.01 Uhr

Vorsitzender: Siegfried Kauder (Villingen-Schwenningen), MdB

Öffentliche Anhörung

Gesetzentwurf der Fraktionen der CDU/CSU und FDP

S. 1 - 64

Entwurf eines Gesetzes zur Regelung der betreuungsrechtlichen Einwilligung in eine ärztliche Zwangsmaßnahme

BT-Drucksache 17/11513

Vorsitzender Siegfried Kauder (Villingen-Schwenningen): Meine Damen und Herren, ich eröffne die Sitzung des Rechtsausschusses mit einer öffentlichen Sachverständigenanhörung! Ein Hinweis an die Zuschauerinnen und Zuschauer: Ton- und Bildaufnahmen sind entsprechend unseren üblichen Gepflogenheiten nicht erlaubt.

Wir behandeln heute das Thema Zwangsmaßnahmen. Ich danke den Sachverständigen, dass sie sich vorbereitet, teilweise schriftliche Stellungnahmen abgegeben haben und uns heute mit ihrem Rat zur Verfügung stehen, soweit sie hier sind. Vier von ihnen werden sich fragen: „Wieso denn nochmals eine Anhörung? Wir hatten es doch erst vor kurzem hier?“ Nun, das war seinerzeit ein Berichterstattegespräch. Dies hindert uns jedoch nicht daran, noch eine öffentliche Sachverständigenanhörung mit mehr Sachverständigen zu machen. Deswegen also sind einige von Ihnen heute zum zweiten Mal hier. Denen danke ich besonders!

Professor Lipp kommt etwa 50 Minuten später, was nicht an ihm liegt, sondern an den Flügen, die heute verspätet eintreffen. Wir fangen trotzdem an.

Die Spielregeln sind bei uns so: Jeder bekommt fünf Minuten Zeit für ein Statement, da oben läuft die Uhr mit. Ich lasse nicht, wenn die Uhr auf Null steht, das Fallbeil runter! Wenn Sie noch mitten im Satz sind oder noch ein, zwei Sätze zu sagen haben, lasse ich das in aller Regel zu.

Wir beginnen jetzt mit dem Statement des Herrn Dodegge, Richter am Amtsgericht Essen, bitte schön!

SV Georg Dodegge: Meine Damen und Herren Abgeordneten, Herr Vorsitzender! Herzlichen Dank für die Einladung! Ich möchte mein Statement kurz zusammenfassen und von dem Grundgedanken und der Zielrichtung her den Gesetzentwurf ausdrücklich begrüßen. Er stellt aus meiner Sicht den Rechtszustand wieder her,

Unruhe in der Zuhörerschaft auf der Tribüne

.... wie er mit der geltenden Rechtsprechung bis zur Jahresmitte gegolten hat. Hinzu kommt, dass der Entwurf wesentliche verfahrensrechtliche Regelungen zur Sicherung des Betroffenen und besondere gerichtlichen Kontrollen vorsieht. Aus meiner Sicht besteht aus Sicht der Praxis auch Bedarf für den Gesetzgebungsentwurf. Das habe ich in meinen schriftlichen Ausführungen noch einmal mit Entscheidungen aus der jüngeren Geschichte belegt. Der Entwurf beachtet aus meiner Sicht auch die verfassungsrechtlichen Vorgaben und setzt sie um, insbesondere im Hinblick auf die strenge Beachtung des Verhältnismäßigkeitsgrundsatzes im Spannungsfeld zwischen Beachtung der Freiheit des Betroffenen und der Krankheit. Zugleich sind ausreichende Kontrollen und Sicherungen verfahrensrechtlicher Art vorgesehen. Ich habe näher ausgeführt, dass ich die gesetzliche Verankerung lieber in § 1901 oder § 1904 BGB gesehen hätte anstatt in § 1906 BGB, weil das gesetzessystematisch aus meiner Sicht dort besser hingehörte und ...

Zurufe von der Tribüne.

Vorsitzender Siegfried Kauder (Villingen-Schwenningen): Entschuldigung, Herr Dodegge, ich unterbreche kurz!

Ich weise nochmals darauf hin, dass auf der Tribüne keine Mitschnitte und keine Fotografien angefertigt werden dürfen und störende Zwischenrufe zu unterlassen sind!

Erneute zahlreiche Zurufe von der Tribüne.

Ich habe durchaus Verständnis für emotionale Äußerungen Betroffener! Das lautstarke Reinrufen ist aber inakzeptabel! Wenn ich das zulasse, haben wir demnächst Beifall und Buh-Rufe auf der Galerie – das wollen wir nicht. Wir wollen unbefangenen Sachverständige anhören können und uns dann unsere Meinung bilden. Sie können sich als Bürger gerne auch schriftlich äußern, können an den Ausschuss schreiben, überhaupt kein Problem! Es ist Ihr demokratisches Recht! Aber wir müssen hier unsere Spielregeln einhalten. Das sind wir auch den Sachverständigen schuldig, die von weither angereist sind und sich Mühe gegeben haben. Wenn das nicht funktioniert, lasse ich die Tribüne räumen!

Und damit fahren wir fort mit dem Statement des Herrn Dodegge, Richter am Amtsgericht Essen, bitte schön!

SV Georg Dodegge: Ich war dabei stehengeblieben, dass ich mir eine andere gesetzliche Verankerung und eine Ergänzung des § 1896 Absatz 4 BGB gewünscht hätte, der bisher schon regelt, dass die Befugnis des Betreuers für Eingriffe in das Post- und Telekommunikationsrecht ausdrücklich aufgeführt werden muss. Ich würde dafür plädieren, dass das in Zukunft auch hinsichtlich der Zwangsbehandlung notwendig ist, damit für den Rechtsverkehr klar und deutlich erkennbar ist, ob ein Betreuer dieses Recht hat oder nicht.

Dann sehe ich zu einzelnen Punkten noch Ergänzungsbedarf. Vom Anwendungsbereich der Überprüfung der Einwilligung des Betreuers würde ich mir wünschen, dass man im Gesetz festhält, dass es „gegen den manifestierten natürlichen Willen“ heißt, damit klar zum Ausdruck kommt, dass der Betroffene nach außen hin erkennbar die Behandlung ablehnen muss. Als Zweites würde ich mir wünschen, dass man vorschreibt, einen ernsthaften Versuch seitens der Ärzte voranzuschalten, eine Einwilligung in die Therapie und die Behandlung zu erreichen. Dann würde ich mir wünschen, dass man in § 1906 Absatz 3 Nummer 2 BGB klarstellt, dass das Gericht bei der Genehmigung einer Zwangsbehandlung die eigene Patientenverfügung, Behandlungswünsche und den mutmaßlichen Willen des Betroffenen zu beachten hat. Das sieht zwar in Bezug auf die Patientenverfügung jetzt schon § 1901a BGB vor, die Erfahrung der Vergangenheit zeigt aber, dass solche Dinge in der gerichtlichen Praxis leicht übersehen werden, und für mich ist das ein elementar wichtiger Punkt, dass solche Dinge im Genehmigungsverfahren berücksichtigt werden. Verfahrensrechtlich würde ich mir dazu passend wünschen, dass die Gerichte verpflichtet werden, das Vorsorgeregister dahingehend abzufragen, ob dort Patientenverfügungen hinterlegt sind, bevor eine gerichtliche Genehmigung ergehen kann. Ich hatte mir in der Stellungnahme auch gewünscht, dass hinsichtlich der Qualifikation des Arztes, der Attest und Gutachten ausstellt, eine Verbesserung aufgenommen wird. Das ist mit dem Änderungsvorschlag der CDU/CSU-Fraktion erfolgt, so dass dies keine Rolle mehr spielt. Die in diesem Änderungsvorschlag gleichfalls enthaltenen Ergänzungen in Artikel 2 Nummer 1 des

Gesetzesentwurf treffen auf mein volles Einverständnis. Zu begrüßen ist auch die Änderung, dass man in § 1906 Absatz 3 Nummer 3 BGB die Worte „dem Betreuten“ einfügt, weil so klargestellt wird, dass die Sicht des Betreuten das Wichtige in dem Genehmigungsverfahren ist. Hinsichtlich der Qualifikation des Gutachters und Sachverständigen und des ausstellenden Arztes ist mir wichtig, aus der Praxis darauf hinzuweisen, dass die Einschränkung, dass der Arzt in der Psychiatrie erfahren sein muss, in der Praxis keine bedeutende Einschränkung nach sich führen wird, weil die gerichtliche Praxis dahin geht, auch den Hausarzt als in der Psychiatrie erfahren zu betrachten, weil er demente Patienten, psychisch kranke Patienten, behandelt. Und deswegen gibt es aus dem nordrhein-westfälischen Gesundheitsministerium einen entsprechenden Erlass zum Gesetz über Hilfen und Schutzmaßnahmen bei psychischen Krankheiten NRW (PsychKG-NRW), wonach solche Ärzte auch als erfahren gelten. Da sollte man vielleicht noch nachbessern. Danke!

Vorsitzender Siegfried Kauder (Villingen-Schwenningen): Herr Dodegge, ich danke Ihnen! Wir kommen jetzt zu Frau Fricke. Bitte schön!

Sve Ruth Fricke: Meine Damen und Herren, ich bedanke mich zunächst einmal für die Einladung und dafür, dass ich hier Stellung nehmen darf! Bekanntlich lehnt der Bundesverband Psychiatrie-Erfahrener e. V. (BPE) psychiatrische Zwangsbehandlung in jeder Form ab. Er lehnt daher auch die Legalisierung der Zwangsbehandlung durch den vorliegenden Gesetzesentwurf ab – das würde ich anmerken zu den Vorschlägen von Herrn Dodegge, wonach er das an andere Paragraphen anknüpfen möchte. Er fordert zudem die ersatzlose Streichung von § 1906 BGB. Zwangsbehandlung und andere Zwangsmaßnahmen schädigen die Gesundheit der Betroffenen, indem sie dem ursprünglichen, die aktuelle Krise auslösenden Trauma ein weiteres hinzufügen, wodurch das Ursprungstrauma überdeckt wird und einer Aufarbeitung nicht mehr zugänglich ist. Psychopharmaka unterdrücken allenfalls die Symptome, beseitigen aber nicht die Ursache der Krise. Beides zusammen führt letztendlich zur Chronifizierung und Frühberentung der Betroffenen, zum großen Teil auch zu einer kürzeren Lebenserwartung. Sie würden den Betroffenen viel Leid und unserem Sozialversicherungssystem und der Sozialhilfe viel Geld ersparen, wenn Sie auf die Legalisierung psychiatrischer Zwangsbehandlungen und anderer Zwangsmaßnahmen verzichten würden, indem

Sie § 1906 BGB oder andere Alternativen dazu ersatzlos streichen oder gar nicht erst einführen würden! Sowohl der vorliegende Gesetzentwurf als auch § 1906 BGB sind mit der UN-Behindertenrechtskonvention nicht vereinbar, zu deren Umsetzung sich die Bundesrepublik Deutschland mit der Ratifizierung im März 2009 verpflichtet hat. In Artikel 4 der Konvention heißt es u. a., dass sich die Bundesrepublik Deutschland dazu verpflichtet, alle geeigneten Gesetzgebungs-, Verwaltungs- und sonstigen Maßnahmen zur Umsetzung der in diesem Übereinkommen anerkannten Rechte zu treffen; alle geeigneten Maßnahmen einschließlich gesetzgeberischer Maßnahmen zur Änderung oder Aufhebung bestehender Gesetze, Verordnungen, Gepflogenheiten und Praktiken zu treffen, die eine Diskriminierung von Menschen mit Behinderungen darstellen; den Schutz und die Förderung der Menschenrechte von Menschen mit Behinderungen in allen politischen Konzepten und Programmen zu berücksichtigen; Handlungen oder Praktiken, die mit diesem Übereinkommen unvereinbar sind, zu unterlassen und dafür zu sorgen, dass die staatlichen Behörden und öffentlichen Einrichtungen im Einklang mit diesem Übereinkommen handeln. Und – ein Punkt, der, was die Möglichkeit, andere Konzepte zu entwickeln anbelangt, mir noch besonders wichtig ist: Die Schulung von Fachkräften und anderem mit Menschen mit Behinderungen arbeitendem Personal auf dem Gebiet der in diesem Übereinkommen anerkannten Rechte zu fördern, damit die aufgrund dieser Rechte garantierten Hilfen und Dienste besser geleistet werden können.

Was sind nun die wesentlichen Rechte, die aus der UN-Konvention folgen? Nach Artikel 1 der Konvention umfasst der Begriff „behinderte Menschen“ auch Menschen mit langfristigen seelischen Schädigungen, die sie im Zusammenhang mit verschiedenen Barrieren daran hindern können, gleichberechtigt mit anderen uneingeschränkt und wirksam an der Gesellschaft teilzunehmen. Psychisch erkrankte bzw. seelisch behinderte Menschen im Sinne des Betreuungs- und Unterbringungsrechts werden daher vom Schutzzweck und Anwendungsbereich der UN-Konvention erfasst. Nach Artikel 12 sind behinderte Menschen nicht nur rechtsfähig, sondern auch für alle Lebensbereiche geschäfts- und handlungsfähig und damit auch einwilligungsfähig. Dieses Institut der Nichteinwilligungsfähigkeit, was hier immer genannt wird, gibt es demzufolge nach der UN-Konvention nicht – was dann eine wichtige Rolle auch im Zusammenhang mit Artikel 17 spielt. Artikel 14 garantiert das gleichberechtigte Recht auf Freiheit der Person. Niemandem darf

aufgrund seiner Behinderung die Freiheit entzogen werden. Artikel 15 verbietet grausame, unmenschliche und erniedrigende Behandlungen. Dazu gehören auch Isolierung und Fixierung. Artikel 17 garantiert auch Menschen mit Behinderung das Recht auf Achtung der körperlichen und seelischen Unversehrtheit. Hieraus folgt das Verbot der Zwangsbehandlung, da es laut Artikel 12 die sogenannte Nichteinwilligungsfähigkeit gar nicht gibt. Es wäre allenfalls noch eine Behandlung ohne Zustimmung im Fall von Notfallmedizin möglich. Den psychiatrischen Notfall habe ich noch nicht so recht erkennen können. Artikel 19 garantiert darüber hinaus die freie Wahl des Aufenthaltsortes und der Wohnform. Dies gilt auch mit Rückbezug auf Artikel 14. Eine geschlossene Unterbringung in Heimen für allgemeinpsychiatrische Patienten oder aufgrund der psychischen Erkrankung wäre somit durch Zwangseinweisung nicht möglich. Ich denke, die an der UN-Konvention orientierten Urteile des Bundesverfassungsgerichts und des Bundesgerichtshofs hätten eigentlich dazu führen müssen, darüber nachzudenken, wie ein Hilfesystem – nicht ein Versorgungssystem klassischer Art – organisiert werden muss. Die Baden-Württemberger haben wenigstens ein Stückchen darüber nachgedacht, bevor man sich überlegt, wie man ein System wie das der Zwangsbehandlung, das dem Menschen Schaden zufügt, wieder legalisiert. Ich danke!

Vorsitzender Siegfried Kauder (Villingen-Schwenningen): Danke Ihnen, Frau Fricke! Wir kommen nun zu Herrn Dr. Grotkopp, Richter am Amtsgericht Ratzeburg. Bitte!

SV Dr. Jörg Grotkopp: Meine Damen und Herren Abgeordnete und Mitglieder hier im Ausschuss, Herr Vorsitzender! Auch ich danke für die Einladung, muss mich aber zugleich entschuldigen: Eine Mandelentzündung hat mich letzte Woche daran gehindert, Ihnen schriftlich etwas hereinzureichen, also müssen Sie auf das spontane Wort heute hier gefasst sein. Ich freue mich, dass ich heute hier teilnehmen kann, denn das Thema Zwangsbehandlung beschäftigt mich schon längere Zeit und ich habe auch ein bisschen dazu geschrieben. Denjenigen, der es gelesen hat, wird es nicht wundern, dass ich den Gesetzentwurf sehr begrüße, insbesondere auch die zeitlichen Zusammenhänge. Denn die – jedenfalls für denjenigen, der sich mit dieser Materie eingehend befasst hat – doch sehr überraschenden Entscheidungen des Bundesgerichtshofes aus dem Juni führen dazu, dass ein erheblicher Handlungsbedarf besteht. Und wenn man – der Kollege Dodegge hat es schon

angesprochen – auf die instanzgerichtlichen Entscheidungen der letzten Zeit schaut – ich zitiere nur Amtsgericht Elmshorn oder Landgericht Kassel oder Amtsgericht Offenbach –, zeigen die, dass in der Praxis vor Ort eine erhebliche Unsicherheit, eine Hilflosigkeit und ein Bedarf dafür besteht, für den jeweiligen Amtsrichter ein Handlungsspektrum an die Hand zu bekommen; auch für die Betroffenen vor Ort. Ich möchte das Augenmerk auf die amtsgerichtliche Praxis und dann aber auch auf das Rechtliche richten und auch betonen, dass für den Amtsrichter vor Ort – wie wir eben auch gehört haben – die grundsätzliche Zwangsbehandlungsthematik nicht die beherrschende ist. Frau Fricke hat das kurz angesprochen, sie würde den „psychiatrischen Notfall“ nicht erkennen. Für den Richter im Amtsgericht spielt der psychiatrische Notfall eine große Rolle! Es ist eine akute Situation, in der gehandelt werden muss. Und vor diesem Hintergrund brauchen wir eine rechtliche Grundlage – und ich freue mich darüber, dass jetzt eine systemkonforme vorliegt, die ich in großen Zügen begrüße. Der Kollege Dodegge hat schon zu einzelnen Normen etwas angemerkt, da will ich auch nicht hintenan stehen, sondern noch zwei, drei Dinge anmerken. Im BGB soll § 1906 ergänzt werden. Da hätte ich nicht so große Bedenken, das kann von mir aus auch im § 1906 geschehen. Ich weise nur auf die Lücke hin, die zum Unterbringungsrecht besteht. Ich kann aus den Materialien nicht entnehmen, ob die Handlungsmöglichkeit des Betreuers oder Vorsorgevollmachtnehmers ohne gerichtliche Genehmigung bewusst aufgenommen wurde. Es ist ja so, dass eine Unterbringung ohne betreuungsgerichtliche Genehmigung erfolgen kann, das durch den Betreuer und den Vorsorgevollmachtnehmer dann aber unverzüglich nachgeholt werden muss. Da haben wir im neuen Entwurf jetzt eine Lücke zwischen Unterbringung und Zwangsbehandlung. Darüber muss man sich Gedanken machen, ob sie so gewollt ist oder nicht. Ich wollte nur darauf hinweisen, dass da ein kleiner Bruch besteht. Die Zwangsbehandlung wird jetzt im Rahmen der Heilbehandlung angesiedelt, so wie es auch vom Bundesgerichtshof ausgegangen ist. Hier hätte man überlegen können, ob wir die Zwangsbehandlung nicht auch bei der Eigengefährdung brauchen, bei § 1906 Absatz 1 Ziffer 1 BGB. Es wäre aber unschädlich, wenn es so bleibt. Dann werden wir wahrscheinlich eine Veränderung in den Tatbeständen haben, denn bislang war es auch schon so, dass im Rahmen einer Unterbringung wegen der Eigengefährdung eine Zwangsbehandlung erforderlich wurde. Da wird man in Zukunft schauen müssen, wenn es denn so bleibt, ob wir die Tatbestände inhaltlich

nicht ein bisschen verschieben, wenn eine Zwangsbehandlung notwendig ist, ob man dann auf diesen Unterbringungstatbestand gehen muss. Zum Verfahrensrecht habe ich auch nur zwei, drei Anmerkungen zu machen. § 312 FamFG-E soll die Frage neu definieren, was Unterbringungssachen sind. Das ist nach meiner Auffassung etwas kompliziert geraten. Durch die Formulierung „und Zwangsbehandlung“ ist mir nicht ganz klar, ob nun die Genehmigung zur Zwangsbehandlung eine Unterbringungssache ist. Das wird sie wohl nicht sein, weil wir die Normen dann für entsprechend anwendbar erklären. Das ist sprachlich für mich noch nicht so ganz klar, da könnte man vielleicht etwas nachfeilen. Zu begrüßen ist die Festschreibung der Qualifikation des Sachverständigen, Herr Dodegge hat es schon angesprochen. Solche deklaratorischen Dinge sind sinnvoll, auch im Rahmen der einstweiligen Anordnung, denn die beherrscht das Tagesgeschäft. Das ist das, was den Richter vor Ort wirklich beschäftigt, und da ist es gut, wenn drinsteht, dass der Arzt Erfahrung auf dem Gebiet der Psychiatrie haben oder sogar ein Facharzt sein muss. Ein Letztes: Dass tenoriert werden soll, dass der Arzt die Maßnahmen zu dokumentieren und zu überwachen hat, das ist ganz gut und schön, aber ich glaube nicht, dass der Amtsrichter dem Arzt da irgendwelche Vorschriften wird machen können. Es ist deklaratorisch in Ordnung und insofern unschädlich, aber zwingend wird es wohl nicht notwendig gewesen sein. Ich danke für Ihre Aufmerksamkeit!

Vorsitzender Siegfried Kauder (Villingen-Schwenningen): Ich danke Ihnen für Ihre Ausführungen! Wir kommen jetzt zu Frau Dr. Iris Hauth, St. Joseph-Krankenhaus, Berlin. Bitte schön!

Sve Dr. med. Iris Hauth: Sehr geehrter Herr Vorsitzender, sehr geehrte Abgeordneten! Ich hatte am Freitag noch eine Stellungnahme geschickt, ich würde jetzt in Kürze zusammenfassen, was mir daran wichtig ist. An der Stelle würde ich nochmals betonen: Die therapeutische Kultur in Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie hat in den letzten 20, 30 Jahren Veränderungen erfahren. Veränderungen in der Form, dass Gespräche, vertrauensbildende Maßnahmen, *shared decision making* im Vordergrund stehen, und damit auch der Respekt vor der Autonomie des Patienten. Aber es gibt natürlich Zustände und Krankheitsbilder, die bei aller Mühe und auch zeitlichem Einsatz von Gesprächen nicht zu einer Situation führen, wo Einverständnis über die Behandlungsmaßnahmen zwischen Patient und

Ärzten entstehen können. Und das sind nicht nur die engen psychiatrischen Erkrankungen, wie Psychosen oder Manien, das sind auch geistig behinderte Patienten mit akuten psychischen Erscheinungen, das sind auch neurologisch und internistisch Erkrankte, die eine akute Situation haben. Früher nannte man das „Durchgangssyndrom“, also vorübergehende Einschränkungen. Aber es gibt natürlich auch Hirnverletzte, es gibt auch Demenzerkrankte, die dauerhaft eingeschränkt sind, ihrer Möglichkeit entsprechend in Behandlungsmaßnahmen einzuwilligen bzw. ein Verständnis für umfassende Maßnahmen, deren Bewertung und auch Entscheidungen zu haben. Insofern halte ich diesen Gesetzentwurf und diese Initiative und dass sie auch so zeitnah kommt, für sehr wichtig, um Ärzten aus dem Dilemma zu helfen, auf der einen Seite helfen und behandeln zu wollen und zu müssen, auf der anderen Seite aber auch natürlich die Autonomie des Patienten entsprechend zu berücksichtigen. Ich hatte einige Fallbeispiele dazu angeführt und ich möchte an der Stelle nochmals sagen: Es wird hier wenig zwischen Behinderung im Sinne der UN-Behindertenkonvention und akuter psychischer Erkrankung differenziert. Eines meiner Fallbeispiele war z. B. eine junge Frau, die nach der Geburt akut eine psychotische Störung entwickelt hat und sich im Rahmen dieser Psychose verfolgt, bedroht fühlte und sich selbst und dem Baby das Leben nehmen wollte, um das Kind vor der entsprechenden schlechten Welt zu schützen. Und wenn man in solchen Zuständen keine Möglichkeit hat – und das sind akute Zustände –, auch entsprechend behandeln zu können, brauche ich Ihnen die Folgen nicht weiter zu schildern. Insofern: Im Einzelnen empfinde ich den Gesetzentwurf als sehr ausgewogen und auch den Vorgaben des Verfassungsgerichts und des BGHs entsprechend. Auch, dass hohe Hürden eingebaut sind und eine Zweistufigkeit besteht – also Unterbringung einerseits und dann für die Zwangsbehandlung noch einmal ein neues Verfahren. Auch die Indikationen, also für wen die Zwangsmaßnahmen in Frage kommen, sind sehr praxisgerecht. Auch, dass Vorsorgevollmacht und Patientenverfügung in den Vordergrund gestellt werden, so dass Patientenverfügung und Vorsorgevollmacht, die im Rahmen der Einwilligungsfähigkeit beschlossen worden sind, allem anderen vorgehen. Dass die Anordnung und Durchführung der Zwangsmaßnahmen entsprechend transparent dargestellt werden, gibt sowohl für die Patienten als auch für die Ärzte Transparenz und Rechtssicherheit. Auch die zeitlichen Begrenzungen – Verlängerung nach sechs Wochen – sind ausreichend. Bei einer entsprechenden Zwangsbehandlung ist es in

der Regel so, dass schon nach wenigen Wochen Einsichtsfähigkeit wieder vorliegt und ein psychischer Zustand besteht, der eine gemeinsame Findung der weiteren Therapiemaßnahmen mit dem Arzt zulässt. Bereits beim letzten Mal hatte ich gesagt, dass wir zu wenig Daten zu dem Thema haben. Wir haben zwar zur Zwangsunterbringung an sich Daten, aber nicht zu den Zwangsmaßnahmen. Es wäre mein Wunsch, dass es so etwas wie ein zentrales Register gibt, in dem die Art und Häufigkeit der Zwangsmaßnahmen verzeichnet werden, um das in den nächsten Jahren evaluieren zu können und zu sehen, wie da die Entwicklung ist.

Vorsitzender Siegfried Kauder (Villingen-Schwenningen): Vielen Dank! Wir kommen nun zu Herrn Professor Dr. Heinz, Direktor der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Berliner Charité. Bitte schön!

SV Prof. Dr. Andreas Heinz: Vielen Dank! Ich will am Anfang nochmals das Spektrum ansprechen, auf das sich dieses Gesetz bezieht: Es geht nicht nur um die strittigen Situationen bei chronischen Psychosen, sondern beispielsweise auch um Menschen mit Demenzerkrankungen. Ich hatte es bereits bei der letzten Zusammenkunft hier erzählt: Unter den letzten zwei Patienten, die unter dem bisherigen Betreuungsrecht eine Zwangsbehandlung erfahren haben, war bei uns einerseits eine alkoholabhängige Patientin mit Demenz, die ihre Dialyse – also ihre Blutwäsche – nicht verstanden hat und sonst gestorben wäre. Das andere war eine Patientin aus der Neurologie, die wir mit einer akuten Hirnentzündung übernommen haben und die ihre Medikamente nicht eingenommen hat. Jetzt hat eine Mitarbeiterin von uns erfahren, dass sich eine Patientin mit einer Psychose offenbar im Umland solche Erfrierungen an den Füßen zugezogen hat, dass dies einer Behandlung bedurfte, aber sie hat das abgelehnt. Offenbar ist im Rahmen der dortigen Diskussion aufgrund der aktuellen gesetzlichen Regelung keine Behandlung dieser Erkrankung erfolgt, und soweit wir das gehört haben ist die Erkrankung jetzt lebensbedrohlich geworden bzw. die Betroffene sei auf dem Weg, daran zu sterben. Es gibt also schwierige Situationen, in denen eine Zwangsbehandlung unseres Erachtens notwendig ist – es sollte die Ausnahme sein. Wir haben deswegen an dem Gesetzentwurf an vier Punkten noch Anmerkungen. Zum einen bei § 1906 BGB – wir haben es auch schriftlich eingereicht. Da würden wir gerne klarstellen, dass das immer erst die letzte Maßnahme sein kann, das heißt vorher müsste ein Versuch

erfolgen, eine auf Vertrauen gegründete Zustimmung des Patienten oder Zusammenarbeit zu erreichen. Wir würden vorschlagen, § 321 Absatz 1 FamFG-E dahingehend zu ergänzen, dass das tatsächlich eine Facharztqualifikation ist. Wir wissen, dass das in manchen Regionen schwierig sein könnte. Aber es ist umgekehrt, in Berlin beispielsweise, im Rahmen des Sozialpsychiatrischen Dienstes möglich, bei dem Psychisch-Kranken-Gesetz (PsychKG-Bln) dieses Niveau zu haben; und ich denke, dass müsste man hier auch haben. Bei § 323 Absatz 2 FamFG-E würden wir anregen, die Unterbringung und die Zwangsmaßnahmen tatsächlich separat aufzuführen, weil das nicht notwendigerweise dasselbe ist und weil es eben auch um die detaillierte Darstellung ging, auch im Beschluss, was denn jetzt nun wirklich gemacht werden darf und was nicht. Und § 317 Absatz 1 FamFG würden wir auch gern dahingehend ergänzen, dass grundsätzlich ein Verfahrenspfleger zugeordnet wird, damit neben dem Betreuer noch eine zweite Person für den Betroffenen oder die Betroffene als Ansprechpartner zur Verfügung steht. Zur Frage, ob das Ganze in anderen Paragraphen sinnvoller zu regeln ist: Das ist möglich, aber das ist wahrscheinlich eine separate Diskussion. Vielen Dank!

Vorsitzender Siegfried Kauder (Villingen-Schwenningen): Dr. Heinz, ich danke Ihnen für Ihre Ausführungen! Wir kommen jetzt zu Frau Professor Dr. Sabine Herpertz, Universitätsklinikum Heidelberg. Bitte schön!

SVe Prof. Dr. med. Sabine Herpertz: Sehr geehrter Herr Vorsitzender, sehr geehrte Abgeordnete! Mir ist es auch wichtig, am Anfang zu betonen, dass ich durchaus in meinem klinischen Alltag erlebe, dass Zwangsbehandlungen für betroffene Patienten eine große Belastung darstellen und auch die Vertrauensbeziehung zu uns Ärzten dadurch nachhaltig gestört werden kann. Und deshalb begrüße ich den Gesetzentwurf, der ärztliche Zwangsmaßnahmen nur als letztes Mittel bei einwilligungsunfähigen Patienten in Situationen drohender erheblicher Selbstgefährdung zulässt. Es ist sicherlich so, dass wir als Psychiater nicht mehr paternalistisch für psychisch kranke Menschen entscheiden wollen. Vielmehr geht es uns, wie Frau Hauth auch schon ausführte, um eine, ich würde es gerne nennen, partizipative Entscheidungsfindung, weil hier gerade auch der Aspekt betont wird, dass die Erfahrungen des Patienten mit seiner Erkrankung vom Arzt berücksichtigt werden sollen. Es geht uns darum, im Zustand eines drohenden erheblichen

gesundheitlichen Schadens für den Patienten möglichst schnell Einwilligungsfähigkeit wieder herzustellen, damit er sich dann für die Behandlung, aber auch gegen die Behandlung entscheiden kann. Ich habe nun in Baden-Württemberg, wo in den letzten Monaten die rechtliche Situation so war, dass eine Zwangsbehandlung grundsätzlich nicht möglich war, als Direktorin der Klinik einige sehr schwierige Situationen erlebt, die uns vor unerträgliche ethische Dilemmata und auch vor unzumutbare Entscheidungskonflikte gestellt haben. Ich selbst stand mehrfach in der Situation, in diesem Konflikt zu sein, zwischen Vorwurf der Körperverletzung versus des Vorwurfes der unterlassenen Hilfeleistung. Ich habe in meinen schriftlichen Ausführungen auch mehrere Beispiele gebracht, insgesamt drei Situationen, wo Patienten in akute Lebensgefahr geraten sind, z. B. wegen zusätzlich bestehender körperlicher Erkrankungen, auch einer Patientin mit einer bipolaren Störung, die dialysepflichtig war, die das abgelehnt hat, die aufgrund ihrer Elektrolytsituation in einen ganz lebensbedrohlichen Zustand geriet. Des Weiteren habe ich erlebt, dass sich durch diese Situation der Zeitraum, in dem Patienten unter akuten Ängsten litten, zum Teil deutlich verlängerte und sich auch die Behandlung auf einer geschlossenen Station deutlich verlängert hat – bis zu einem Punkt, wo wir Sorge um körperliche und seelische Dauerschäden hatten. Und ich möchte auch Sie etwas teilhaben lassen an der Atmosphäre, die auf psychiatrischen Stationen entstanden ist, wo eben nicht nur Mitarbeiter in unzumutbare Situationen gerieten, sondern vor allem Mitpatienten – durch eine Situation, die ihrer psychischen Gesundheit sehr abträglich ist.

Ich halte den vorgelegten Gesetzentwurf für grundsätzlich ausgewogen. Er beinhaltet, dass es sich um Ausnahmesituationen handeln muss, das heißt eine weniger eingreifende Behandlung muss aussichtslos und die Verhältnismäßigkeit der Maßnahmen gewahrt sein. Die einzuleitende therapeutische Maßnahme, auch das begrüße ich, muss zuvor genau definiert sein, und auch der längstmögliche Zeitraum. Begrüßenswert ist auch die Festlegung, dass der die Zwangsbehandlung beantragende Arzt nicht identisch sein darf mit dem die Maßnahme durchführenden Arzt, und auch ich unterstütze – wie Kollege Heinz –, dass der beantragende Arzt ein Facharzt für Psychiatrie sein soll. Ich denke, wo vielleicht noch eine genauere Formulierung möglich wäre, ist, dass es ausreichende und überprüfbare Versuche gegeben haben muss, die Zustimmung des Patienten zu der beabsichtigten

Behandlung zu erreichen. Des Weiteren – darauf hatte Herr Grotkopp hingewiesen – soll die Zwangsbehandlung gewöhnlich nur mit richterlicher Genehmigung und Möglichkeit zur Beschwerde durchgeführt werden; aber es gibt eben auch Ausnahmesituationen, die vorzugsweise in den Psychisch-Kranken-Gesetzen der Länder zu regeln sind. Wenn eben akute Lebensgefahr besteht oder erhebliche Gefahr für andere Menschen, dann muss es auch möglich sein, die richterliche Genehmigung im Nachhinein zu beantragen. Wichtig erscheint es mir schließlich noch, gesetzlich zu regeln, ob und wie eine Patientenverfügung auch dann umgesetzt werden darf, wenn sie dem aktuellen natürlichen Willen widerspricht oder wenn sie in einer akuten Krankheitsphase zurückgezogen wird. Ich denke – nochmals auf einen Satz gebracht, am Ende: Ziel der Neuregelung muss es sein, dass der schwerkranke, nicht einwilligungsfähige Patient seine Entscheidungen nicht allein oder gar alleingelassen vom helfenden Anderen trifft, sondern vielmehr Fürsorge im Dialog dem Kranken die Möglichkeit zur – so ist es ist einmal von Linus Geisler benannt worden – autonomen Selbstsorge eröffnet.

Vorsitzender Siegfried Kauder (Villingen-Schwenningen): Ich danke Ihnen, Frau Professor Herpertz! Jetzt folgt Frau Leonore Julius, Bundesverband der Angehörigen Psychisch Kranker e. V. Bitte schön!

SVe Leonore Julius: Herr Vorsitzender, sehr geehrte Damen und Herren! Ich möchte mich ebenfalls bedanken, dass ich Gelegenheit habe, hier unsere Position vorzutragen! Ich möchte vorausschicken, was eben schon genannt worden ist: Wir sehen als Angehörigenverband die Anwendung von Zwangsmaßnahmen, egal welcher Art, in jedem Fall immer nur als das letzte Mittel. Man kann sagen: Es ist in allen Fällen eine dramatische, mitunter auch traumatische Erfahrung für die Betroffenen – aber in sehr vielen Fällen auch für die Angehörigen. Deswegen ist auch direkt ein Eigeninteresse da, das auf ein absolutes Minimum zu reduzieren. Auf der anderen Seite haben wir jetzt durch eine Vielzahl von Anfragen erleben müssen, dass nach den verschiedenen Urteilen durch das Bundesverfassungsgericht und jetzt auch den Bundesgerichtshof eine extrem große Verunsicherung bei allen Beteiligten eintrat, die auch dazu geführt hat, dass Betreuer teilweise überhaupt nicht mehr tätig geworden sind, mit der Begründung, man könne sowieso nichts machen. Das ist natürlich ein unhaltbarer Zustand! Insofern begrüßen wir, dass die

Rechtssicherheit wieder hergestellt werden soll. Wir begrüßen weiterhin, dass die Hürden deutlich höher gelegt werden, als sie ursprünglich waren, nämlich den Richtervorbehalt ausdrücklich aufzunehmen. Was wir uns noch wünschen würden, wäre, dass auch im Gesetz steht, dass der Beschluss die Begründung sowie Art und Umfang der Maßnahme beinhaltet, soweit das zu dem Zeitpunkt absehbar ist. Einen weiteren Punkt möchten wir unterstreichen: Wir sehen es – auch wenn die praktische Umsetzung sicherlich nicht einfach ist – schon als notwendig an, dass der Sachverständige ein Psychiater sein sollte, und darüber hinaus sollte er nicht aus der Einrichtung kommen, die mit der Durchführung der Zwangsmaßnahmen betraut ist. Es ist uns klar, dass das sicher nicht einfach umzusetzen sein wird, aber es sollte schon die Forderung sein. Der entscheidende Punkt ist aus unserer Sicht aber der Passus, der jetzt in das Gesetz soll, dass alle anderen möglichen Maßnahmen zur Vermeidung von Zwangsmaßnahmen ausgeschöpft sein müssen. Wir hoffen sehr, dass an dieser Stelle das Gesetz, wenn es denn so kommt, auch tatsächlich umgesetzt wird. Wir gehen also aufgrund der Informationen, die wir haben, davon aus, dass da noch viel Luft nach oben ist. Während die Zwangsmaßnahmen fast ausschließlich im klinischen Bereich stattfinden, können bzw. müssen die vermeidenden Maßnahmen vorrangig im nichtklinischen, im ambulanten Bereich erbracht werden. Und da, das möchte ich einfach so sagen, ist noch sehr viel Luft nach oben! Es macht außerdem nachdenklich, dass die Anzahl der Zwangsunterbringungen und auch der Zwangsmaßnahmen, soweit überhaupt Zahlen vorhanden sind, in den einzelnen Bundesländern doch extrem unterschiedlich ist! Das sind jetzt keine kleinen Schwankungen um ein paar Prozent, sondern um ein Vielfaches. Insofern scheinen die Richtlinien – das betrifft alle Zwangsmaßnahmen, nicht nur jene im Betreuungsrecht – doch sehr unterschiedlich ausgelegt zu werden. Deswegen wünschen wir uns sehr eine Dokumentationspflicht der Maßnahmen nach Art und Umfang. Und vielleicht wäre zu überlegen, die Maßnahmen auch in die Qualitätsberichte der Kliniken mit aufzunehmen.

Wir halten dieses Gesetz für richtungsweisend. Auch insoweit, als sicherlich in der Folge dieser Änderung auch für andere Gesetze – die Ländergesetze – Änderungen folgen werden; auch aufgrund weiterer Urteile, die da gefallen sind. Nicht unmittelbar bezogen auf diese Gesetzesänderung, aber einfach als Appell möchte ich sagen, dass es für Betroffene mitunter sehr schwierig ist, die rechtlichen Möglichkeiten

auszuschöpfen, die sie laut Gesetz haben! Das ist im Betreuungsrecht so und das ist auch in anderen Gesetzen so, die da in Frage stehen. Einfach „aufgrund Ihres momentanen angegriffenen gesundheitlichen Zustandes“, heißt es immer so schön, „gibt es einen Verfahrenspfleger“ und Das und Jenes und Einspruch usw. Aber eben gerade wenn jemand erheblich erkrankt ist, kann er genau das nicht wahrnehmen. Das möchte ich nochmals als Appell an den Schluss stellen. Vielleicht könnte man sich mittelfristig etwas überlegen, um die Rechtssicherheit zu erhöhen. Vielen Dank!

Vorsitzender Siegfried Kauder (Villingen-Schwenningen): Eine Bitte, damit nicht Sie möglicherweise offene Türen einrennen oder aber ich etwas missverstanden habe: Wenn man sich § 323 Absatz 2 FamFG-E anschaut, scheint mir die von Ihnen geforderte Dokumentationspflicht im Gesetz bereits enthalten zu sein. Oder sehe ich da etwas falsch?

SVe Leonore Julius: Dann habe ich da etwas falsch verstanden! Ich muss da um Entschuldigung bitten, ich bin keine Juristin. Die Dokumentationspflicht sollte auf jeden Fall nach Art und Umfang – und nicht nur die Maßnahme als Anzahl – verbindlich geregelt werden.

Vorsitzender Siegfried Kauder (Villingen-Schwenningen): Gut, dann kommen wir nun zu Herrn Professor Dr. Lipp, Georg-August-Universität Göttingen. Bitte schön!

SV Prof. Dr. Volker Lipp: Vielen Dank, Herr Vorsitzender! Ich möchte über drei Punkte sprechen, meine sehr geehrten Damen und Herren, Herr Vorsitzender. Und zwar zunächst als Jurist über den Regelungsgegenstand dieses Gesetzentwurf, über den Regelungsbedarf und dann kurz über die wichtigsten Inhalte, und von daher den Entwurf und den Änderungsantrag kurz einschätzen. Zunächst: Wir sprechen über eine Regelung der Zwangsbehandlung im Betreuungsrecht. Und im Betreuungsrecht geht es allein um den Schutz des Betroffenen, des Kranken, vor einer Selbstgefährdung. Geht es um die Gefahr für Dritte oder die Allgemeinheit, sind die Unterbringungs- oder Psychisch-Kranken-Gesetze der Länder einschlägig. Hat der Kranke eine Straftat begangen, geht es um strafrechtliche Sanktionen, einschließlich der strafrechtlichen Maßregeln. Und beides, sowohl die Zwangsbehandlung im strafrechtlichen Maßregelvollzug als auch die Zwangsbehandlung nach den

Unterbringungs- und Psychisch-Kranken-Gesetzen fallen in die Zuständigkeit der Bundesländer. Und diese Bundesländer wissen seit der Entscheidung des Bundesverfassungsgerichts vom März 2011 – also seit über eineinhalb Jahren –, dass ihre Gesetze den Vorgaben des Bundesverfassungsgerichts für eine Zwangsbehandlung nicht genügen. Und trotzdem gibt es bis heute in keinem Bundesland eine verfassungskonforme Regelung für die Zwangsbehandlung in diesem Bereich! Ich betone deswegen nachdrücklich, dass das Betreuungsrecht diese Lücken im Landesrecht nicht schließen kann, schon von seiner Zielsetzung her, weil es eine ganz andere Zielsetzung hat, nämlich den Schutz des Kranken vor einer Selbstgefährdung. Das Betreuungsrecht würde nämlich nachgerade missbraucht werden, wenn man die Zwangsbehandlung im Maßregelvollzug oder in der öffentlich-rechtlichen Unterbringung zur Gefahrenabwehr oder zu strafrechtlichen Sanktion nunmehr auf das Betreuungsrecht stützen würde! Zweitens ist auch die Behandlung in Notfällen nicht Gegenstand des Betreuungsrechts. Jene richtet sich nach den Notfallgrundsätzen, und in Extremfällen ist danach sogar die zwangsweise Behandlung erlaubt. Hierüber entscheidet allein der Arzt in der Notfallsituation – und anders geht das auch gar nicht –, der dafür dann natürlich auch die volle Verantwortung trägt, und nicht der Betreuer; und das Anrufen des Gerichts ist da auch nicht möglich. Von daher ein paar Worte zum Regelungsbedarf: Im Betreuungsrecht ist die sogenannte ambulante Zwangsbehandlung seit dem Jahr 2000, die stationäre – erst – seit Juni 2012 nicht möglich, aufgrund entsprechender Entscheidung des Bundesgerichtshofes. Beides hat entgegen vieler Prognosen zu keinen unhaltbaren Zuständen geführt, vielmehr sind, notgedrungener Weise, andere therapeutische Wege beschritten worden, und zwar, soweit ich mich habe belehren lassen, durchaus mit Erfolg! Es gibt aber anscheinend Fälle, in denen diese Alternativen nicht wirken und der Schutz des Patienten vor einer Selbstgefährdung nur durch eine zwangsweise Behandlung erfolgen kann. Auch wenn diese Fälle selten sein mögen und zu reduzieren sind, hat der Staat meines Erachtens die Pflicht, diese Menschen vor einer Selbstschädigung zu schützen. Und deswegen ist es richtig und wichtig, dass der Gesetzentwurf eine Zwangsbehandlung als *ultima ratio* vorsieht und dass er sich dabei an dem Rechtszustand orientiert, wie er bis zur Entscheidung des BGH im Juni 2012 galt. Aus dem eben Gesagten ergibt sich aber umgekehrt, dass kein Regelungsbedarf im Betreuungsrecht für die Behandlung in Notfällen besteht, die ist nämlich weiterhin zulässig, und für die

psychiatrische Krisenintervention, weil hier die Bundesländer mit ihren Psychisch-Kranken- und Unterbringungsgesetzen gefordert sind, in solchen Fällen nicht nur die Unterbringung zu ermöglichen, sondern auch, in verfassungskonformer Weise, die eventuell als *ultima ratio* in diesen Fällen notwendige Zwangsbehandlung. Für die sogenannte ambulante Zwangsbehandlung hat der BGH in seiner grundlegenden Entscheidung im Jahre 2000 deutlich ausgesprochen, dass sie keineswegs ein milderer Mittel als die Zwangsbehandlung innerhalb der geschlossenen Unterbringung ist. Es ist ein anderes, kein milderer Mittel. Ihre Nützlichkeit ist sehr umstritten, dazu kann ich aus juristischer Sicht nicht viel sagen. Der Bundestag und dieser Ausschuss hatten sie aber im Jahr 2005 ganz bewusst abgelehnt und nicht in das damalige Zweite Betreuungsrechtsänderungsgesetz aufgenommen, und da vermag ich jetzt jedenfalls keine neuen Erkenntnisse zu identifizieren.

Wichtigste Inhalte einer betreuungsrechtlichen Regelung müssten sein: Erstens deutlich machen, dass der Arzt die Indikation der geplanten Behandlung unter Einschluss ihrer zwangsweisen Durchführung zu stellen und zu verantworten hat, wie wir das in der Patientenverfügungs-Regelung § 1901b BGB haben. Zweitens die materiell-rechtlichen Voraussetzungen für eine Einwilligung des Betreuers in eine ärztliche Zwangsmaßnahme und für die Genehmigung des Gerichts klar und vollständig nennen, einschließlich der Pflicht, eine frühere Willensbekundung des Patienten, insbesondere natürlich einer Patientenverfügung, zu beachten. Drittens zwingend eine Genehmigung des Betreuungsgerichts vorzusehen. Viertens zwingend einen Verfahrenspfleger und ein Sachverständigengutachten als zweite ärztliche Meinung vorzusehen. Und dieses Gutachten muss von einem fachlich qualifizierten und unabhängigen Arzt stammen und zu allen Voraussetzungen der Zwangsbehandlung Stellung nehmen, insbesondere natürlich zur Frage der Einwilligungsunfähigkeit und zur Frage, ob die Ablehnung der Behandlung krankheitsbedingt ist. Und fünftens muss so eine Regelung sicherstellen, dass die materiell-rechtlichen und verfahrensrechtlichen Anforderungen gerade auch in Eilfällen gelten – also im Falle der einstweiligen Anordnung, einstweiligen Genehmigung im Wege der einstweiligen Anordnung, Eilentscheidung des Gerichts nach § 1846 BGB – und sie muss auch im gleichen Maße für Bevollmächtigte in diesen Angelegenheiten gelten.

Deswegen lautet mein Fazit: Der Gesetzentwurf verfolgt die grundsätzlich richtige Konzeption, auch seine Einzelregelungen verdienen weitgehend Zustimmung. Es sind jedoch Ergänzungen nötig, um den verfassungsrechtlichen Anforderungen zu entsprechen. Werden sie erfüllt, ist der Entwurf auch mit der Behindertenrechtskonvention vereinbar. Der Änderungsantrag enthält einige Verbesserungen in diese Richtung. Deshalb begrüße ich diese Änderungen ausdrücklich! Wie Sie aber leicht erkennen können, bleibt er meines Erachtens leider auf halbem Wege stehen. Weitere Verbesserungen sind deswegen notwendig. Diese nötigen Verbesserungen betreffen sowohl die materiell-rechtlichen Anforderungen in § 1906 BGB-E als auch die verfahrensrechtlichen Regelungen im FamFG. Ich habe Ihnen konkrete Verbesserungsvorschläge in meiner schriftlichen Stellungnahme unterbreitet. Danke!

Vorsitzender Siegfried Kauder (Villingen-Schwenningen): Ich danke Ihnen, Herr Professor Lipp! Sie haben deutlich überzogen, können sich aber auf Unkenntnis berufen, weil Sie nicht da waren, als ich die Statementzeit auf fünf Minuten begrenzt habe! Wir kommen jetzt zu Herrn Dr. Marschner, Rechtsanwalt aus München. Bitte schön!

SV Dr. Rolf Marschner: Sehr geehrte Damen und Herren, sehr geehrter Herr Vorsitzender, vielen Dank für die Einladung! Vieles von dem, was wir im Betreuungsgerichtstag (BGT), einem interdisziplinären Fachverband, gemeinsam erarbeitet haben, hat Herr Professor Lipp gerade schon ausgeführt. Ich beziehe mich auch auf die Synopse, die der BGT mit konkreten Gesetzesvorschlägen erarbeitet hat. Auch ich bin der Meinung, dass der Gesetzentwurf zwar im Grundsatz zu begrüßen ist, aber die Vorgaben des Bundesverfassungsgerichtes nicht vollständig umsetzt. Ich bin dankbar dafür, dass inzwischen ein ordentliches Gesetzgebungsverfahren stattfindet, ich will aber auch noch einmal auf den Unterschied zwischen den Aufgaben der Bundesländer und dem Betreuungsrecht hinweisen. Es geht nämlich in dem einen Fall um akut psychisch erkrankte Menschen, auch einige Beispiele aus der psychiatrischen Fraktion wiesen auf die Notwendigkeit des Handelns in akut-psychiatrischen Fällen hin. Dies ist nicht Aufgabe des Betreuungsrechtes! Das Betreuungsrecht kümmert sich um chronisch psychisch kranke, demente Menschen, und nicht um akut psychisch kranke

Menschen. Und es ist zu bedauern, dass der Bundestag das Versagen der Gesetze der Bundesländer kompensieren muss, die bisher nicht in der Lage waren, entsprechend den Vorgaben des Bundesverfassungsgerichtes gesetzeskonforme Zwangsbehandlungsregelungen zu schaffen. Ich war am Freitag in einer Sitzung der Angehörigen psychisch Kranker in Bayern – Beirat und Vorstand psychiatrisch und mit anderen Mitarbeitern sowie Angehörigen besetzt – und ich habe kurz geschildert, worum es heute geht, und habe gesagt: „Das Bundesverfassungsgericht hat verlangt, es müsse mit genügend Zeit und ohne Druck versucht werden, die Zustimmung des Patienten herbeizuführen, auch wenn er nicht einwilligungsfähig ist. Es muss Zeit bestehen.“ Und die Botschaft, die mir mitgegeben wurde, lautete: „Versuchen Sie unbedingt, diesen Satz in das Gesetz hineinzubekommen! Es muss Zeit für Gespräche bestehen!“ Und das ist meine erste Kritik bzw. meine erste Forderung. Nach meiner Auffassung muss diese zentrale Aussage des Bundesverfassungsgerichtes, nämlich diese beiden Stichworte „genügend Zeit“ und „ohne Druck“, im Gesetzestext verankert werden, versehen mit einer Dokumentationspflicht. Wenn es Rechtsprechung bleibt, wird es in der Praxis nicht berücksichtigt werden und unter den Tisch fallen. Es ist aber entscheidend für die psychiatrische Praxis und für die Betroffenen, dass sich diese Zeit genommen wird!

Zu den Verfahrensschritten ist schon einiges gesagt worden. Ich möchte noch einmal ergänzen: Der externe Sachverständige muss einrichtungsunabhängig sein. Er darf nicht nur nicht der behandelnde Arzt sein, sondern er sollte unabhängig von der Einrichtung sein. Ich sehe, dass hier bei den Sachverständigen weitgehende Übereinstimmung besteht, dass es ein Facharzt für Psychiatrie sein muss. Ein weiterer Punkt ist, dass, weil wir im Betreuungsrecht sind und weil wir mit chronisch psychisch kranken Menschen zu tun haben, die Eilmaßnahmen auf akute Maßnahmen begrenzt werden müssen. Das ist eine Regelung des FamFG, die aber typischerweise in den Regelungsbereich der Psychisch-Kranken-Gesetze der Bundesländer gehört. Deswegen sollten Eilmaßnahmen für betreuungsrechtliche Zwangsmaßnahmen entweder ausgeschlossen werden oder wirklich, wenn es sich um betreute Menschen handelt, auf akute Notfälle begrenzt werden – genauso, wie die Vorschläge des BGT das vorsehen. Das lässt sich gesetzlich z. B. dadurch umsetzen, dass die Wirksamkeit der Entscheidung erst mit der Rechtskraft eintritt. Damit ist gewährleistet, dass es nicht zu einer Zwangsbehandlung im

Betreuungsrecht kommen kann, die sofort bei Beginn einer Aufnahme in die psychiatrische Klinik stattfindet. Das heißt: Auch für einstweilige Anordnungsverfahren sind die wesentlichen Garantien des Verfahrens – Verfahrenspfleger, externer Sachverständiger – vorzusehen, und zwar im Prinzip ohne Ausnahme. Man muss sich darüber im Klaren sein, dass „ohne Druck“ und „mit genügend Zeit“ bedeutet, dass in den psychiatrischen Stationen mehr Personal und eventuell auch andere räumliche Ressourcen zur Verfügung gestellt werden müssen! Es wird nicht personalneutral gehen, wenn man sich die Zeit für die Patienten nimmt, und dies wird auch etwas kosten! Das heißt, mehr Personalaufwand wird auch mehr Kosten verursachen. Dies kann aber nicht Thema des Gesetzgebers im Betreuungsrecht sein. Es gilt der alte Grundsatz: Fiskalische Gesichtspunkte rechtfertigen keine Grundrechtseingriffe. Das heißt – das ist ein entscheidender Punkt –, dass die Krankenkassen die Mittel zur Verfügung stellen müssen. Der Patient hat ein Recht auf Krankenhausbehandlung entsprechend seinem konkreten Krankheitszustand, und dies muss bezahlt werden. Aber es kann nicht dazu führen, dass Anforderungen des Verfassungsgerichtes für Eingriffe in Grundrechte zurückgeschraubt werden, weil das Personal für „genügend Zeit“ und „ohne Druck“ nicht zur Verfügung steht! Danke schön!

Vorsitzender Siegfried Kauder (Villingen-Schwenningen): Herr Dr. Marschner, es gab eine Zeit, in der man für Patienten noch Zeit hatte! Wir kommen nun zu Frau Sauermann vom Paritätischen Gesamtverband, Berlin. Bitte schön!

SVe Gabriele Sauermann: Sehr geehrter Herr Vorsitzender, sehr geehrte Abgeordnete, meine Damen und Herren! Schönen Dank, dass wir eingeladen worden sind! Der Paritätische Gesamtverband begrüßt grundsätzlich, dass die Bundesregierung Regelungsvorschläge vorgelegt hat. Hintergrund ist das BGH-Urteil. Mit dem Gesetzesvorhaben soll durch Änderung von § 1906 BGB eine hinreichend bestimmte Regelung zur Einwilligung des Betreuers in die medizinische Behandlung getroffen werden. Aus unserer Sicht sind die hinreichend bestimmten Regelungen bisher noch nicht getroffen worden, auch noch nicht durch die Änderungsvorschläge. Der halbe Weg liegt noch vor uns! Eine medizinische Zwangsbehandlung gegen den natürlichen Willen ist ein schwerer Eingriff in das Selbstbestimmungsrecht. Der Paritätische lehnte aufgrund der Grundrechtsrelevanz

das vorher geplante „Schnellverfahren“ ab. Wir begrüßen es also ausdrücklich, dass Sie heute hier zu einer öffentlichen Anhörung eingeladen haben.

Wir würden uns gerne auf einige Punkte fokussieren. Einwilligungsunfähigkeit: Der vorliegende Entwurf geht nach wie vor, wie selbstverständlich, von der Einwilligungsunfähigkeit aus. Die UN-Behindertenrechtskonvention (UN-BRK) kennt diesen Begriff nicht, da ihr das Fähigkeitskonzept des Artikel 12 zugrunde liegt. Zur rechtlichen Handlungsfähigkeit gehört demnach auch die Einwilligungsfähigkeit. Deshalb stellt Artikel 15 der UN-BRK auch auf die freiwillige Zustimmung und eben nicht auf die Einwilligungsfähigkeit ab. Ich begrüße es sehr, dass die Sachverständigenkollegen auch sagen: Wir brauchen hinreichend überprüfbare Versuche im Vorfeld, eine Zustimmung zu erzielen! Das wäre meiner Meinung nach konform mit der UN-Behindertenrechtskonvention. Einer Zwangsbehandlung muss aus unserer Sicht immer der ernsthafte und nachweisliche Versuch vorangehen, die auf Vertrauen gegründete Zustimmung des Betreuten zu erreichen. Das finden wir so nicht in den Vorgaben des Gesetzes, so wie es jetzt formuliert wäre. Das ist aus unserer Sicht wesentlich und entscheidend. Der Paritätische fordert darüber hinaus auch eine zeitlich festgelegte Karenzzeit vor dem Beginn einer Zwangsbehandlung, in der auch wiederum vorgenommen werden sollte, dass wiederum die Zustimmung erfolgen kann. Das finden wir auch wesentlich, dass es Zeit gibt. Und Zeit kostet tatsächlich auch Geld, aber es ist auch eine gesellschaftliche Frage, nicht nur eine Frage der ärztlichen Versorgung. Zweiter Punkt: Behinderung rechtfertigt keine Freiheitsentziehung bzw. medizinische Zwangsbehandlung, das hatte Frau Fricke auch schon betont. Artikel 14 der UN-Behindertenrechtskonvention fordert, dass jede Freiheitsentziehung im Einklang mit dem Gesetz erfolgt und dass das Vorliegen einer Behinderung in keinem Fall eine Freiheitsentziehung rechtfertigt. Das heißt: Unterbringung und Zwangsbehandlung können nur die absolute *ultima ratio* darstellen und müssen klar definiert werden. In allen Regionen Deutschlands brauchen wir, darauf hatte Frau Julius schon hingewiesen, gut ausgestattete ambulante Versorgungsstrukturen, die im Vorfeld versuchen, im ambulanten Kontext, Zwangsbehandlungen zu vermeiden. Das ist, so die Sicht des Paritätischen, auch 37 Jahre nach der Psychiatrie-Enquete einfach noch nicht erfolgt. Stichwort: Abbau der Stellen in sozialpsychiatrischen Diensten, auch andere Stichworte, wie integrierte Versorgung, Umsetzung durch Krankenkassen finanziert. Da haben wir erheblichen

Nachholbedarf! Wir fordern nochmals die Konkretisierung der Regelungen, unter welchen Voraussetzungen Zwang angewendet werden darf und wie die Kontrolle der Maßnahmen sichergestellt wird. Der BGH hat das sehr eindeutig formuliert. Wir finden das in dem bisherigen Gesetzesvorhaben nicht wieder. Aufklärung und Information erfordern leichte Sprache und Dokumentation. Die Erläuterung der geplanten medizinischen Maßnahme sollte so erfolgen, dass die Betroffenen den Inhalt auch tatsächlich verstehen. Stichwort: Es geht nicht nur um psychisch kranke Patienten, sondern es geht z. B. auch um Menschen mit schwersten Behinderungen, das heißt diese Menschen benötigen auch das Verständnis, auch in Form leichter Sprache. In § 1906 BGB ist eine Regelung zu treffen, welche die Dokumentation des ernsthaften, mit dem nötigen Zeitaufwand und ohne Druck erfolgten Versuchs, vom Betreuten die auf Vertrauen gegründete Zustimmung zu erhalten, festlegt. Wir sehen den Rechtsschutz nicht gewährleistet. Wir brauchen einen verbesserten Rechtsschutz für die Betroffenen! Die Regelungen im FamFG sind aus unserer Sicht nicht ausreichend. Auch muss aufgrund der Art und Schwere des Grundrechtseingriffs der Gesetzgeber sicherstellen, dass die Rechte der Betroffenen nicht durch Eilverfahren verkürzt werden. Darüber hinaus ist die Unabhängigkeit von Sachverständigen zwingende Voraussetzung für das Verfahren. Unabhängigkeit auch seitens der Klinik. Sie haben gesagt, dass das nicht der behandelnde Arzt sein kann. Aber es kann der kollegiale Arzt aus der Klinik sein! Wir würden gerne nochmals darauf hinweisen, dass es natürlich auch Behandlungsleitbilder gibt, auch Behandlungssettings, die sich sicherlich von Klinik zu Klinik unterscheiden. Von daher würden wir es begrüßen, dass es tatsächlich ein unabhängiger Sachverständiger auch aus einer anderen Klinik sein kann. Wir begrüßen natürlich auch die Qualifikation als Fachpsychiater. Ich würde gern damit schließen, dass die Unterbringungsgesetze der Länder entsprechend anzupassen sind, Herr Lipp hatte schon darauf hingewiesen. Danke erst einmal!

Vorsitzender Siegfried Kauder (Villingen-Schwenningen): Ich danke Ihnen! Damit haben wir die Runde der Statements abgeschlossen und begrüßen gleichzeitig Herrn Staatssekretär Dr. Stadler, der punktgenau eingetroffen ist. Wir begrüßen die Vertreter der Bundesregierung und ich begrüße auch die Kollegin Dr. Reimann, Vorsitzende des Gesundheitsausschuss des Bundestags, mit dem wir diese Sachverständigenanhörung gemeinsam durchführen. Die Gesundheitspolitiker

konnten auch selbst Sachverständige benennen, was sicherlich auch sinnvoll war. Nur Juristen ist manchmal ein bisschen trocken!

An die Kolleginnen und Kollegen, die meisten wissen es schon: Zwei Fragen an einen Sachverständigen oder an zwei Sachverständige je eine Frage. Die Einleitung der Frage sollte nicht mehr als doppelt so lang sein wie die Frage selbst!

Ingrid Hönlinger (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Ich habe zwei Fragen an Herrn Professor Lipp. Die erste Frage bezieht sich auf die Anordnung der sofortigen Wirksamkeit eines Beschlusses. Sie schlagen hier Eingrenzungen vor, und ich möchte Sie bitten, hierzu noch zu erläutern, warum Sie die Einschränkungen für erforderlich halten und welche es sind. Und die zweite Frage bezieht sich auf § 321 Absatz 1 FamFG-E. Da schlagen die Koalitionsfraktionen vor, der Sachverständige soll nicht der Arzt sein, der eine Zwangsbehandlung durchgeführt hat. Sie wiederum fordern, der Sachverständige darf weder der behandelnde Arzt des Betroffenen noch in der Einrichtung tätig sein, in der der Betroffene untergebracht ist. Warum plädieren Sie für diese Forderung?

Dr. Marlies Volkmer (SPD): Meine Fragen gehen an den Herrn Professor Heinz. Mir ist jetzt nochmals klar geworden, wofür dieser Gesetzentwurf eigentlich gilt, eigentlich nur für chronisch psychisch Kranke, die dem Betreuungsrecht unterliegen. Sie haben aber vorhin Beispiele wie eine akute neurologische Erkrankung und Verweigerung einer bestimmten Maßnahme gebracht. Würden diese durch das Gesetz erfasst, oder wäre das dann der Punkt Notfallbehandlung, die Herr Professor Lipp vorhin angesprochen hat? Und wenn das vorwiegend für chronisch psychisch Kranke gilt, dann ist die Frage: Müsste nicht im Sinne eines guten Arzt-Patienten-Verhältnisses und einer guten Akzeptanz der Behandlung zumindest bei phasenhaft verlaufenden chronischen psychischen Erkrankungen vorneweg ein Behandlungsvertrag ausgehandelt werden? So dass vor allen Dingen immer, wenn der Betroffene ins Krankenhaus aufgenommen wird, aber auch bei ambulanter Behandlung, ein solcher Behandlungsvertrag geschlossen wird. Müsste das im Gesetz noch explizit erwähnt werden? Und was haben Sie von Angehörigen für Rückmeldungen bei Erkrankungen, die nicht phasenhaft verlaufen, z. B. bei Demenzerkrankungen, wo Zwangsbehandlungen durchgeführt werden?

Stephan Thomae (FDP): Ich habe als Mitglied des Rechtsausschusses eine Frage, die mehr den medizinischen Hintergrund betrifft, da ich mich diesbezüglich nicht so auskenne, und würde hier ganz gerne die zwei Seiten hören und die Frage deswegen an Frau Fricke und an Frau Dr. Hauth richten. Und zwar geht es um die Behandlung mit Neuroleptika und deren temporäre und permanente Wirkungen auf die Patienten. In vielen Gesprächen, die ich persönlich – und sicherlich auch viele andere unter den Kolleginnen und Kollegen hier im Raum – mit Betroffenen geführt haben, ist immer wieder zur Sprache gekommen, dass die Behandlung mit Neuroleptika dauerhafte persönlichkeits- und verhaltensändernde Wirkung hätte, die auch nach dem Absetzen dieser Medikamente noch andauere. Und zwar seien diese Nebenwirkungen zum Teil so stark, dass sie selbst stärker seien als die Krankheit, zu deren Behandlung sie eingesetzt worden seien, bis hin zu einem Neuauftritt von Suizidgefahr in Folge der Vergabe von Neuroleptika. Und da wäre jetzt meine Frage an Sie von beiden Seiten her, wie Sie das bewerten, bestätigen oder aber dagegen etwas einwenden würden.

Harald Weinberg (DIE LINKE.): Ich habe eine Frage an Frau Sauermann und an Herrn Professor Heinz. Der Gesetzentwurf schreibt vor, dass die Zwangsmaßnahmen nur dann durchgeführt werden dürfen, „... wenn der zu erwartende Nutzen der ärztlichen Zwangsmaßnahme die zu erwartende Beeinträchtigung deutlich überwiegt“. Die Bundesregierung hat ihrerseits auf eine Kleine Anfrage von uns geantwortet, valide Daten zum patientenbezogenen Nutzen oder zum möglichen Schaden – etwa durch traumatisierende Folgen der Zwangsbehandlung – lägen nicht vor. Wie kann, nicht zuletzt angesichts der bekannten Schwierigkeiten bei der Nutzenbewertung von Behandlungsmethoden, unter diesen Voraussetzungen überhaupt eine Zwangsmaßnahme den Vorgaben des Gesetzentwurfs oder des Bundesgerichtshofs entsprechen?

Mechthild Rawert (SPD): Es ist an mehreren Stellen von der Wirksamkeit der Patientenverfügung die Rede gewesen – ich möchte hier noch einmal das Thema Vorsorgevollmacht ergänzen. Könnten Sie, Frau Fricke und Herr Heinz, nochmals näher ausführen, was es eigentlich konkret bedeutet, wenn hier sowohl aus medizinischer als auch aus juristischer Sicht gesagt wird, im Sinne der

Selbstbestimmung gilt als erstes die Patienten- bzw. die Vorsorgevollmacht? Und welche Konsequenzen hat das für den stationären, gegebenenfalls auch für den ambulanten Bereich?

Dr. Martina Bunge (DIE LINKE.): Ich habe eine Frage an Frau Sauermann und dann eine an Herrn Marschner. In der eben benannten Kleinen Anfrage, die wir im Vorfeld des Gesetzgebungsverfahrens gemacht haben, Frau Sauermann, wurde deutlich, dass Zwangseinweisungen und Zwangsmaßnahmen regional sehr unterschiedlich häufig stattfinden. Wenn man es einmal so ganz grob nimmt in den sogenannten alten Bundesländern zweieinhalb Mal so viel wie in den neuen. Welche Ursachen sehen Sie dafür? Inwiefern halten Sie das für gerechtfertigt, ist das verfassungsgemäß? Enthält der Gesetzentwurf Ihrer Ansicht nach Regelungen, um dieses hier irgendwie zu regeln, dem entgegenzuwirken? Und meine Frage an Rechtsanwalt Marschner: Sie schlagen in den schriftlichen Ausführungen vor, dass im Betreuungsrecht nur noch die Zwangsbehandlung sonstiger Erkrankungen, nicht aber psychischer Erkrankungen, die der Betreuerbestellung zugrundeliegen, geregelt wird. Damit könnten somatische Erkrankungen zwangsweise behandelt werden, aber nicht die psychische Grunderkrankung. Warum halten Sie dies für ausreichend? In welchen Fällen käme eine solche Regelung zum Tragen? Denn wir müssen daran denken, dass wir vorhandene Regelungen zum Notstand, zur Patientenverfügung haben – das muss im Kontext alles berücksichtigt werden.

Thomas Silberhorn (CDU/CSU): Ich möchte zunächst den Sachverständigen für ihr breites Spektrum an Stellungnahmen danken. Ich denke, es ist eine gute Lösung gewesen, dass wir uns für diese Anhörung auf außergewöhnlich viele Sachverständige verständigt haben und dass wir das auch im Einvernehmen zwischen allen Fraktionen tun konnten.

Meine Frage richtet sich an Herrn Professor Heinz und an Herrn Dr. Grotkopp. Mich interessiert zunächst: Was passiert denn, wenn eine psychiatrische Zwangsbehandlung, die medizinisch notwendig ist, aus tatsächlichen Gründen unterbleiben muss? Einmal in dem Fall, dass der Betroffene sich nicht in der Unterbringung befindet. Gibt es den Bedarf medizinisch oder juristisch auch außerhalb der Unterbringung? Und im zweiten Fall, wenn schlicht die tatsächlichen

Voraussetzungen fehlen: Herr Professor Lipp hat z. B. vorgeschlagen, ein zweites Sachverständigengutachten auch im Eilfall einzuholen. Was ist denn, wenn in einem einstweiligen Verfügungsverfahren ein zweiter Sachverständiger mit der nötigen Qualifikation in der Kürze der Zeit nicht beigebracht werden kann, wenn eine medizinisch als notwendig erachtete Zwangsbehandlung aus tatsächlichen Gründen unterbleiben muss? Wie reagieren die Mediziner? Bleiben sie untätig? Fixieren sie den Patienten, bis dann der Notfall eingetreten ist und man es über den Notfall regelt? Was macht die Medizin und wie ist das juristisch zu bewerten?

Hubert Hüppe (CDU/CSU): Ich hätte noch einmal eine Frage an Herrn Professor Lipp. Wenn ich Sie richtig verstanden habe, könnten Beispiele wie das, das gerade Frau Dr. Hauth genannt hat, mit dem Kind, wo dann auch noch eine Fremdgefährdung des Kindes vorhanden ist, doch unter einer anderen gesetzlichen Grundlage gelöst werden. Wenn das so ist, dann frage ich jetzt einmal Herrn Professor Heinz, ob es tatsächlich irgendwo, wenn es denn so geschildert wird, belegbare Zahlen gibt, dass in dem letzten halben Jahr so viele Menschen mehr verstorben sind. Oder ist das einfach nur so, dass man diese Fälle nennt, um bestimmte Dinge zu begründen? Das wäre wirklich einmal die Frage: Gibt es solche Fälle?

Maria Klein-Schmeink (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Ich finde sehr gut, dass wir jetzt sowohl die Betroffenen- als auch die Angehörigenseite und nicht nur die Juristen- und Behandlerseite hören. Das, denke ich, ist für die Gesamterörterung sehr, sehr wichtig!

Ich habe eine Frage an Herrn Dr. Marschner. Sie haben noch einmal im Besonderen darauf hingewiesen, dass es auch die notwendige Zeit geben muss, um eine Behandlung zu erreichen, die im Einvernehmen mit dem Patienten gestaltet werden kann. Haben Sie eine Vorstellung für diesen Zeitrahmen? Kann man da Vorschläge machen? Und auf der anderen Seite die Frage an Frau Dr. Hauth: Wenn wir tatsächlich eine solche Karenzzeit haben wollen, eben um sicherzustellen, dass der nötige Zeitaufwand auch abgebildet werden kann, ist das nach heutigen strukturellen Gegebenheiten in der Krankenhausfinanzierung und in den Abläufen möglich? Wenn

nicht: Was müssen wir für Konsequenzen ziehen, damit wir auch auf der gesundheitspolitischen Seite dann das parallele Instrument dafür schaffen?

Sonja Steffen (SPD): Ich habe eine Frage an Herrn Professor Lipp. Sie haben vorhin ausgeführt, dass Sie bei jeder Anordnung von ärztlichen Zwangsmaßnahmen den Verfahrenspfleger auch ausdrücklich einsetzen wollen. Können Sie nochmals darstellen, wo Sie ganz konkret den Unterschied zwischen dem Betreuer und dem Verfahrenspfleger in diesem Zusammenhang sehen? Die zweite Frage richtet sich an Herrn Professor Heinz. Sie hatten noch einmal ausdrücklich auf die Facharztqualifikation hingewiesen – das haben übrigens mehrere von Ihnen getan. Wie stehen Sie denn jetzt zu dem neuen Entwurf, wo in Bezug auf die Qualifikation und auf die Frage, welcher Arzt die Begutachtung vornehmen soll, zwei Sollvorschriften enthalten sind? Ausdrückliche Frage in Bezug auf diese Sollvorschrift: Reicht die Ihrer Meinung nach aus?

Kathrin Vogler (DIE LINKE.): Ich habe eine Frage an Frau Sauermann: Können Sie uns vielleicht noch einmal die Anregung aus der Wohlfahrtspflege erklären, dass es konkrete Kriterien bei der Feststellung des Betreuers geben soll, dass der Betroffene oder die Betroffene die Notwendigkeit der ärztlichen Maßnahme nicht erkennen kann? Und wie könnte so etwas aus Ihrer Sicht aussehen? Und an Herrn Marschner richtet sich die Frage, ob nicht ganz auf Zwangsbehandlung verzichtet werden kann. Denn der von Ihnen in der schriftlichen Stellungnahme zitierte Dr. Zinkler schlägt das vor. Er weist in seinem Brief an das Justizministerium darauf hin, dass sich in den letzten zwölf Monaten, seitdem in Baden-Württemberg keine Zwangsbehandlungen mehr durchgeführt werden, eine bessere und vertrauensvollere Zusammenarbeit zwischen Patientinnen und Patienten und Behandlungsteam ergeben hat. Es habe bei ihm eben nicht zur Zunahme von Fixierungen oder Übergriffen auf Personal und Mitpatienten oder zu Selbstgefährdungen geführt, vielmehr sei durch geduldiges Verhandeln eine einvernehmliche Lösung gefunden worden.

Dr. Carola Reimann (SPD): Ich habe noch eine Frage an Herrn Lipp und an Herrn Marschner. Sie haben eingegrenzt, in welchem Bereich dieses Gesetz und dieser Gesetzesentwurf Gültigkeit hat und haben – insbesondere Herr Dr. Marschner – chronisch psychisch Kranke als Definition herangezogen. Und ich würde gern von

Ihnen wissen, ob Sie diesen Gesetzentwurf auch für den Bereich der Pflegeheime und der Dementen für gültig und anwendbar halten. Da haben wir einen ganz großen Bereich dementer, chronisch psychisch Erkrankter. Ich lese das so, dass sich das vor allen Dingen auf psychiatrische Einrichtungen bezieht, aber würde das gerne von Ihnen präzisiert wünschen.

Rudolf Henke (CDU/CSU): Ich würde gerne an Frau Hauth und Frau Professor Herpertz eine Frage stellen, die sich auf das bezieht, was wir jetzt hier nicht zu regeln im Begriff stehen. Es geht hier nur um ärztliche Zwangsmaßnahmen im Rahmen von Unterbringung und Betreuung. Aber wir haben natürlich auch Behandlungsmaßnahmen, die körperlicher Natur sind, die nicht auf die Psyche Einfluss nehmen sollen und die in einer Situation fehlender Einsichtsfähigkeit verweigert werden, bis eine körperliche Verschlechterung eines Patienten eingetreten ist. Und ich würde gerne wissen, wie man damit praktisch umgeht. Der demenzkranke Patient, der davon überzeugt ist, dass ihm der Blinddarm schon entfernt wurde und der jetzt eine akute Blinddarmentzündung erleidet, braucht eigentlich keine Unterbringung und keine Betreuung. Oder jemand, der sich in seine Zahnbehandlung nicht fügen kann und wo der Betreuer sagt: Unterbringen geht auch nicht, aber irgendwann muss ich jetzt warten, bis dann eine eitrige Sepsis eingetreten ist. Mich würde interessieren: Wie kann man dem gerecht werden? Da ist dieses Gesetz nach meiner Wahrnehmung unvollständig.

Vorsitzender Siegfried Kauder (Villingen-Schwenningen): Damit sind alle Fragen gestellt. Ich nehme aber durchaus entgegen, was eben von der Tribüne bemerkt wurde. Vielleicht kann deshalb Herr Professor Lipp noch etwas zum Begriff der psychischen Krankheit sagen?

Jetzt sind wir im Bereich der Antwortrunde, in umgekehrter Reihenfolge wie die Abgabe der Statements. Das bedeutet, dass Frau Sauermann als erste dran ist zu den Fragen der Abgeordneten Weinberg, Dr. Bunge und Vogler.

SVe Gabriele Sauermann: Sie haben nach den Kriterien gefragt. Die Kriterien und die Rahmenbedingungen stehen unseres Erachtens im BGH-Urteil konkret drin, so dass dieses zu lesen und auch entsprechend in das Gesetz umzuwandeln wäre. Das

bedeutet sowohl, dass es nicht reicht, das nur zum Wohle des Patienten zu prüfen, als auch, ich zitiere noch einmal das BGH-Urteil: „...sondern auch der mit der Zwangsbehandlung verbundene Eingriff und dessen Folgen in die gebotene Güterabwägung nach dem Grundsatz der Verhältnismäßigkeit einzubeziehen seien. Bei der Prüfung, ob eine – insbesondere längerfristige – Behandlung eines untergebrachten Betroffenen unter Zwang dem Grundsatz der Verhältnismäßigkeit noch entspreche, seien an die Gewichtigkeit des ohne Behandlung drohenden Gesundheitsschadens, aber auch an die Heilungs- bzw. Besserungsprognose strengere Anforderungen zu stellen.“ Diese strengeren Anforderungen sehen wir hier nicht umgesetzt. Das wäre jetzt erst einmal die Beantwortung. Dann haben Sie nach den unterschiedlichen regionalen Ausgestaltungen der Zwangsbehandlungen gefragt. Ich kenne die Kleine Anfrage. Interessant ist für mich vor allen Dingen: Ein kleines Bundesland, Bremen, ist das einzige Bundesland, das, zwar nicht unter einer großen Fallzahl, aber in umgekehrter Reihenfolge hinbekommen hat, die Zwangsbehandlungen zu reduzieren. Von daher wäre es interessant, nach Bremen zu schauen! Ich komme nun zufällig auch aus Bremen und weiß, dass der Kollege Kruckenberg – ein Arzt – dort sehr erfolgreich nicht nur das Kloster Blankenburg aufgelöst, sondern auch den ambulanten Sektor, insbesondere die ambulante Krisenintervention sehr gestärkt hat. Man müsste einmal prüfen, ob es hier einen Zusammenhang zwischen der sinkenden Zahl von Zwangsbehandlungen bzw. Zwangsunterbringungen und dem Aufbau eines klugen ambulanten Settings gibt. Das muss aber die Wissenschaft prüfen, das kann ich nicht. Es fällt mir aber auf. Das andere ist, dass es natürlich erhebliche regionale Unterschiede gibt. In Bayern, das ist sicherlich auch bekannt, gibt es noch die großen zentralen Bezirkskrankenhäuser. Bayern ist – wie andere Länder auch – ein ländlich strukturiertes Land, so dass es durchaus sein kann, dass es auch hier den Hinweis gibt, dass im gemeindenahen, ambulanten Setting nicht ausreichend ambulante Strukturen vorherrschen, es aber faktisch auch nicht genug Fachärzte gibt. Und die andere Frage ist natürlich auch, dass eine psychische Erkrankung dem, der eine psychische Erkrankung nicht kennt, immer Angst macht. Die Frage ist auch, wie es in der Rechtsprechung aussieht. Dort kann es auch regionale Unterschiede geben. Denn mir ist nicht bekannt, dass Richter in ihrem Studium den Umgang mit psychischen Erkrankungen tatsächlich erlernen. Insofern wäre auch die Frage, ob es da einen Unterschied gibt zwischen sehr konservativ ausgerichteten Bundesländern und Bundesländern, die da einfach auch

die Psychiatrie vor Ort besser kennen. Das muss man auch fragen. Ich kann Ihnen das gar nicht beantworten. Ich möchte das nur so mit auf den Weg geben, erst einmal.

Zur Frage der Einwilligungsunfähigkeit: Ich versuche das nochmals mit der UN-Behindertenrechtskonvention. Dort ist es ausdrücklich so, dass man das nicht dauerhaft festlegen darf. Das ist sozusagen eine Art der Behinderung. Grundsätzlich folgern wir im Moment, dass wir sagen, aufgrund der Art und Schwere der Behinderung oder der Krankheitsuneinsicht gibt es eine Einwilligungsunfähigkeit. Wir sagen, das kann nur situativ entschieden werden. Es ist ein Unterschied, ob sie etwas grundsätzlich annehmen oder sagen, eine Situation – und nicht die Behinderung – muss angeguckt werden. Insofern bedarf es dort, glaube ich, einer genaueren Regelung mit dem Hinweis, dass wir auf Zustimmung abstellen sollten. Und das haben auch gerade Frau Dr. Hauth und Herr Heinz hier auch noch einmal selbst betont, auch als Klinikvertreter: Wir brauchen im Vorfeld diese Zustimmungsanforderungen und auch die Zeit dafür. Ganz besonders schwierig – dazu aber mögen vielleicht auch Professor Heinz und Frau Hauth noch einmal selbst etwas sagen – ist tatsächlich der Nutzen von Behandlungen. Das ist ganz schwierig in der Psychopharmaka-Therapie, weil sie haben alle einmal irgendeinen Nutzen. Der könnte z. B. sein, die Einwilligungsfähigkeit wiederherzustellen. Aber sie haben immer eine Wirkung und Nebenwirkungen, und dann ist immer die Frage, das genau zu ermessen. Da gibt es ja kaum valide Daten. Ich finde hilfreich, wenn Frau Hauth sagt, wir brauchen ein großes Register. Wir brauchen aber sicher auch Daten und Erhebungen zum Nutzen von Behandlungen und auch vom Nutzen einer möglichen Zwangsbehandlung als *ultima ratio*.

Vorsitzender Siegfried Kauder (Villingen-Schwenningen): Herr Dr. Marschner auf die Fragen von Abgeordneten Dr. Bunge, Klein-Schmeink und Dr. Reimann, bitte!

SV Dr. Rolf Marschner: Zu der ersten Frage: Frau Dr. Bunge, ich hatte mich im Vorfeld tatsächlich dafür ausgesprochen, die Zwangsbehandlung der Anlasskrankheit aus dem Betreuungsrecht herauszunehmen. Selbstverständlich ist dies für die Zwangsbehandlung sonstiger Erkrankungen nicht möglich – wie gerade die eben angesprochenen Beispielfälle, dass der psychisch kranke Mensch

an Diabetes leidet, zeigen. Dafür fehlt den Bundesländern die Gesetzgebungskompetenz, das kann nur im Betreuungsrecht geregelt werden. Meine früheren Überlegungen, die jetzt im Gesetzentwurf keinen Niederschlag gefunden haben, das muss man realistischer Weise so sehen, sind durchaus nicht ungewöhnlich. In Österreich haben wir ein entsprechendes Modell, wonach eine psychiatrische Zwangsbehandlung nur nach dem dortigen öffentlichen Unterbringungsrecht möglich ist, im Sachwalterrecht nicht. Der Vorteil wäre eben, dass die auf Vertrauen gegründete Beziehung zwischen Betreuer und Betreutem gestärkt werden könnte und der Betreuer in gesundheitlichen Angelegenheiten zu einem Art Patientenanwalt würde. Er würde die Interessen des Betroffenen gegenüber dem Krankenhaus in Gesundheitsangelegenheiten wahrnehmen können. Aber ich weiß, dass dies nicht Gegenstand des Gesetzentwurfes ist. Die Fragen von Frau Klein-Schmeink und Frau Vogler kann ich zusammenfassen. Wenn Sie fragen: „Wie viel Zeit?“, dann neige ich dazu, zu sagen: „Viel Zeit!“ So habe ich auch das Bundesverfassungsgericht verstanden, und auch da muss man sich im Klaren darüber sein, dass wir hier im Betreuungsrecht sind. Wenn wir in § 1906 BGB im materiellen Recht eine Formulierung, wie sie von vielen vorgeschlagen wird – „ohne Druck und mit genügend Zeit“ – hineinschreiben würden, dann würde das dem Personenkreis, um den es im Betreuungsrecht geht, Rechnung tragen. Das heißt nicht, dass bei akuter psychiatrischer Krisenintervention in zukünftigen Regelungen der Bundesländer nicht auch andere Regelungen verankert werden können, die akutem psychiatrischen Handlungsbedarf, vielleicht jenseits der Notfallregelung, Rechnung tragen können. Aber hier im Betreuungsrecht, denke ich mir, muss genügend Zeit zur Verfügung stehen. Das kann man als Karenzzeit formulieren, das kann man im Verfahrensrecht verankern, wie wir vom BGT es vorgeschlagen haben, über die Wirksamkeitsregelung bei der Genehmigung der Zwangsbehandlung. Und vielleicht nochmals: Das Problem der Krankenkassen, diesen Schuh können wir uns nach meiner Auffassung heute, kann sich insbesondere der Bundesgesetzgeber im Betreuungsrecht nicht anziehen! Das Sozialgesetzbuch ist eindeutig: Der Patient hat solange Anspruch auf Krankenhausbehandlung, wie er ihn benötigt! Und auch eventuelle Vergütungsregelungen im Gesundheitsrecht ändern nichts an diesem Anspruch, das muss man an dieser Stelle auch trennen. Ob insgesamt auf Zwangsmaßnahmen verzichtet werden kann, wie es Dr. Zinkler für sein Krankenhaus in Heidenheim beschrieben hat? Ich habe inzwischen von ihm als Beitrag für die

nächste Ausgabe der Zeitung Recht und Psychiatrie auch drei Fallstudien gelesen, wo er beschreibt, mit wie viel Mühe und wie viel Zeit es geschafft worden ist, bei Patienten, die früher ohne Weiteres, auch nach seiner Auffassung, zwangsbehandelt worden wären, doch noch die Zustimmung herbeizuführen. Da denke ich mir, da ist sicherlich viel Möglichkeit in der Psychiatrie vorhanden! Mir geht es vor allem darum – und das ist im Betreuungsrecht wichtig –, routinemäßige Zwangsbehandlungen zu vermeiden, die vielleicht nicht bei den hier anwesenden Vertretern der psychiatrischen Krankenhäuser, aber in der Fläche unter eventuell schlechten Personalbedingungen durchaus stattfinden. Auf den schlechten Personalzustand als mögliches Einfallstor für Grundrechtseingriffe hat auch das Bundesverfassungsgericht in seiner Entscheidung hingewiesen. Die letzte Frage, Frau Dr. Reimann: Gilt dieses Gesetz auch für Pflegeheime und Einrichtungen für demente Menschen? Das kann sowohl nach altem wie auch nach neuem Recht schon deswegen nicht gelten, weil in einem Pflegeheim nach § 1906 Absatz 1 Nummer 1 BGB zur Abwendung einer Gefahr für die Gesundheit oder den Betroffenen selbst untergebracht wird, aber nach überkommenem Recht nie zur Durchführung einer Behandlung im Sinne des 1906 Absatz 1 Nummer 2 BGB. Das hat auch der BGH bestätigt, eine Zwangsbehandlung in einem Pflegeheim ist schon nach bestehendem Recht nicht möglich und nach meiner Auffassung sinnvollerweise auch nicht herbeizuführen. Es ist in der Tat so, dass es, wenn es um eine Zwangsbehandlung eines dementen Menschen geht, der in einem Pflegeheim lebt, dieser wohl für diese in ein psychiatrisches Krankenhaus gebracht werden müsste, damit im dortigen Setting, was auch richtig wäre, eine Zwangsbehandlung stattfinden kann. Die Pflegeheime sind dafür auch nicht ausgestattet.

Vorsitzender Siegfried Kauder (Villingen-Schwenningen): Herr Professor Lipp auf die Fragen der Abgeordneten Hönlinger, Hüppe, Steffen, Dr. Reimann und von mir.

SV Prof. Dr. Volker Lipp: Ich gestatte mir, die Reihenfolge etwas zu verändern und fange mit der etwas allgemeiner gehaltenen Frage von Herrn Hüppe an. Ich war ja bei dem Statement von Frau Dr. Hauth leider noch nicht zugegen. Ich nehme an, das bezieht sich auf das Beispiel 2 des Anhangs zu ihrer schriftlichen Stellungnahme. Die Fremdgefährdung des Kindes. In diesem Fall muss man natürlich erst einmal mit den dafür verfügbaren kindschaftsrechtlichen Instrumentarien lösen; und wenn es um die

Zwangsbehandlung dieser jungen Frau geht, da geht es allein um den Schutz ihrer selbst, wenn wir im Betreuungsrecht sind. Die Frage, dass da noch ein Kind dabei ist, das muss man mit den Instrumentarien, die wir zum Schutz von Kindern auch in solchen Situationen haben, lösen. Das ist kein Problem des Betreuungsrechts! Das geht nach ganz anderen Grundsätzen, und da sind natürlich die Schwellen auch viel niedriger, ohne da jetzt in Einzelheiten des Kindschaftsrechts einsteigen zu wollen.

Dann würde ich gerne die verfahrensrechtlichen Fragen von Frau Hönlinger und Frau Steffen ansprechen. Zunächst einmal zum Verfahrenspfleger. Erster Unterschied: Der Aufgabenbereich des Verfahrenspflegers ist die Interessenvertretung und Fürsprecher des Betroffenen im Verfahren zu sein, und zwar gerade in den Fällen, in denen der Betroffene höchstwahrscheinlich nicht selbst in der Lage ist, sich rechtliches Gehör zu verschaffen. Das gilt natürlich gerade in den Situationen, über die wir hier sprechen. Wir sprechen von Menschen, denen wir jedenfalls *prima facie* bescheinigen, dass sie einwilligungsunfähig, also so schwer psychisch krank sind, dass eine Zwangsbehandlung überlegt wird – und das ist eigentlich nachgerade der prototypische Fall, in dem man einen Verfahrenspfleger bestellen muss. Und insofern meine ich, dass man da nicht mit der allgemeinen Regelung hinkommt, sondern das auch ausdrücklich sagen muss. Im Unterschied zum Betreuer ist dieser Verfahrenspfleger eine eigenständige Person im Verfahren, und seine Bestellung gilt dann nicht nur für die betreuungsrechtliche Zwangsbehandlung, sondern auch für das landesrechtliche Psychisch-Kranken- und Unterbringungsverfahren. Das müssen Sie verfahrensrechtlich mit bedenken, auch wenn das jetzt hier nicht der primäre Fokus ist, weil wir materiell-rechtlich vom Betreuungsrecht ausgehen: Verfahrensrechtlich gilt das immer auch für eine eventuell zu schaffende gesetzliche Grundlage nach Landesrecht in den Psychisch-Kranken- oder Unterbringungsgesetzen.

Dann zu den konkreten Vorschlägen – was Frau Hönlinger fragte – im Verfahrensrecht. Zunächst zur Anordnung der sofortigen Wirksamkeit, § 324 FamFG-E. Das ist eine verfahrensrechtliche Regelung zur Absicherung der von Herrn Marschner schon angesprochenen Karenzzeit. Im Regelfall sagt der Absatz 1: Die Beschlüsse werden erst mit Rechtskraft, also mit Unanfechtbarkeit, wirksam, und dann kann die sofortige Wirksamkeit ausnahmsweise angeordnet werden, unter

bestimmten Voraussetzungen. Und dieses, meine ich, kann man allenfalls dann bei einer Zwangsbehandlung in Erwägung ziehen, wenn es darum geht, dass dieser zeitliche Aufschub bis zum Ablauf der Rechtskraftfrist, selbst schon dieser kurze zeitliche Aufschub, eine Lebensgefahr oder eine schwere Gesundheitsgefahr für den Betroffenen bedeuten würde. Deswegen kann ich mir vorstellen, dass es solche Fälle gibt, aber ich würde diese sofortige Wirksamkeit nur auf diese Fälle beschränken, um diese Karenzzeit im Regelfall auch verfahrensrechtlich garantiert absichern zu wollen.

Zweite Frage, § 321 FamFG-E, da geht es um die Frage des ärztlichen Gutachtens und die Frage, was da mit weitergehenden Vorschlägen ist. Der bisherige Entwurf einschließlich des Änderungsantrages sieht vor, dass eine bestimmte Qualifikation des Sachverständigen vorliegen soll. Der Änderungsantrag sagt zusätzlich, dass es nicht der behandelnde Arzt sein „soll“ – also nicht „muss“, sondern Regelfall. Ausnahmen wären zu begründen. Ich meine, dass das bei der Zwangsbehandlung angesichts der Unterschiede und der Unsicherheiten im Bereich der Psychiatrie über die Voraussetzungen, wann eine Zwangsbehandlung möglich ist, wann tatsächlich Einwilligungsunfähigkeit vorliegt, wann und unter welchen Voraussetzungen die Ablehnung der Behandlung krankheitsbedingt oder aus anderen Gründen erfolgt, nicht ausreicht. An all diesen Schwierigkeiten wird deutlich, dass es zwingend erstens nicht der behandelnde Arzt sein darf, sondern ein anderer Arzt tätig werden muss – also eine doppelte Kontrolle. Der behandelnde Arzt muss also einen Fachkollegen überzeugen. Zweitens: Dieser Sachverständige muss eine entsprechende psychiatrische Qualifikation haben, damit er die Einwilligungsunfähigkeit und die Krankheitsbedingtheit der Ablehnung der Behandlung auch fachlich beurteilen kann. Drittens: Der Sachverständige muss auch deshalb im Regelfall extern sein, weil ich mich von Fachleuten habe belehren lassen, dass es tatsächlich in vielen Fällen eine die Zwangsbehandlung vermeidende Wirkung hat, wenn noch ein weiterer unabhängiger Arzt hinzugezogen wird und dieser dann ebenfalls die Notwendigkeit der Behandlung bejaht. Also ein durch diese Sachverständigenregelung bedingter indirekter zwangsvermeidender Effekt. Ich meine, dass man davon in gewissem Umfang bei einstweiligen Anordnungen Abstriche machen und deswegen beim ärztlichen Zeugnis eine etwas abgeschwächte Formulierung verwenden kann. Aber es gibt bestimmte

Mindeststandards – „fachliche Qualifikation“ und „nicht der behandelnde Arzt“ –, die auch im Eilverfahren beim ärztlichen Zeugnis unbedingt erforderlich sind.

Dann zweitletzte Frage von Frau Dr. Reimann hat Herr Marschner schon beantwortet. Das sehe ich genauso! Ich möchte nur zwei Punkte ergänzen. Erstens: Seit dem Jahre 2000 sind diese nichtstationären, außerhalb der Unterbringung erfolgenden Zwangsbehandlungen rechtlich nicht möglich. Ich habe jetzt keine Hinweise darauf, dass das zu unerträglichen Zuständen geführt hat; die hätten jetzt in den letzten zwölf Jahren tatsächlich auftreten müssen. Insofern kann ich da die Dringlichkeit nicht unbedingt erkennen. Zweitens, ein rechtlicher Hinweis: Wenn man sich im Pflegeheim dauerhaft aufhält und dort wohnt und lebt, dann ist das die eigene Wohnung. Und man kann nicht sagen, nur weil jemand im Pflegeheim lebt, als Demenzkranker, dann ist das nicht so schlimm, wie wenn man in der eigenen Wohnung aufgesucht und zur Zwangsbehandlung zugeführt wird! Das ist rechtlich – und ich glaube auch tatsächlich – dasselbe, weil das da die eigenen vier Wände sind, auch wenn die anders aussehen mögen als bei Personen, die nicht in solchen Heimen leben. Insofern würde ich das auch nicht als milderer Mittel oder als weniger gravierende Einschränkung sehen.

Und schließlich und endlich, Herr Vorsitzender, Ihre Frage: Das ist eine *mission impossible*, das in Kürze zu beantworten! Ich möchte versuchen, in drei Punkten kurz die wichtigsten Dinge anzusprechen. Erstens: Psychische Erkrankung ist nach geltendem Recht wie nach der vorgesehenen Regelung eine, aber nicht die einzige Voraussetzung für Zwangsmaßnahmen oder die zwangsweise ärztliche Behandlung. Dass das ein schwieriges Feld ist, bei dem Juristen sich auf die Fachkenntnis der Psychiater verlassen müssen, ist klar. Deswegen ist aber auch immer wichtig, verfahrensrechtlich abzusichern, dass es nicht die Meinung eines einzigen Psychiaters ist, der der behandelnde Arzt ist, sondern immer ein zweiter zustimmt, weil wir als Juristen keine Definitionshoheit darüber haben, was die psychische Erkrankung aus Sicht der Psychiatrie ist – das können wir nicht leisten. Umgekehrt geht es darum, verfahrensrechtlich zu sichern, dass die behandelnden Ärzte bzw. die Psychiatrie als Disziplin auch nicht die Entscheidungsmacht über diese Fragen hat. Deswegen ist die Einwilligungsunfähigkeit meines Erachtens im Gesetzentwurf richtigerweise nicht als Einwilligungsunfähigkeit, sondern als rechtlich ausgeformtes

Konzept aufgeführt und setzt, entsprechend den Unterbringungs Voraussetzungen, eine rechtliche, eigenständige Beurteilung zuerst des Betreuers und dann des Gerichts voraus. Ganz wichtig ist mir, dass die Einwilligungsunfähigkeit nicht schon aus der Krankheit und auch nicht schon aus der Ablehnung einer Behandlung durch diesen kranken Menschen folgt, sondern eigenständig noch als eine weitere Voraussetzung zu prüfen ist – und dies müsste dann auch im Gesetz deutlich gemacht werden. Dann ist es das, was Frau Sauermann auch aus Sicht der UN-BRK zu Recht fordert. Dann ist es eine situative, auf den Einzelfall bezogene rechtliche Beurteilung. Das, denke ich, ist dann auch mit der UN-BRK vereinbar.

Vorsitzender Siegfried Kauder (Villingen-Schwenningen): Ich danke Ihnen! Es kommt nun Frau Professor Herpertz auf die Frage des Kollegen Henke.

SVe Prof. Dr. med. Sabine Herpertz: Herr Henke, bei Ihnen ging es um die Frage nach Behandlungsmaßnahmen, die sich auf eine körperliche Erkrankung oder eine körperliche Verschlechterung bei psychisch Kranken beziehen. Sie hatten das Beispiel eines Demenzkranken genannt, der eine Zwangsbehandlung benötigt. Ich denke, das wäre schon eine typische Situation, wo auch dieser Gesetzentwurf bezüglich des Betreuungsrechtes greift, weil es hier darum geht, dass die Verweigerung der Behandlung im Zusammenhang mit der Einwilligungsunfähigkeit durch die psychische Erkrankung steht und es auch in keinem Paragraphen spezifiziert wird, dass es um die Behandlung eine „psychischen“ Erkrankung geht. Sondern es geht allgemein um eine zwangsweise ärztliche Maßnahme, die sich durchaus auch auf die körperliche Erkrankung beziehen kann. Von daher würde ich denken, dass in diesen Ausführungen diese Situationen abgedeckt sind, auch die dialysekranke psychotische Patientin. Schwierig wird es bei einer ganz akuten Situation, etwa die Appendizitis bei der demenzkranken Patientin. Dann ist das auch eine Patientin, die häufig unter dem Regime des Betreuungsrechtes in die Klinik kommt, und wo dann dort tatsächlich eine Akutsituation entsteht, und wo dann z. B. mit so einer Karenz eben schwierige Situationen auftreten könnten. Aber da könnte dann möglicherweise eine einstweilige Anordnung die richtige Möglichkeit sein.

Vorsitzender Siegfried Kauder (Villingen-Schwenningen): Herr Professor Heinz antwortet nun bitte auf die Fragen der Abgeordneten Volkmer, Weinberg, Rawert, Silberhorn, Hüppe und Steffen.

SV Prof. Dr. Andreas Heinz: Vielen Dank! Frau Volkmer hatte in eine ähnliche Richtung gefragt: Was ist bei den Beispielen akut und was ist chronisch? Ich kann das an meinen eigenen am besten deutlich machen. Eine Demenzerkrankung ist natürlich chronisch. Wenn man nun kein Betreuungsrecht zur Verfügung hat und man hat diese Situation mit der Dialyse, dann müsste man im Prinzip warten – zumindest nach dem derzeitigen Stand hier in Berlin –, bis der Mensch unter der Urämie, der Blutvergiftung so schwer lebensbedrohlich krank ist, dass man eine Notfalldialyse durchführen kann. Damit würde man in unregelmäßigen Abständen, immer wenn das soweit ist, etwas tun, dabei aber natürlich eine schwere Gesundheitsgefährdung der betroffenen Person in Kauf nehmen. Ganz ähnlich ist es mit dem Diabetes mellitus: Eine regelmäßige Insulingabe wäre als Notfallmaßnahme nicht zu vertreten, sondern eben immer nur die Situation, wenn derjenige in ein hyperglykämisches Koma fällt oder ähnliches. Das – wenn ich das vorziehen darf – beantwortet vielleicht auch die Frage von Herrn Hüppe, ob es diese Fälle gibt. Ja, die gibt es! Ich muss prüfen, inwieweit wir die Daten aus der Anfrage der Einrichtung, die uns bezüglich der Patientin mit den Erfrierungen, die jetzt vielleicht daran verstirbt, angefragt hat, weiterleiten dürfen. Wenn wir es dürfen, gebe ich es Ihnen gern weiter. Die Frage ist: Warum passiert im Augenblick nicht mehr? Weil es, z. B. in Berlin unter Notfallmaßnahmen, zumindest meiner Erfahrung nach, jetzt, wo wir die Betreuungsrechtsmöglichkeiten nicht haben, noch Möglichkeiten der Behandlung nach dem Psychisch-Kranken-Gesetz gibt. Die sind aber intermittierend und führen für die Betroffenen zum Teil auch zu sehr unangenehmen Situationen, weil die beispielsweise einfach sehr lange in ihrer Manie oder in ihren anderen Zuständen sind und immer nur intermittierend, wenn es ganz, ganz bedrohlich wird, eine Behandlung erfahren dürfen.

Die Frage nach der Behandlungsvereinbarung: Ja, absolut richtig! Wir als Aktion Psychisch Kranke hatten das ursprünglich in unserem Entwurf drin, haben uns dann aber rechtlich belehren lassen, dass die Möglichkeit durch die Verfügung sowieso gegeben wäre. Das heißt man muss nicht hineinschreiben, dass eine

Behandlungsvereinbarung zu treffen ist, weil die Betroffenen, sobald sie einsichtsfähig sind, eine Verfügung verfassen können. Und dann muss die Klinik sich dazu nicht irgendwie zustimmend verhalten, sondern das ist dann das Recht der Betroffenen, das zu tun.

Rückmeldungen zu Demenzerkrankungen: Ja, haben wir! Es gibt in Berlin einige – ich kann noch einmal nachschauen, was wir davon weitergeben dürfen. Wir haben einige Angehörigeninformationen über Probleme unter dem derzeitigen Betreuungsrecht. Da sind auch Fälle mit Demenzerkrankung oder chronischen Erkrankungen dabei.

Die Frage zu Nutzen und Schaden: Wie kann man das abwägen? Es gibt natürlich aus medizinischer Sicht – das ist aber sicher nicht das, was die Betroffenen jetzt wirklich bewegt – Untersuchungen vom IQWiG (Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen) oder vom NICE (National Institute for Health and Clinical Excellence), die Nutzen und Schaden von Medikamenten abwägen. Im englischen Bereich gibt es das beispielsweise auch zu den Neuroleptika, die hier sicher mit gemeint sind. Bei anderen Situationen – Diabetes Mellitus, bei Insulingabe – ist es vielleicht leichter, weil es weniger kontrovers ist. Ich glaube, der Punkt der Abwägung bei Medikamenten, die auf psychische Symptome zielen, ist eben die Frage, ob es für die Betroffenen richtig ist oder nicht, wenigstens einmal im Leben aus der Psychose rauszukommen. Ich habe selbst eine Mitstudentin gehabt, die zwei Jahre psychotisch war und hinterher sagte, sie hätte sich gewünscht, dass sie früher aus der Psychose herausgeholt worden wäre. Das wäre meines Erachtens ein Nutzen, der den Schaden, den man dadurch hat, dass man gegen seinen Willen behandelt wird und das auch als traumatisierend erlebt oder erleben kann, aufwiegt oder überwiegt.

Frage Vorsorgevollmacht, -verfügung: Ich denke das sind entscheidende Maßnahmen, um von Betroffenenenseite aus festzulegen, was man machen will. Es gibt zwei Schwierigkeiten, die ich hier kenne. Die eine haben wir selbst schon erlebt: Was ist, wenn zwei Vorsorgevollmachten vorliegen? Wir hatten das in dem Fall auf zwei sehr unterschiedlich positionierte Menschen. Der zweite Punkt ist: Was ist, wenn es eine klare Patientenverfügung gibt? Das ist in Berlin auf einer unserer

Tagungen angesprochen worden, wo Betroffene gesagt haben, ich möchte in meine Verfügung reinschreiben, dass ich mit dem Psychiater nicht reden will und auch die Untersuchung verweigere. Ich finde, wenn das unter Einwilligungsfähigkeit erfolgt ist – das habe ich auch schon mehrfach gesagt –, dann haben die Betroffenen auch ein Recht, nicht in die Psychiatrie aufgenommen zu werden. Unsere Richter sagen uns, dass wir das dann bei Fremd- oder Selbstgefährdung trotzdem tun müssten, weil das Recht auf Leben höher steht. Wir dürften dann nur nicht behandeln. Ich halte das für beide Seiten für falsch und für nicht erträglich! Es ist aber so gesagt worden. Nun bin ich kein Jurist, ich gebe nur wieder. Da denke ich, muss man dann wirklich als Betroffener das Recht haben, nicht in die Psychiatrie zu kommen. Und die Psychiatrie soll da auch nicht irgendwie zu einem Wegschlieβverfahren werden!

Was ist, wenn die psychische Zwangsbehandlung unterbleiben muss? Das ist die Frage der ambulanten Zwangsbehandlung. Wir hatten hier die Rechtsauffassung gehört, dass eine Dialyse nur ambulant ginge, weil man dazu gar nicht unterbringen muss. Dazu bin ich nicht Jurist genug, ich würde aber weiter betonen, dass die Unverletzlichkeit der Wohnung, zumindest bezüglich der Behandlung, meines Erachtens höher wiegt als die Möglichkeit, zu Hause zu behandeln oder in irgendeinem ambulanten Setting. Wenn das heißt, dass man eine Dialyse nicht durchführen kann, wenn das nicht anders gesetzlich geregelt wird, dann denke ich, muss man es überdenken. Aber ansonsten würde ich das nicht unterstellen.

Dann die Frage: Gibt es Alternativen? Wir haben in der ersten Zeit Probleme erlebt, die damit auftreten können. Wir haben es in der ersten Zeit hier in Berlin erlebt, als die Zwangsbehandlung im Betreuungsrecht aufgehoben war, Leute aber unter Betreuung untergebracht waren und dann nicht klar war, was in dieser Situation möglich ist. Ist ein Vorgehen nach dem Psychisch-Kranken-Gesetz, also eine Akutbehandlung, möglich oder nicht? Es gab zuerst die Richterauffassung, dass sie dann gar nicht möglich ist. Ich halte Alternativmaßnahmen – wie Fixierungen oder so etwas – um jemanden zu schützen für wesentlich unmenschlicher.

Zu den Todesraten habe ich versucht, etwas zu sagen. Dann war noch die Frage: Reicht die Regelung im Augenblick? Wir haben zwei Punkte angemerkt. Der erste wäre, dass der Arzt nicht aus der Einrichtung kommen sollte. Das hatte ich vorhin

nicht vorgetragen, weil ich dachte, das wäre in der letzten Diskussion von uns bereits klar gesagt worden. Ich fände das sehr wichtig, dass das eine Person ist, die nicht aus derselben Einrichtung kommt. Und der zweite Punkt: Dass das auf Facharztniveau sein soll. Denn man muss auch daran denken, dass es einen Graubereich in Krankenhäusern gibt, in denen nicht in der Psychiatrie, aber auf Intensivstationen oder in der Neurologie oder in anderen Einrichtungen Menschen mit psychischen Erkrankungen und Einsichtsunfähigkeit gegen ihren Willen behandelt werden. Und wenn man jetzt keinen Facharzt hätte, dann hieße das, dass ein Neurologe zusammen mit einem Allgemeinmediziner oder so vielleicht gutachterlich entscheidet. Das wäre sicherlich nicht optimal. Vielen Dank!

Vorsitzender Siegfried Kauder (Villingen-Schwenningen): Nun Frau Dr. Hauth auf die Fragen der Abgeordneten Thomae, Klein-Schmeink und Henke. Bitte!

SVe Dr. med. Iris Hauth: Zu der Frage von Herrn Thomae, Neuroleptikawirkung und dauerhafte Wirkung oder Nebenwirkungen und Einschränkungen der Persönlichkeit. Wir sprechen hier in der Zwangsbehandlung über eine akute Situation. Ich würde das auch jetzt nochmals betonen wollen. Chronisch Kranke können einmal akuter krank werden, und über diese Situation sprechen wir. Also nicht über dauerhaft chronisch Kranke, sondern chronisch Kranke, die dann so akut krank werden, dass sie in eine Klinik gebracht werden. Oder aber, manchmal auch vorhanden, Ersterkrankte mit einer Psychose oder bipolaren Störung, die dann in eine Klinik gebracht werden und wo kein rechtfertigender Notstand vorliegt, sondern, wo es um die Frage geht: Ist eine Behandlung auch gegen den Willen möglich? Zu den Neuroleptika, Herr Professor Heinz hat es schon gesagt, gibt es sowohl internationale als auch nationale Studien über die Wirksamkeit der Neuroleptika auf die akuten Symptome – und da sprechen wir von akuten Denkstörungen, von akuten paranoiden Symptomen, von vermeintlicher Verfolgung, Bedrohung, von akuten Halluzinationen. Ein Mensch, der sehr unter den akuten Symptomen leidet, sich ständig Stimmen ausgesetzt sieht, sich verfolgt, bedroht fühlt – von dieser Situation sprechen wird. Und in dieser Situation sind die Neuroleptika studienmäßig erwiesen wirksam. Wichtig dabei ist – und das ist sicher etwas, das auch in den Leitlinien betont wird –, dass man Nebenwirkungen natürlich überwachen muss – sowohl psychische Nebenwirkungen als auch körperliche Nebenwirkungen –, die aber in der Regel erst

nach längerer Zeit der Behandlung auftreten. Wir sprechen aber jetzt und hier von einer akuten Behandlung mit dem Ziel, dass die Einsichtsfähigkeit und die Entscheidungsfähigkeit wieder hergestellt werden sollen.

Zu der Frage der Suizidalität: Das ist bekannt, dass in einer abklingenden Phase einer Psychose eine depressive Phase folgen kann und im Rahmen dieser Erkrankungsphase es natürlich auch zur Suizidalität kommen kann. Aber man muss da sehen: Der Hintergrund ist nicht die Medikation, sondern die Erkrankung selbst.

Frau Klein-Schmeink hatte noch einmal den Faktor Zeit angesprochen. In der Tat hatten wir, glaube ich, alle gesagt, dass man Zeit braucht – aus meiner klinischen Erfahrung zwei bis maximal vier Wochen –, um mit dem Patienten ins Gespräch zu kommen, das zu erläutern, Vor- und Nachteile zu erläutern und auch vertrauensbildende Maßnahmen zu treffen. Aber das kann im Einzelfall natürlich auch mehr sein. Insofern ist die Situation, dass eine Behandlung, Herr Marschner hat es vorhin auch betont, bei psychisch Kranken nicht eingegrenzt werden darf. Das ist nicht wie in der Somatik, dort gibt es Fallpauschalen, wo ein Patient innerhalb von drei bis vier Wochen wieder entlassen werden muss. Sondern dass man einfach diese Zeit – das richtet sich jetzt auch an die Gesundheitspolitiker – im neuen Finanzierungssystem für Psychiatrie bekommt. Dass man da keine Begrenzung hat, ist im Rahmen dieser ganzen Themata, die wir jetzt behandeln, ungeheuer wichtig! Und da müssen wir auf anderer Ebene – das ist jetzt Betreuungsrecht – weiterhin darauf einwirken, dass da keine Grenzen gesetzt werden, sondern im Rahmen von Autonomie und Respekt vor der Entscheidungsförderung des Patienten genügend Zeit da ist.

Zu Herrn Henke, zu der Frage körperliche Erkrankung, also nicht nur bei psychisch Kranken, die dann körperlich krank werden, sondern eben auch bei Behinderten bzw. auch bei akut, durch Schädelhirntrauma o. ä. Beeinträchtigten oder eben auch bei Demenzerkrankungen: Vieles lässt sich durch den rechtfertigenden Notstand, wenn es wirklich eine akute Situation ist, natürlich beheben und eine entsprechende Behandlung einleiten. Wenn dies nicht der Fall ist, zählt schon das Betreuungsrecht. Und im Rahmen des Betreuungsrechts und im Rahmen dessen, was wir hier besprochen haben, sehe ich das auch schon abgedeckt. Auf die Demenzkranken

würde ich gerne noch einmal aufmerksam machen. Die haben wir nicht so im Blick, weil wir meistens über Psychose sprechen, und das war vorhin auch schon einmal Thema: Darf man in Altenheimen zwangsbehandeln? Und mit der Maßgabe: Es ist auch ein Zuhause, sollte man das nicht tun! Es gibt viele Zwangsbehandlungen, nicht in Gestalt von Medikation, sondern von Fixierungen, von Isolierungen, vor allen Dingen von Fixierung in Altenheimen, die auch zum Teil richterlich genehmigt sind. Das ist nochmals ein Teil, der mir auch medizinisch, weil ich mich nicht so oft in Altenheimen bewege, sehr bedenkenswert scheint: Wie sieht es da mit diesen Zwangsbehandlungen im Sinne von Fixierungen aus, die dann auch das Weglaufen vermeiden, natürlich auch den Patienten vor Gefahren schützen, aber aus meiner Kenntnis in den Heimen nicht so selten angewendet werden? Und das wäre etwas, was wir in der Diskussion auch noch bedenken müssen.

Vorsitzender Siegfried Kauder (Villingen-Schwenningen): Nun Herr Dr. Grotkopp auf die Frage des Abgeordneten Silberhorn. Bitte!

SV Dr. Jörg Grotkopp: Herr Silberhorn, Sie hatten ja gefragt: Was ist mit tatsächlichen Problemen? Angenommen etwa, man bekommt den externen Gutachter nicht. Ich hatte es einleitend in meinem kurzen Statement schon gesagt: Zum Glück ist der Gesetzentwurf systemkonform! Wir sprechen hier sehr lange über das Hauptverfahren – die Fragen „Zeit für den Patienten bzw. Betroffenen nehmen“, dass man darüber sprechen kann, dass man den externen Gutachter hat. Wenn ich den nicht bekomme, gibt es im Gesetz verschiedene Instrumentarien, dergestalt abgestuft, dass es zunächst die einstweilige Anordnung gibt – und über die hatten wir schon gesprochen. In § 331 FamFG ist geregelt, dass wir kein Gutachten brauchen, sondern eine ärztliche Stellungnahme eines Facharztes. Das heißt, wenn es mir an dem Sachverständigen gebricht und ich die Eilsituation habe, dann kann ich auf diesem Wege handeln. Habe ich selbst das nicht, dann gäbe es nach § 1846 BGB – der auch im § 1906 BGB angesprochen ist – noch die Möglichkeit, ohne Beteiligung des Betreuers zu handeln. Und ganz am Ende bleibt natürlich noch der rechtfertigende Notstand. Daneben gibt es dieses große Feld der Psychisch-Kranken-Gesetze, das Herr Marschner schon mehrfach angesprochen hat, wozu ich allerdings kritisch anmerken möchte: Ich glaube nicht, dass die Akutunterbringung nach einem Psychisch-Kranken-Gesetz für den Betroffenen eine bessere und auch

richtigere ist als die Akutunterbringung nach dem BGB! Denn wir dürfen nicht vergessen, der Betreuer – auch wenn der Verfahrenspfleger noch eine zusätzliche Sicherung im Verfahren ist – ist eine Person, die auch im Interesse des Betroffenen handeln muss. Werden die Gesundheitsämter tätig, dann haben wir allein eine staatliche Unterbringung. Nicht umsonst ist es so gewesen, dass die Entscheidungen des Bundesverfassungsgerichts aus dem Jahre 2011 – nämlich vom August und dann vom Dezember – auch das Psychisch-Kranken-Gesetz betreffen. Das heißt: Ich sehe da, anders als Herr Marschner, auch bei der eiligen Unterbringung nebst Zwangsbehandlung einen Vorrang des Betreuungsrechts im Sinne der Betroffenen. Aber das Instrumentarium ist vorhanden.

Vorsitzender Siegfried Kauder (Villingen-Schwenningen): Nun Frau Fricke auf die Fragen der Abgeordneten Thomae und Rawert, bitte!

SVe Ruth Fricke: Es gibt Studien, die belegen, dass Neuroleptika auf jeden Fall die Lebenszeit verkürzen, eine ganze Menge, ungefähr um 25 Jahre, das ist der eine Punkt. Der zweite Punkt: Es gibt natürlich bei Neuroleptika der alten und der neuen Art Nebenwirkungen, die durchaus unerwünscht sind. Bei den alten waren das die Beeinträchtigung der Motorik. Dazu muss man natürlich auch wissen, das hängt ein bisschen davon ab, ob ein Arzt vernünftig dosieren kann oder nicht. Ich bin einmal so hoch dosiert worden, dass ich auf allen Vieren durch den Park der Westfälischen Klinik in Gütersloh gehen musste, weil mir ständig die Beine wegrutschten; dass ich mich im Bett nicht selbst umdrehen konnte und ständig die Nachtschwester fragen musste, ob sie mir dabei helfen könnte. Wenn dann der Pfleger Hans dran war, der das nicht tat, habe ich meine Nächte gehend im Aufenthaltsraum verbracht. Das waren die alten. Bei den neuen hat dann irgendwann ein Augenarzt, der sich zum Psychiater umschulen ließ, sämtliche Blutwerte untersucht und festgestellt, dass ich einen Creatin-Kinase-Wert (CK-Wert) von 6.000 hatte – 100 ist normal! Der CK-Wert besagt, dass es Zellerneuerungen gibt: Haare wachsen, die Haut erneuert sich, das kennen Sie alle. Darum hat man eben immer 100, aber 6.000 ist ein bisschen happig viel! Dann denkt man, da kommt ein Herzinfarkt oder sonst etwas! Insofern ist das schon nicht ganz lebensungefährlich. Damit bin ich eigentlich dann gleich auch bei der Frage von Frau Rawert zum Thema Patientenverfügung, Vorsorgevollmacht. Ich würde da gerne die Behandlungsvereinbarung mit einschließen, weil ich damit

eigene Erfahrungen habe. Die Behandlungsvereinbarung hat heutzutage die gleiche rechtliche Wirkung wie die Patientenverfügung. In Nordrhein-Westfalen sind diese Voraussetzungen seit dem Jahr 2000 in § 2 PsychKG-NRW verankert, das heißt wir haben da schon etwas länger eine etwas vernünftigeren Regelung. Ich persönlich fühle mich mit der Behandlungsvereinbarung auf der sichereren Seite, weil ich da mit der Pflegekraft und dem Chefarzt oder Oberarzt der Station, auf der ich dann später wieder sein werde – das gehört nämlich auch zum Konzept – vereinbart und ausgehandelt habe, wie behandelt wird, wenn man mich für nichteinwilligungsfähig erklärt.

Ich betone das ausdrücklich so herum! Denn die Frage, ob ich einwilligungsfähig bin oder nicht, hängt manchmal auch davon ab, welche Vorliebe der aufnehmende Arzt hat. Dieser Einschub sei mir erlaubt an der Stelle. Ich bin an einem Sonntagnachmittag in Begleitung einer Freundin in der Klinik angekommen, das war bevor wir Behandlungsvereinbarung und Abteilungskonzept erarbeitet hatten, und der aufnehmende Arzt wollte mir Medikamente geben. Ich bin freiwillig in die Klinik! Ich wusste, mir ging es schlecht und ich brauchte Hilfe, war alles klar – und dann wollte er mir Medikamente geben. Und das war zu einer Zeit, da wurde man noch nicht aufgeklärt darüber, wie die hießen und was das war. Ich war vier Jahre vorher bei einer Anschlussheilbehandlung in der Flachsheide in Bad Salzuflen gewesen, und dort hatte ich, als sich so etwas wie eine Psychose anbahnte, Medikamente bekommen, die ich sehr gut vertragen hatte – im Gegensatz zu dem Durch-den-Park-Kriechen. Ich habe gesagt: „Können Sie denn da nicht nachfragen, was die mir damals gegeben haben, das würde ich sofort nehmen! Aber irgendetwas, was ich nicht kenne – da habe ich Angst vor, weil ich wirklich so wahnsinnig schlechte Erfahrungen hatte!“ Dann kann man mir nicht erzählen, dass ich erstens krankheitsuneinsichtig und zweitens nicht entscheidungsfähig war, meiner Meinung nach, ich weiß es auch heute noch so. Und in solchen Situationen, wenn dann unbedingt der Arzt sein Lieblingsmedikament geben und das dann zwangsweise einsetzen will, dann finde ich das nicht okay!

Jetzt zurück zu der Frage der Behandlungsvereinbarung. Ich selbst habe nie eine Dauermedikation gekriegt. Dauermedikation ist, denke ich, eine ganze Ecke gefährlicher, als wenn ich das Medikament phasenweise zur Phasenprophylaxe

bekomme. Ich bin immer mit einer Absetzanleitung für den Niedergelassenen oder sogar medikamentefrei entlassen worden, das vorab. Da kann ich festlegen, was ich vertrage, womit ich behandelt werden will. Da kann ich auch Anregungen geben, was man denn alles machen soll, wenn man meint, man müsste mich vielleicht fixieren oder sonst etwas, um das zu vermeiden, weil es unterschiedlichste Vorlieben gibt, was dem Einen bekommt und dem Anderen. Wir hatten gleichzeitig – und damit sind wir bei einer anderen Geschichte darüber, wie man Zwang und Gewalt vermeiden kann – ein Abteilungskonzept entwickelt, das sich am Soteria-Konzept orientierte. Aber eben nicht nur für die Diagnose Schizophrenie. Es beruhte auf dem Prinzip der diagnosedurchmischten Stationen, wo der Patient vom ersten bis zum letzten Tag blieb. Auf diese Art und Weise hatten sie auf einer Station maximal ein oder zwei akute Patienten. Das führte dazu, dass man die Tür offen lassen konnte. Es gab ein „weiches Zimmer“, wohin sich die Leute, denen es schlecht ging, zurückziehen konnten. Keine Isolierzelle oder Isolierzimmer, sondern ein gemütlich eingerichtetes Zimmer, wo man seine Ruhe haben konnte. Aus diesen Erfahrungen heraus kann ich nur sagen: Die Erfahrung mit einer Behandlungsvereinbarung, in der alles festgelegt ist – nicht nur das Medizinische, sondern auch wer den Briefkasten leert, wer den Hausschlüssel kriegt, wer sich um den Hund, den Papagei oder das Kind kümmert in der Zeit, wo man in der Klinik ist; das ist nämlich genauso wichtig, auch therapeutisch, dass die Leute dann in Ruhe da bleiben können und nicht aus Angst, dass da irgendetwas schief geht, sich frühzeitig gegen ärztlichen Rat entlassen lassen –, war, dass die Leute rechtzeitig und freiwillig in die Klinik kamen! Wer rechtzeitig und freiwillig kommt, der wird nicht zwangseingewiesen, der wird nicht zwangsmedikamentiert. Das heißt: Diese Sache mit den vertrauensbildenden Maßnahmen fängt außerklinisch an. Wenn der Bereich außerhalb der Klinik keinen vernünftigen Umgang mit Menschen in Krisen erlernt hat – darum habe ich vorhin auch auf diesen Punkt mit der Schulung von Mitarbeitern so einen Wert gelegt – und die Leute deswegen in Handschellen gefesselt in der Klinik abgeliefert werden: Wo soll dann noch ein Vertrauensverhältnis zwischen dem Hilfesystem und dem Patienten herkommen? Diese Frage möchte ich hier wirklich stellen! Und darum war mein Appell ganz am Anfang: Guckt lieber darauf, wie ein Hilfesystem organisiert wird, wie man mit den Menschen umgeht, als irgendwie jetzt vorschnell zu gucken, wie kriege ich wieder einen Paragraphen hin, damit ich gegen den Willen des Patienten Medikamente verabreichen kann! Die Zeiträume, die hier zum Teil genannt

werden, bis man zu einer einvernehmlichen Lösung kommt, die müssen nicht so lang sein. Das fängt mit der Empfangskultur in einer Klinik an. Ich selbst habe häufiger Menschen in Kliniken begleitet, wo wir es geschafft haben, das freiwillig hinzukriegen und wo dann auch hinterher kein richterlicher Beschluss mehr gekommen ist. Eine Nebenbemerkung: In Nordrhein-Westfalen und, soweit ich weiß, auch in den 15 anderen Bundesländern, sind die öffentlich-rechtlichen Unterbringungen auch für Selbstgefährdungen zulässig, und nicht nur für Fremdgefährdung. Insofern denke ich, ist die Frage – die auch von Herrn Dr. Marschner angesprochen worden ist: Brauchen wir wirklich Doppelgesetzgebung? Oder reicht nicht die öffentlich-rechtliche Unterbringung für das, was zu regeln ist? Denn dort haben wir – das weiß ich aus meiner Tätigkeit in der staatlichen Besuchskommission nach PsychKG-NRW – auch eine öffentliche Kontrolle. Wenn der Betreuer gleichzeitig die Maßnahme einleitet und sich selbst kontrollieren soll, ob er das richtig gemacht hat, das kann nicht funktionieren! Darum: Wenn Sie so etwas machen wollen, dann ist wirklich wichtig, da jemanden zu haben, der sich um die rechtliche Vertretung kümmert! Aber da gab es eben Kliniken, die sich so etwas Hübsches überlegten wie die Gütersloher seinerzeit, wo dann die Patienten sich auch wohlfühlt haben und auch gerne hingegangen sind. Es gab aber auch Kliniken, die eben auch meinten, nach dem PsychKG-NRW darf ich nicht so schnell zwangsbehandeln, also – und jetzt kommen wir zur Ausweitung der gesetzlichen Betreuung – beantrage ich zusätzlich noch eine Betreuung, damit ich schneller zwangsbehandeln kann. Und ich denke, das kann es nicht sein, so geht es nicht!

Eine Patientenverfügung ist natürlich sinnvoll, wenn man in Bereichen ist, wo Kliniken nicht von sich aus eine dialogisch ausgehandelte Behandlungsvereinbarung anbieten – und das bitte am Ende der Behandlung und nicht am Anfang. Denn man muss vorher wissen, was einem bekommen ist und was einem nicht bekommen ist. Aber wenn Patientenverfügung, dann bitte immer im Zusammenhang mit einer Vorsorgevollmacht, sonst bringt das nichts! Denn wer soll sie umsetzen, wenn einem unterstellt wird, man könne selbst keine Entscheidung treffen?

Vorsitzender Siegfried Kauder (Villingen-Schwenningen): Ich danke allen, die geantwortet haben! Wir kommen jetzt in eine zweite Fragerunde.

Maria Klein-Schmeink (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Ich habe eine Frage an Frau Julius. Sie regen an, dass mit dem richterlichen Beschluss die geplanten Maßnahmen nach Art und Dauer benannt und begründet werden sollen. Gehen Sie davon aus, dass die Gerichte dazu auch heute in der Lage sind? Wie stellt sich das praktisch dar? Und welche flankierenden Maßnahmen würden Sie da für noch erforderlich halten? Dann eine Frage an Frau Fricke. Sie haben vorhin auch schon auf Beispiele in NRW abgehoben. Insgesamt wäre noch einmal wichtig zu wissen: Welche Maßnahmen würden Sie im vorgeschalteten Bereich empfehlen, damit man nicht so schnell in eine solche Zwangseinweisungssituation kommen kann?

Dr. Marlies Volkmer (SPD): Ich habe zwei Fragen an Herrn Professor Lipp. Die erste Frage jetzt nach dem, was Frau Fricke geschildert hat: Wir hatten beim Patientenrechtegesetz einen Vorschlag, der dann leider nicht aufgenommen worden ist, Krankenhäuser zu verpflichten, Patienten mit wiederkehrenden Krankheitsepisoden, wo sie nichteinwilligungsfähig sind, auf die Möglichkeit einer Behandlungsvereinbarung explizit hinzuweisen. Wäre so eine Regelung nicht doch sinnvoll? Und das Zweite: Ich hätte gern eine Erklärung dafür, warum wir hier eine unterschiedliche Begrifflichkeit haben. Wir haben, als wir das Betreuungsrecht in Bezug auf die Patientenverfügung geändert haben, immer vom „Willen“ und vom „mutmaßlichen Willen“ gesprochen – und jetzt sprechen wir hier vom „natürlichen Willen“. Ob Sie das noch einmal erläutern könnten?

Mechthild Rawert (SPD): Ich würde gerne Herrn Dr. Marschner fragen. Wir haben nun gesagt, wir reden hier nur vom bundespolitisch zu regelnden Betreuungsgesetz. Wir reden bis dato verflücht wenig über die Qualifikation der Betreuer und der Betreuerinnen! Und daher hätte ich gerne auch Auskünfte darüber: Was muss eigentlich er oder sie tatsächlich können, um nur diese Fälle – ich lasse alle anderen beiseite – überhaupt adäquat einschätzen zu können? Die zweite Frage geht an Frau Dr. Hauth. Wir haben jetzt des Häufigeren auch über die Gleichzeitigkeit z. B. von Demenz oder Dialyse u. ä. gesprochen. Gibt es bezogen auf Geschlecht, bezogen auf Alter irgendwelche speziellen Krankheitsbilder, die immer wieder auftauchen? Damit man nicht nur bei solchen Beispielen hängenbleibt wie: Mutter macht Mitnahmesuizid. Es ist kann auch ein sehr großes Beispiel sein, um bestimmte Bilder auch in unseren Köpfen zu produzieren. Was ist das gängige?

Stephan Thomae (FDP): Ich habe in der zweiten Runde eine erste Frage an Herrn Rechtsanwalt Dr. Marschner. Sie haben ausgeführt, dass es wichtig sei, dass hinreichend Zeit bestünde, um einen Patienten ohne Druck zu einer Zustimmung in die Maßnahme ohne Zwang, also eine einvernehmliche Regelung, zu bewegen. Jetzt habe ich da folgende Überlegung: Was ist denn nun, wenn ein Patient im Zustand der rechtlichen Einwilligungsfähigkeit – ich habe sehr wohl vernommen, dass die UN-Behindertenrechtskonvention das nicht kennt, aber im deutschen Recht haben wir sie jetzt – in einer Patientenverfügung eine solche Maßnahme ausschließt, der behandelnde Arzt dann aber gleichwohl versucht, in so einem Gespräch mit hinreichend Zeit, ohne Druck eine Einwilligung zu erreichen. Geht denn das überhaupt? Kann der Arzt dann von einem Patienten im Zustand der Einwilligungsunfähigkeit überhaupt abweichend von dessen Patientenverfügung eine solche Einwilligung erreichen, oder geht das nicht? Das wäre meine erste Frage. Die zweite Frage würde ich gerne an Herrn Professor Lipp richten. Da geht es um die Dokumentationspflicht. Wir haben schon in dem kurzen Zwiegespräch zwischen Frau Julius und dem Vorsitzenden gehört, dass der Gesetzentwurf in § 323 FamFG-E schon vorsieht, dass eine Dokumentation erstellt werden muss. Aber wir haben das im Verfahrensrecht in § 323 FamFG-E untergebracht, nicht in § 1906 BGB. Der Richter legt fest, wie der behandelnde Arzt dokumentieren muss. Wir haben die Vorgaben aus dem Urteil des Bundesverfassungsgerichts vom 20. März 2011 zwar alle drin, aber sie sind zum Teil in der Begründung untergebracht, weil sie sich bereits aus anderen gesetzlichen Vorschriften ergeben, oder aber eben im Verfahrensrecht. Und das ist jetzt meine Frage an Sie, Herr Professor Lipp: Genügen wir damit dem verfassungsrechtlichen Bestimmtheitsgrundsatz, wenn wir es rein verfahrensrechtlich oder gar nur in der Begründung unterbringen, oder müsste alles materiell-rechtlich in § 1906 BGB geregelt sein?

Dr. Martina Bunge (DIE LINKE.): Ich hatte ganz gespannt auf die Antwort auf die Frage gewartet, die der Herr Vorsitzende kulanter Weise aus dem Publikum weitergegeben hatte: Was ist eine psychische Erkrankung? Ich habe sie dann doch als ein bisschen einseitig angesehen. Ich würde es gerne noch einmal aus dem Sozialrecht her nachfragen wollen, und zwar an Frau Fricke und Frau Dr. Hauth.

Wenn man im Sozialrecht die Definition sieht, ist es ein regelwidriger Körper- oder Geisteszustand, der eine Krankenbehandlung notwendig macht. Es geht also um eine Abweichung von der Norm, und nicht um die Einschätzung der Lebensqualität. Ist denn das auf psychische Erkrankungen anwendbar?

Sonja Steffen (SPD): Ich habe noch eine Nachfrage an Herrn Professor Lipp in Bezug auf die Verfahrenspfleger. Sie haben vorhin gesagt, wenn man das denn so macht, wie vielleicht auch von Ihnen vorgeschlagen – das ist dann, glaube ich, hier die Vorschrift des § 317 FamFG –, dann wären auch die Psychisch-Kranken-Gesetze der Länder betroffen. Wenn sie denn – das war Ihr letzter Halbsatz – endlich aus den Puschen kommen und ihre Gesetze ändern, so wie das Bundesverfassungsgericht es ihnen aufgetragen hat. Gäbe es auch eine Möglichkeit, die Fälle, die von den Psychisch-Kranken-Gesetzes betroffen sind, auch jetzt schon in diese Pflicht zu nehmen, ohne dass die Ländergesetze geändert werden? Und die zweite Frage auch an Sie: Wenn ich Sie vorhin richtig verstanden habe, dann haben Sie auch Bedenken, was die Sollvorschriften betrifft?

Rudolf Henke (CDU/CSU): Ich würde gerne noch einmal auf das Problem der somatischen Behandlung als Zwangsmaßnahme zu sprechen kommen. Wenn die Einsichtsfähigkeit in die somatische Behandlungsmaßnahme nicht besteht – es geht also überhaupt nicht um einen Zustand, der beeinflusst werden kann, soll oder darf –, die dafür erforderlich ist. Deswegen wende ich mich jetzt an Herrn Dodegge und an Herrn Dr. Marschner, um die Frage beantwortet zu bekommen. Vier Beispiele: Das mit der Dialyse, das mit der Diabetesbehandlung ist schon genannt worden. Ich hatte schon eine mir im unmittelbaren Umfeld vertraute Situation angedeutet, wo der Vater eines Down-Syndrom-Kindes als Betreuer eingesetzt ist und zur Durchsetzung der Zwangsmaßnahme „Sanierende Behandlung vereiternder Zähne“ warten muss, bis der Sohn in einer lebensbedrohlichen Situation ist, obwohl vorher mit viel mildereren Mitteln, aber gegen den natürlichen Willen des Kindes eine Zahnsanierung herbeigeführt werden kann, die diesen Eiter beseitigt und dafür sorgt, dass das Kind nicht in eine lebensbedrohliche Situation hineinkommt. Aber jetzt wartet man die ab. Und was ich jetzt lernen muss, ist: Warum brauchen wir denn in einer solchen Situation nach dem Betreuungsrecht überhaupt die Unterbringung? Weder für eine Dialyse noch für eine Diabetesspritze noch für eine Zahnbehandlung noch für die

eben diskutierte Appendektomie ist doch eine Unterbringung erforderlich! Und wenn die Unterbringung per se einen eigenen Rechtsakt mit einschränkender Auswirkung auf Grundrechte darstellt, muss doch in Situationen, in denen die Zwangsbehandlung möglich ist, ohne dass man zur Unterbringung greift, es geradezu geboten und notwendig sein, die Unterbringung zu unterlassen, obwohl man die Zwangsbehandlung für sinnvoll hält! Da würde ich jetzt gerne verstehen, wo das in dem Gesetz möglich ist. Denn wenn ich die Lösung lese, die auch meine Fraktion hier einbringt, dann steht dort bei der Lösung, sechstletzte Zeile: „dazu zählt, dass eine Zwangsbehandlung nur im Rahmen einer Unterbringung nach § 1906 Absatz 1 BGB erfolgen kann.“ Ich versuche jetzt juristisch zu begreifen, warum von zwei Maßnahmen, von denen eine nicht notwendig ist und die andere notwendig ist, beide durchgeführt werden müssen, damit die notwendige möglich wird.

Ingrid Hönlinger (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Ich habe zuerst einmal eine Frage an Frau Julius. Es geht mir nochmals um die Unabhängigkeit des begutachtenden Arztes. Wie schätzen Sie das ein? Inwiefern ist es sinnvoll, dass der Arzt nicht an der Behandlung beteiligt war und auch nicht in derselben Einrichtung tätig ist wie der behandelnde Arzt? Die zweite Frage richtet sich an Professor Heinz. Jetzt haben wir eine gewisse Zeit gehabt, in der die Zwangsbehandlung rechtlich nicht möglich war. Was hat sich denn aus Ihrer Sicht geändert? Sind die Behandlungsmöglichkeiten ausdifferenziert worden? Besteht mehr Bereitschaft zu Behandlungsvereinbarungen? Wie schätzen Sie das ein? Danke!

Vorsitzender Siegfried Kauder (Villingen-Schwenningen): Gibt es sonst noch irgendwelche Fragen? Dann kommen wir in die zweite Antwortrunde. Wir fangen an mit Herrn Dodegge auf die Fragen des Abgeordneten Henke. Bitte!

SV Georg Dodegge: Ich kann die Frage gut verstehen, weil das für juristische Laien wirklich eine paradoxe Situation ist. Das hängt aber einfach damit zusammen, dass wir in Deutschland nicht die Möglichkeit einer ambulanten Zwangsbehandlung haben und wir hier heute auch wieder sehen, dass wir uns allzu sehr auf die psychisch Kranken konzentrieren, während meine Erfahrung zeigt, dass die Probleme genauso gravierend zutage treten bei den somatischen Erkrankungen, nämlich bei denjenigen Patienten, die dement geworden sind und daran glauben, ihr Herz sei gesund und

sie müssten keine blutdrucksenkenden Mittel mehr nehmen oder nichts mehr gegen die Herzarhythmien. Oder bei einem Menschen mit einem Down-Syndrom, der die Schmerzen vom Zahn vielleicht gar nicht als solche wahrnehmen und nicht realisieren kann, was da passieren kann, und deswegen einfach aus Angst davor, dass er weiß, beim Zahnarzt gibt es eine Spritze, diese Behandlung ablehnt und nicht weiter differenzierend darüber nachdenkt. Da ist es in der Tat nach der jetzigen Rechtslage so gewesen, bis zu den Entscheidungen des Bundesgerichtshofes, dass man entweder warten konnte, bis ein Notfall eingetreten ist und man dann auf der Grundlage des rechtfertigenden Notstandes nach § 34 Strafgesetzbuch als Arzt eine Rechtfertigung dafür bekam, dass man diesem kranken Menschen mit Gewalt hilft. Bis zur Entscheidung des BGH war die andere Möglichkeit, nicht bis zum Eintritt eines Notfalls zu warten, sondern einen solchen somatisch erkrankten Patienten mit einem Beschluss des Betreuungsgerichtes in die Psychiatrie bringen zu lassen, um von dort aus dann die Behandlungen einzuleiten, die somatisch nötig sind. Das ist natürlich ein Irrsinn, weil die Leute in die Psychiatrie gebracht werden, wo sie gar nicht hingehören! Ich hatte vor zwei Jahren einen Fall, da wurde ein Mensch aus Herne nach Essen gebracht, weil es in Herne keine Kieferchirurgie innerhalb einer psychiatrischen Klinik gibt. Wir in Essen haben eine Klinik, die eine Psychiatrie und eine Kieferchirurgie hat. Dieser Mann hatte einen bösartigen Tumor am Kiefer und der musste entfernt werden, er hat das aber krankheitsbedingt nicht erkannt. Der wurde dann tatsächlich damals eingewiesen und dann in dieser Klinik auf der Psychiatrie in einen sedierten Zustand versetzt und dann operiert. So ist der Ablauf gewesen, und genau das ermöglicht das Gesetz jetzt auch wieder, dass wir zwar keinen Menschen ambulant zwangsbehandeln können, aber, wenn es dramatisch wird, ihn über den Weg der Psychiatrie einer Behandlung auch von somatischen Erkrankungen zuführen zu können. Die Frage, ob man das wirklich will, kann ich gut verstehen, Ihre Sicht, dass man etwas einsetzt, was man eigentlich gar nicht braucht. Das müssen Sie als Politiker und Abgeordnete entscheiden! Die Auswirkungen in der Praxis sind teilweise dramatisch! Sie merken das nur nicht, weil – das ist das Schlimme – die Betroffenen sich kein Gehör verschaffen. In Essen ist eine Dame verstorben, die hatte eine Herzinsuffizienz, die sie krankheitsbedingt nicht wahrgenommen hat, die Beine waren offen, die haben sich dann infiziert. So etwas erlebt der Sohn dramatisch mit, das erlebt die Schwiegertochter mit und die Enkelkinder, aber sonst niemand! Das steht nicht in der Bild-Zeitung und das steht in

keiner Statistik – und das ist das Problem! Darüber können nur Menschen, die das selbst miterleben – sei es im Familienkreis oder im Beruf – berichten, aber festgehalten wird es nirgendwo. Und deswegen müssen Sie hier überlegen, ob Sie wenigstens den kleinen Bereich eröffnen wollen, dass man im Notfall nicht warten muss, bis wirklich die Existenz und das Leben gefährdet ist, um eingreifen zu können. Oder ob man sagt: Wir wollen gar keine Zwangsbehandlung! Und nur, wenn dann Lebensgefahr oder Gefährdung anderer besteht, dann gelten die allgemeinen Rechtfertigungsgründe. Ich persönlich würde das Letztere aber nicht für gut halten, das lassen Sie mich noch hinzufügen.

Vorsitzender Siegfried Kauder (Villingen-Schwenningen): Was ambulant möglich ist, kann man nicht stationär machen, ist mein Zwischenergebnis. Deswegen müssen wir juristisch eine Lösung finden! Das kann man mit dem Regel-Ausnahme-Prinzip machen: „Ausnahmsweise ist auch ein ambulante Behandlung möglich, wenn es stationär nicht notwendig ist.“ Da müssen wir uns einmal zusammensetzen und darüber nachdenken. Das geht juristisch!

Auf die Fragen der Abgeordneten Klein-Schmeink und Dr. Bunge nun Frau Fricke, bitte!

SVe Ruth Fricke: Liebe Frau Klein-Schmeink, ich fange mit einem Ergebnis an, das man im letzten Psychiatriebericht des Landes Nordrhein-Westfalen nachlesen kann. Da schwanken – jetzt nicht für das Betreuungsrecht, dazu gibt es im Bericht natürlich keine Zahlen, weil das eben die andere Art der Einweisung ist – die Einweisungen für nach dem PsychKG-NRW eingewiesene Patienten zwischen 0,2 pro 1.000 Einwohner in Bochum und 3,33 pro 1.000 Einwohner in Remscheid. Sie werden nun nicht unterstellen, dass die Zusammensetzung der Bevölkerung in Remscheid und Bochum, was Menschen in psychischen Krisen angeht, so sehr unterschiedlich ist. Das muss andere Ursachen haben. Es gibt einen ganz signifikanten Punkt: Der Arzt des Sozialpsychiatrischen Dienstes in Bochum ist der einzige Arzt in sämtlichen Sozialpsychiatrischen Diensten in Nordrhein-Westfalen, der über eine Behandlungsbefugnis verfügt! Die Behandlungsbefugnis als solches ist sicherlich nicht alles. Ich muss auch noch ein Vertrauensverhältnis zum Patienten herstellen können, das muss dann auch da sein. Aber ich kann Ihnen aus meiner

eigenen persönlichen Erfahrung auch Folgendes sagen: Ich hatte meine erste Psychose 1986. Der Kreis Herford war seinerzeit noch Modellregion, und die Vorgänger des Sozialpsychiatrischen Dienstes im Kreis Herford durften eben auch noch behandeln. Nachdem mich Bekannte aus dem Urlaub zurückgeholt hatten und dann erst in der Westfälischen Klinik vorbeigefahren waren und dann mit mir nach Hause gefahren sind, stand der so eine halbe Stunde oder zwei Stunden später vor der Tür. Der hat mir eine vernünftige Erklärung geben können, woher meine schwarze Haarzunge kam, die für mich der Beweis gewesen war, dass man mich eben dort, wo ich gewesen war, hatte vergiften wollen. Er hat mir dann erklärt, was er mit mir vorhat, dass er mir Medikamente geben will und welche Wirkung die haben. Und dann ist er innerhalb der Woche zwei- bis dreimal vorbeigekommen, hat nach mir geguckt, wie es mir geht, und mich weiterhin mit Medikamenten versorgt – und am Ende der Schulferien war ich soweit, dass ich eben ohne irgendeinen Tag krankgeschrieben zu sein, meine Unterrichtstätigkeit wieder aufnehmen konnte. Was ich damit sagen will: Es braucht manchmal gar nicht so wahnsinnig viele Menschen, sondern solche Menschen, die vernünftig mit Menschen in Krisen umgehen können und sie ernst nehmen und nicht nur sagen: „Was du jetzt erzählst, ist doch nur alles dummes Zeug, und ich mache jetzt, was ich will!“ Ich habe jetzt sicherlich zwei Extreme abgebildet, aber ich denke, dadurch wird deutlich, worum es geht. Wir brauchen auf der ambulanten Ebene ein Hilfesystem, in das die Menschen Vertrauen haben können! Wenn sie da schon erfahren haben, dass sie nicht ernst genommen werden, dass dann, wenn sie Hilfe brauchen, die Hilfe nicht da ist... Ein weiteres Problem ist auch – wenn Sie vorhin immer von dem Zweitgutachter oder demjenigen, der das ärztliche Zeugnis schreiben soll, geredet haben –, dass Sie fast nirgends in der Bundesrepublik einen fachärztlichen Notdienst haben und dass niedergelassene Psychiater keine Hausbesuche machen. Das heißt dann: Wenn man sie brauchen würde, auch zu Hause, dann ist diese Hilfe schlicht nicht da. Das heißt, es ist ein löchriges Hilfesystem da. Sie bzw. Ihre Kollegen aus dem Bereich Gesundheit haben wunderbare Gesetze erlassen, wonach es allgemeine ambulante psychiatrische Pflege und auch Soziotherapie geben soll. Dann fragen Sie einmal, wo es das in der Bundesrepublik gibt! Die Selbstverwaltung der Krankenkassen – und regional sehr unterschiedlich – hat das hervorragend geschafft, dass diese Instrumente und Angebote überhaupt nicht da sind! Das heißt: Wenn ich diese Angebote nicht habe, die dazu beitragen können, dass Menschen ambulant Hilfe bekommen können, dann

kommt dann irgendwann ein Zustand heraus, wo irgendwer sagt: „Jetzt kann ich mir nicht mehr anders helfen!“ Ich hoffe, dass ich – ein bisschen drastisch – klargemacht habe, worum es hier geht. Es braucht aufsuchende Hilfen, Hilfen zu denen man Vertrauen haben kann! Meine Theorie ist im Grunde genommen: Man muss sich ein Stück weit von diesem alten Versorgungsgedanken lösen. Hilfen nimmt man auf Eigeninitiative in Anspruch! Wenn die Hilfen so sind, dass sie Vertrauen erwecken und dass man nicht das Gefühl hat, man wird über den Tisch gezogen, dann werden sie auch in Anspruch genommen. Ich habe es am Beispiel der Westfälischen Klinik und der Abteilung II mit dem, was ich immer noch Soteria-Konzept nenne, gesagt. Was ich eben vergessen habe, weil ich auch so ein bisschen auf die Uhr geguckt habe: Hier konnten die Menschen, die eigentlich geschlossen untergebracht werden sollten, auf einer allgemeinspsychiatrischen Station mit offenen Türen bleiben, weil es eben immer nur zwei, drei Fälle waren, weil man eben genau dieses Prinzip hatte, durchmischt, alle, von Anfang an. Wenn man ein bisschen Ideen hat, wie man mit den Menschen umgehen kann, dann geht das auch! Ich will jetzt nicht noch eine Situation ellenlang erklären, wo zwei Leute vom Krisendienst mit dem Ehegatten kaffeetrinkender Weise auf der Terrasse saßen und die Betroffene dann hinterher mich angerufen und gesagt hat: „Kannst du mich nach Gütersloh bringen?“ Ich sage: „Was willst du denn da, irgendwen besuchen? Oder meinst Du, du musst da selbst hin?“ „Ich glaube letzteres.“ Aber die drei Herren haben es nicht geschafft, mit der Frau in die Klinik zu fahren! Ich habe es geschafft. Warum? Das ist die Frage.

Vorsitzender Siegfried Kauder (Villingen-Schwenningen): Auf die Fragen der Abgeordneten Rawert und Dr. Bunge nun Frau Dr. Hauth, bitte!

Sve Dr. med. Iris Hauth: Zu der Frage von Frau Rawert, um welche Patientengruppen es sich bei den Unterbrachten handelt. Wir haben hier letztes Mal die Zahlen gehört: 57.000 Unterbrachte nach BGB und – ich glaube – 78.000 nach den Psychisch-Kranken-Gesetzen, wobei natürlich nicht alle Unterbrachten zwangsbehandelt werden. Aber an der Stelle wieder meine Frage nach dem Register! Wir wissen nicht, wie viele von den Unterbrachten dann letztlich zwangsbehandelt werden. Aber von denen, die aus der klinischen Empirik kommen, wird sich das aufteilen in schizophrene Psychoseerkrankte, in bipolar Psychoseerkrankte, in Suchtpatienten – unterschiedliche Sucht, also Alkohol und

illegale Drogen – und Demenzpatienten. Wenn man den frauenspezifischen Anteil nimmt, wissen wir, dass bei den Depressionen mehr Frauen betroffen sind als Männer.

Zu der Frage von Frau Dr. Bunge, wie ist Krankheit eigentlich definiert. Nach ICD 10 (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 10. Revision) gibt es bestimmte Symptomkombinationen, die eine bestimmte Zeit lang vorhanden sein müssen, bevor man dann eine Diagnose stellt. Nach DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4. Auflage), der amerikanischen Klassifikation, geht es darüber hinaus auch um wesentliche Einschränkungen von Funktionen im Alltag, von Lebensfunktionen, auch von sozialen Beeinträchtigungen und um persönliches Leid des Menschen. Das muss mit abgewogen werden. Ich würde aber gerne auch einmal ein Fallbeispiel aus der letzten Zeit anfügen, weil ich das immer sehr schön finde, wenn Frau Fricke das macht. Sie haben, Frau Fricke, völlig Recht bei dem, was Sie sagen, dass die ambulanten Hilfen so sein müssen, dass sie einladen und vertrauensbildend sind. Und dass man sich dann eben auch entsprechend Hilfe holt, wenn man so ein Angebot hat. Aber es gibt – an der Stelle muss ich jetzt wieder die andere Seite betonen – auch Störungsbilder, z. B. bipolar Erkrankte, die so von Größenideen besetzt sind, dass sie das nicht können! Jetzt schildere ich den Fall einmal in ein paar Sätzen: Die Patientin, Psychoanalytikerin aus einem guten Stadtteil von Berlin, aus einer sehr reichen und einflussreichen Familie, hatte eine schizoaffektive Erkrankung mit Größenwahn, mit Geldausgeben, mit Sich-wunderbar-Fühlen, ist in der Welt „herumgejettet“, hat irgendwelche Dinge gekauft, hat schräge Sachen gemacht. Die Familie ist hinterher, hat sie nicht einfangen können, keiner hat sich richtig getraut ranzugehen, weil sie eben Psychoanalytikerin und aus einer einflussreichen Familie war, und letztlich hat sie dann in Weißensee ein Haus gekauft und landete dann bei uns, unter Betreuung. Und nichts war diskutierbar, bis dahingehend, dass dann der Betreuer – das ist jetzt drei Jahre her – gesagt hat: „Jetzt behandeln wir sie!“ Und wir haben dann eben unter Zwangsbedingungen anbehandelt. Sie ist nach vier, fünf Wochen so einsichtsfähig geworden, dass sie weitergemacht hat mit der Behandlung. Wir haben sie psychotherapeutisch behandelt, haben die Depressionen hinterher behandelt, mussten dann kämpfen, dass sie ihre Zulassung als Psychoanalytikerin wiederbekam. Sie wäre auch

jederzeit bereit, hat sie mir neulich noch gesagt, vor solchen Gremien wie diesem hier auszusagen, wie hilfreich das war, nach zwei Jahren dieser Phase mit Leid, aber auch mit viel sozialer Beeinträchtigung, da rausgeholt zu werden, so dass sie jetzt eben wieder als Psychoanalytikerin arbeiten kann und reintegriert ist. Das vielleicht einmal als ein Beispiel, wie es auch gehen kann!

Vorsitzender Siegfried Kauder (Villingen-Schwenningen): Nun Frau Julius auf die Fragen der Abgeordneten Klein-Schmeink und Hönlinger, bitte!

SVe Leonore Julius: Frau Klein-Schmeink, das war zunächst die Frage, warum wir es richtig finden, wenn in einem Beschluss zu einer Zwangsmaßnahme Art und Dauer der Maßnahme zu begründen sein sollte. Der Hintergrund ist schlicht und einfach die Umsetzung von Gesetzen, sage ich jetzt einmal ganz allgemein als Nichtjuristin, in der Praxis. Da schleichen sich oft einfach so Arbeitsabläufe ein, und wir denken, dass eben die Tatsache, wenn man sich bei dem Beschluss so weit Gedanken machen muss und das auch in den Beschluss reinschreiben muss, welcher Art die Maßnahme sein soll und mit welcher voraussichtlichen Dauer, dass es einfach zu einer zusätzlichen Sicherheit beiträgt, auch im Hinblick darauf, wenn die Maßnahmen hier zu dokumentieren sind, dass man das auch vergleichen kann. Ein Hintergrund ist auch, dass die Zustimmung zu ärztlichen Zwangsmaßnahmen in der Regel nicht eine pauschale Zustimmung sein wird. Wir haben hier ganz viele Beispiele jetzt gehört. Da geht es eben ganz konkret etwa um die Maßnahme einer Insulinbehandlung oder den Blinddarm, der genannt worden ist, oder auch eine medikamentöse Behandlung der psychischen Erkrankung. Aber das muss klar sein, und das darf eigentlich nicht, aus unserer Sicht, eine pauschale Freigabe des Gerichts sein für jegliche Art von Zwangsmaßnahmen! Ich möchte da auch noch das Stichwort Elektrokrampftherapie einbringen, die eine besonders umstrittene Therapie ist. Das müsste schon genannt und auch begründet werden, warum so etwas notwendig ist. Das ist der Hintergrund. Und die Unabhängigkeit des Gutachters, die wir sehen, die Unabhängigkeit von der Einrichtung, das war Ihre Frage, Frau Hönlinger, geht so ein bisschen in die gleiche Richtung. Einfach die Sicherheit für denjenigen, der diese Maßnahmen zu ertragen hat, zu erhöhen. Damit Strukturen, die innerhalb von Einrichtungen, seien sie nun groß oder klein, bestehen, Abhängigkeiten und so etwas, da eben nicht zum Tragen kommen können. Das ist,

bitte schön, keine Unterstellung, dass das so ist – aber damit ist es ausgeschlossen, dass da durch Arbeitsverhältnisse oder wie auch immer, Abhängigkeitsverhältnisse, Abhängigkeiten da sind. Das ist der Hintergrund.

Vorsitzender Siegfried Kauder (Villingen-Schwenningen): Herr Professor Lipp auf die Fragen der Abgeordneten Volkmer und Steffen, bitte!

SV Prof. Dr. Volker Lipp: Vielen Dank! Ich fange mit den verfahrensrechtlichen Fragen von Herrn Thomae an, weil das an das anschließt, was Frau Julius gerade ausgeführt hat. Zunächst einmal dazu, warum ich gegen Sollvorschriften bin und warum ich meine, dass das schärfer, nämlich als Mussvorschrift, ausgeführt werden muss. Das hat Frau Julius gerade für diesen Bereich genannt – und das möchte ich nachdrücklich unterstreichen! Das gilt sowohl für die Anforderungen an den gerichtlichen Beschluss als auch insbesondere für die Anforderungen an Sachverständigengutachten wie auch das ärztliche Zeugnis bei einer einstweiligen Anordnung. Da müssen einfach aus den genannten Gründen sowohl die Qualifikation als auch die Unabhängigkeit dieser zweiten ärztlichen Meinung gewährleistet sein, weil nur auf die Weise gesichert ist, dass tatsächlich die Voraussetzungen für die Einwilligungsunfähigkeit und die krankheitsbedingte Ablehnung der Behandlung sichergestellt sind und nachgewiesen werden und eben auch die anderen Voraussetzungen der Zwangsbehandlung, wie sie § 1906 BGB aufführen soll, tatsächlich auch nochmals unabhängig geprüft werden. Ich darf daran erinnern, dass auch das Bundesverfassungsgericht gerade diese unabhängige Prüfung der Voraussetzung für die Zwangsbehandlung gefordert hat. Und das kann der Richter alleine nicht leisten, weil dem in diesem Bereich eben die Expertise fehlt. Er kann die rechtliche Seite abdecken, aber nicht die ärztliche. Und genauso wenig ist der Betreuer da eine ausreichende Sicherung, weil der Betreuer auch nicht die ärztliche Expertise hat. Das ist eben immer eine doppelte Sicherung, die notwendig ist. Der Betreuer als derjenige, der den Patienten am besten kennen soll und in der Regel auch kennt, und der Richter, der über die entsprechende rechtliche Expertise verfügt, und die zweite ärztliche Meinung, um die medizinischen Voraussetzungen zu prüfen. Und deswegen „muss“, und nicht „soll“: Weil das eine zu leicht zu umgehende Voraussetzung ist.

Die zweite Frage von Ihnen, Frau Steffen, wegen des Verfahrenspflegers: Ja, ich sagte – und das ist auch richtig –, § 317 FamFG würde dann gelten, auch für die Verfahren einschließlich der Zwangsbehandlung nach den Landesgesetzen, wenn sie es denn vorsehen. Materiell-rechtlich fehlt dem Bundesgesetzgeber für diesen Bereich die Zuständigkeit. Auch wenn es richtig ist, dass die Psychisch-Kranken-Gesetze nicht nur reine Polizeirechte mehr sind, sondern auch zur Krisenintervention und damit zum Schutz vor Selbstgefährdung in diesen Krisenfällen dienen – und das, meine ich, ist auch richtig so –, sind sie eben nur für diese Krisenintervention zum Schutz vor Selbstgefährdung da; und für diesen Bereich gibt es eben keine Gesetzgebungskompetenz für den Bund, deswegen können Sie das auch nicht mitregeln. Auch die materiell-rechtlichen Voraussetzungen der Zwangsbehandlung in diesem Bereich sind dem Bundesgesetzgeber nicht zugänglich. Die materiell-rechtlichen Voraussetzungen muss der Landesgesetzgeber aufstellen, weil das letztlich hoheitlich angeordnete und durchgeführte Zwangsbehandlung ist und wir hier nur über die betreuungsrechtliche sprechen – und nur für die betreuungsrechtliche Grundlage ist der Bundesgesetzgeber zuständig. Im Verfahrensrecht ist das anders. Da ist die Gesetzgebungskompetenz weiter. Ich denke, es ist auch sinnvoll, dass es für beide Möglichkeiten der Zwangsbehandlung, wenn es die denn gibt, dasselbe verfahrensrechtliche Regime gibt. Ich denke, dieses Prinzip, das schon für das ganze Unterbringungsrecht galt, aus guten Gründen, sollte auch beibehalten werden, was die Zwangsbehandlung angeht.

Dann würde ich auf die Frage von Herrn Thomae eingehen, weil die auch zum Teil verfahrensrechtliche Aspekte hat. Die Dokumentationspflicht, warum steht sie nur im Verfahrensrecht, und genügt das? Kurze Antwort: Ja, das genügt, und zwar aus folgenden Gründen: Anders als bei den verfassungsgerichtlichen Entscheidungen geht es hier nicht um die staatliche Anordnung und Durchführung der Zwangsbehandlung – das waren ja Maßregelvollzugsfälle, das gilt aber analog auch für Psychisch-Kranken-Gesetz-Behandlungen –, sondern es geht hier um die Behandlung, wenn auch mit Zwang, doch auf Grundlage eines „normalen Behandlungsvertrages“. Und damit gelten natürlich alle Anforderungen, die im Arzt-Patienten-Verhältnis sonst auch gelten und die jetzt dann im Patientenrechtegesetz gesetzlich verankert werden sollen, einschließlich der allgemeinen Regeln über die ärztliche Dokumentationspflicht. Die gelten hier ohne Weiteres. Das ist in den

Psychisch-Kranken-Gesetzen nicht unbedingt dasselbe, weil da die staatliche Anordnung die Grundlage ist, und da muss man das noch einmal regeln. Was man hier im Betreuungsrecht oder im Verfahrensrecht regeln muss, ist, wenn aufgrund des richterlichen Beschlusses in dieser besonderen Situation etwas eigenes, anderes, besonderes gelten soll, was darüber hinaus geht. Und deswegen soll der Beschluss die Behandlungsmaßnahmen nicht nur nach Art und Umfang festlegen – dazu hat Frau Julius etwas gesagt –, sondern eben auch über das allgemeine Recht hinausgehende besondere Anforderungen an die ärztliche Dokumentation dieser Zwangsbehandlungsmaßnahme. Deswegen ist es aber auch im Verfahrensrecht gut aufgehoben und braucht nicht materiell-rechtlich ergänzt zu werden, weil wir das sonst im Patientenrechtegesetz, also im Arzt-Patienten-Verhältnis regeln müssten, auch systematisch.

Dann, Frau Volkmer, zu Ihren beiden Fragen. Die Pflicht zum Hinweis auf eine Behandlungsvereinbarung oder die Möglichkeit zur Erstellung einer Patientenverfügung. Die Behandlungsvereinbarung ist aus Sicht des Patienten ja dasselbe wie eine Patientenverfügung, und rechtlich ist die Klinik natürlich gerade auch deswegen daran gebunden, weil sich in den Behandlungsvereinbarungen eine Patientenverfügung verbirgt. Das ist durchaus eine sinnvolle Sache. Es wird auch ganz häufig gemacht. Ich habe in meinen konkreten Vorschlägen das jetzt nicht als Pflicht für eine irgendwie zu bestimmende Klinik aufgeführt, weil das auch schwierig hier in diesem Zusammenhang zu regeln wäre, weil das eher in die Krankenhausgesetze fallen würde, sondern ich habe dafür plädiert – und plädiere auch weiterhin dafür –, in den materiell-rechtlichen Voraussetzungen der Zwangsbehandlung – § 1906 BGB – ausdrücklich auf die Vorschriften der §§ 1901a u. a. BGB zu verweisen, um klarzustellen, dass das hier in diesem Zusammenhang gilt und zu beachten ist. Zweite Frage: Begrifflichkeit, Wille, mutmaßlicher Wille, weil natürlicher Wille. Das sind, um das ganz deutlich zu sagen, keine naturwissenschaftlichen, keine medizinischen, sondern rechtliche Begriffe. Damit ist zunächst einmal gemeint, dass wir zwischen dem rechtlichen Willen und dem natürlichen Willen unterscheiden; dass es nicht genügt, eine Willensäußerung eines Patienten schon allein dadurch als irrelevant zu beurteilen oder abzutun, weil wir sagen, diese Person ist nicht in der Lage, selbstbestimmt zu entscheiden. Dass wir diese Kategorie des natürlichen Willens haben, ist eine zusätzliche Schranke, eine

zusätzliche Hürde auf dem Weg, gegen dessen Willen zu handeln. Das haben wir im Betreuungsrecht derzeit in § 1905 BGB bei der Sterilisation. Da ist es Voraussetzung, dass es nicht dem Willen des Patienten oder des Betroffenen widerspricht – und das ist der natürliche Wille und das ist jede bewusste Äußerung – sei sie verbal, nonverbal –, aus der klar wird, dass dieser Mensch diese Maßnahme nicht wünscht. Und solange das bewusstseinsgetragen ist und keine Reflexabwehr, ist das relevant und zu beachten. Und da sehen Sie, dass die Hürde da – und das ist völlig unabhängig von der Frage „Einwilligungsfähigkeit oder nicht?“ – erst unter ganz hohen Voraussetzungen zu überwinden ist. Und genau an diese Begrifflichkeit hat das Bundesverfassungsgericht – meines Erachtens auch völlig zu Recht – bei der Definition, was ist Zwang bei der Zwangsbehandlung, angeknüpft. Und der Wille und mutmaßliche Wille, von dem wir im Patientenverfügungsrecht insbesondere sprechen, also bei § 1901a BGB, das ist die Ebene der selbstbestimmten Entscheidung, die dann, abgekürzt gesagt, voraussetzt, dass die Einwilligungsfähigkeit nicht fehlt; und da sprechen wir vom Willen, rechtlichen Willen oder dem mutmaßlichen Willen.

Vorsitzender Siegfried Kauder (Villingen-Schwenningen): Das war Juristerei vom Feinsten! Jetzt folgt Herr Dr. Marschner auf die Fragen der Abgeordneten Rawert, Thomae und Henke. Bitte!

SV Dr. Rolf Marschner: Zur Frage von Frau Rawert, Qualifikation der Berufsbetreuer oder der Betreuer. Es ist, glaube ich, noch einmal wichtig, sich klarzumachen, dass die Betreuer eine ganz zentrale Rolle haben. Denn sie müssen letzten Endes darüber entscheiden, ob sie aufgrund ärztlicher Indikation eine Zwangsbehandlung wünschen oder nicht. Sie haben die Entscheidung letztendlich zu treffen – denn auch nach Genehmigung des Gerichtes haben sie die Möglichkeit, von der Genehmigung keinen Gebrauch zu machen. Diese Rolle ist wirklich sehr zu betonen. Und hinsichtlich der Qualifikation muss man natürlich unterscheiden, ob es sich um ehrenamtliche oder Berufsbetreuer handelt. Wir wissen aus empirischen Untersuchungen, dass es zwar mehr ehrenamtliche Betreuer als Berufsbetreuer gibt, aber gerade bei den psychisch kranken Menschen und den chronisch psychisch kranken Menschen ist es aber dann doch wieder umgekehrt, dass nämlich mehr Berufsbetreuer als ehrenamtliche Betreuer bestellt werden – anders als bei geistig

behinderten Menschen. Und zumindest die Berufsverbände der Berufsbetreuer bemühen sich mit ihren Leitlinien und Qualitätskatalogen um eine qualitative Arbeit und auch um entsprechende Fortbildung in diesem Bereich. Das ist sicherlich sehr gut, was da geschieht! Ich will aber nochmals auf einen Dreh- und Angelpunkt hinweisen: Die zentrale Rolle des Betreuers. Der Betreuer hat nach § 1901 Absatz 3 BGB im geltenden Betreuungsrecht zwei zentrale Pflichten, die mit dem, was wir heute besprechen, konform sind. Erstens eine Besprechungspflicht bei wichtigen Angelegenheiten, also bei Grundrechtseingriffen, und zweitens auch die Pflicht, den Wünschen des Betroffenen zu folgen, wenn nicht ein höherrangiges Rechtsgut gefährdet ist. Und die Wünsche, das ist jetzt noch sehr viel weniger als der natürliche Wille, können nach überwiegender Auffassung auch „verrückte Wünsche“ sein. Das heißt also, so einfach aus Sicht eines verantwortlich arbeitenden Betreuers geht es gar nicht, sich zu einer Zwangsbehandlung durchzuringen, sondern er muss einen Abwägungsprozess führen, der im Betreuungsrecht angelegt und nach meiner Auffassung letztlich auch UN-konform ist, weil es dort um entsprechende Güterabwägungen geht.

Herr Thomae, Sie hatten diese Schlag- oder Stichworte „viel Zeit“ und „ohne Druck“ in den Zusammenhang des Patientenverfügungsgesetzes gestellt und gefragt: Was ist denn, wenn eine ablehnende Patientenverfügung da ist und dann ein Motivierungsprozess dieses Patienten geschieht? Das ist juristisch wohl ungeklärt! Im Gesetz steht seit 2009, eine Patientenverfügung kann jederzeit formlos widerrufen werden. Aber die wohl überwiegende Meinung in der juristischen Literatur sagt, bezogen auf die Demenzzfälle: Wenn die Einwilligungsfähigkeit verlorengegangen ist, kann dieses gerade nicht mehr geschehen. Da bin ich deutlich anderer Meinung! Gerade aus dem Aspekt, den wir gerade schon besprochen haben, § 1901 Absatz 3 BGB, weil dieser Grundsatz des Betreuungsrechtes, dass den Wünschen des Betroffenen zu entsprechen ist, heißt, wenn man das jetzt so übernehmen will, wie ich es gesagt habe, dass auch den verrückten Wünschen und damit auch den aktuellen Wünschen des Betroffenen zu entsprechen ist. Ich sehe aus den Grundlagen des Betreuungsrechtes einen deutlichen Vorrang des aktuellen Willens gegenüber dem früher in der Patientenverfügung geäußerten Willen. Das ist aber juristisch umstritten – und eine Gerichtsentscheidung zu dieser Frage ist mir nicht bekannt.

Herr Henke, das sind jetzt die schwierigen Fragen, die mich dazu brachten, wie eingangs dargestellt, dass man sehr genau bei psychisch Kranken oder geistig behinderten Menschen unterscheiden muss, ob es sich um die Behandlung der Anlasskrankheit, der psychischen Krankheit als solcher oder um sonstige Krankheiten handelt. Denn Ihre Fragen betreffen nicht die Anlasskrankheit als solche, sondern die anderen somatischen Krankheiten – und wir haben einige Beispiele gehört. Zum Ersten, der Schwelle für diese Eingriffe: In dem Gesetzentwurf, der vorliegt, ist die Schwelle nicht mit Lebensgefahr definiert. Sondern, sowohl für die Unterbringung in § 1906 Absatz 1 BGB als auch im neuen § 1906 Absatz 3 BGB-E, mit der Abwendung eines drohenden erheblichen gesundheitlichen Schadens. Das ist deutlich weniger, und davon sind, glaube ich, die meisten Fälle, über die wir hier sprechen, umfasst. Die sich dann anschließende Frage ist, ob das, was dann im Betreuungsrecht zulässig ist, im Rahmen einer Unterbringung geschehen muss oder auch außerhalb einer Unterbringung geschehen kann. Da bin ich sehr skeptisch, weil ich Angst habe – ich habe das auch in meinen schriftlichen Ausführungen beschrieben –, dass das ein Einfallstor für die ambulante Zwangsbehandlung auch der Anlasskrankheit ist. Und wenn man überhaupt über eine differenzierte gesetzliche Regelung nachdenkt, dann muss man das in diesem Fall auf die somatischen Krankheiten einer psychisch kranken Person begrenzen. Nach all dem, was ich lese und höre, besteht auch in der psychiatrischen Wissenschaft und Praxis erhebliche Skepsis gegenüber einer ambulanten Zwangsbehandlung der psychischen Krankheit als solcher. In dem Zusammenhang wird man wohl sagen können: Den kleinen verbleibenden Widerspruch wird man in Kauf nehmen. Das kann und muss dann doch in einem psychiatrischen Krankenhaus stattfinden. Dort sind die Fachleute, die auch die Einwilligungsunfähigkeit qualifiziert beurteilen können. Denn es ist nicht nur die somatische Erkrankung, sondern wegen der psychischen Erkrankung kann ich meinen Willen nicht frei bestimmen und meine Entscheidung nicht frei treffen in Bezug auf diese somatische Erkrankung. Und dann wird man sich von der Vorstellung freimachen müssen, dass eine Unterbringung typischerweise bei der Anlasskrankheit länger dauern kann, aber bei einer somatischen Krankheit auch sofort beendet werden kann. Auch eine Unterbringung kann am Tag der Aufnahme, wenn das Problem sich erledigt hat, durch Entlassung erledigt werden, so dass wir eigentlich über diesen Weg nur die Schwelle auf die des

Unterbringungsrechtes heben. Aber die Schwelle ist nicht so hoch, wie Sie es eingangs formuliert haben.

Vorsitzender Siegfried Kauder (Villingen-Schwenningen): Und nun noch auf die Frage der Abgeordneten Hönlinger Herr Dr. Heinz, bitte!

SV Prof. Dr. Andreas Heinz: Ich war gefragt worden, wie das wäre mit der Zeit ohne Zwangsbehandlung, ob die Zwangsmaßnahmen runtergegangen sind. Mein Eindruck ist, dass es, wie Frau Fricke schon gesagt hat, an anderen Faktoren liegt, was die Zahl der Zwangsbehandlungen angeht. Und es ist absolut richtig, dass das bundesweit – und offenbar auch von Einrichtung zu Einrichtung – unterschiedlich ist. Unserer Erfahrung nach gehen Zwangsbehandlungen ganz unabhängig von der gesetzlichen Regelung in den derzeitigen Situationen dann runter, wenn erstens die Stationstüren auch auf den Akutstationen weitgehend offengehalten werden. Es ist auch sehr wichtig, dass das gesetzlich möglich ist. Das ist z. B. im PsychKG-Bln der Fall. Es geht offenbar noch weiter runter, sagen die Kollegen aus Hamburg; offene Türen bei uns hat die Zahl der Zwangsbehandlungen, ich würde sagen, um 70 bis 90 Prozent reduziert, weil einfach viel weniger Konflikte auftreten und weil die Leute sich viel weniger eingesperrt fühlen und dann eher auch in der Lage sind zu gucken, was sie machen wollen. Nach den Hamburger Zahlen gehen bei „Home Treatment“ Zwangsbehandlungszahlen noch einmal massiv runter – das ist die Möglichkeit, einen Betroffenen auch zu Hause zu behandeln, wenn er das wünscht. Ich denke an weitere Dinge: Behandlungsvereinbarungen sind genannt worden, dialogisch besetzte Beiräte in den Krankenhäusern. Ich finde es schon wichtig, weil wir auch Mitglieder des Gesundheitsausschusses hier haben, das zu bedenken. Im Gesetzentwurf ist beides möglich, sowohl die Modellprojekte als auch die Frage, dass eine Qualitätssicherung für die Zahl des Personals auf den Stationen gewährt werden kann. Im Augenblick sieht es in der Praxis nicht so aus, als würde eins der beiden Ziele mit der neuen Entgeltsituation verwirklicht werden. Und ich fürchte, dass die Spielräume, die da sind, damit kleiner werden! Wie gesagt: In Berlin ist es so, dass unter Notfallbedingungen Zwangsbehandlung im PsychKG-Bln möglich ist. Ich habe es jetzt in Einzelfällen erlebt, dass es sehr quälend ist, gerade bei z. B. Manien mit Selbstgefährdung durch die extrem risikoreichen

Verhaltensweisen, dass es dann immer nur zu punktuellen Behandlungen kommt, sich sehr lang hinzieht und auch sehr quälend ist.

Vorsitzender Siegfried Kauder (Villingen-Schwenningen): Meine Damen und Herren, sehr geehrte Sachverständige: Nicht nur Patienten brauchen Zeit, auch Gesetze brauchen zur Beratung Zeit! Ich hoffe, es hat keiner den Eindruck, dass wir heute unter Zeitdruck standen. Wir haben uns die Zeit genommen, die wir brauchten, um Fragen zu klären – und einige juristische Fragen müssen wir auch vielleicht noch lösen. Ich danke Ihnen, dass Sie sich zur Verfügung gestellt haben, würde mich freuen, wenn wir uns wiedersehen und schliesse damit diese Sitzung. Danke schön!

Ende der Sitzung: 14:03 Uhr

Siegfried Kauder (Villingen-Schwenningen), MdB
Vorsitzender