

Entschließungsantrag

der Abgeordneten Dr. Martina Bunge, Jörn Wunderlich, Diana Golze, Matthias W. Birkwald, Heidrun Dittrich, Klaus Ernst, Katja Kipping, Jutta Krellmann, Yvonne Ploetz, Dr. Ilja Seifert, Kathrin Senger-Schäfer, Kathrin Vogler, Harald Weinberg, Sabine Zimmermann und der Fraktion DIE LINKE.

zu der dritten Beratung des Gesetzentwurfs der Fraktionen der CDU/CSU und FDP

– Drucksachen 17/11513, 17/12086 –

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

Der Bundestag wolle beschließen:

I. Der Deutsche Bundestag stellt fest:

Der Aufenthalt und die Behandlung in einer Klinik ist für viele Menschen mit psychischen Erkrankungen heilsam. Sie erhalten unter fachkundiger Hilfe die Möglichkeit, sich konstruktiv mit den Symptomen und Ursachen von belastenden Empfindungen und Wahrnehmungen auseinanderzusetzen. Durch einen Aufenthalt kann unter Umständen auch Distanz zu den auslösenden Faktoren hergestellt werden. Unbestritten ist die Psychiatrie in den letzten 40 Jahren menschlicher und patientenorientierter geworden. Viele Behandlungsmethoden wurden infrage gestellt und im Laufe der Zeit ersetzt, andere haben sich bewährt und wurden beibehalten. Dieser Weg sollte weiter verfolgt werden und die Entscheidungen des Bundesverfassungsgerichts (BVerfG) und des Bundesgerichtshofs (BGH) in den Jahren 2011 und 2012 zur Zwangsbehandlung sollten zum Anlass genommen werden, erneut Gepflogenheiten unvoreingenommen und ergebnisoffen auf den Prüfstand zu stellen.

Bei Patientinnen und Patienten, denen Einwilligungsunfähigkeit sowie Selbst- oder Fremdgefährdung unterstellt wird, kommt in Deutschland häufig die Fixierung (Anschnallen an das Bett unter weitgehender Beraubung jeder Bewegungsmöglichkeit) bei gleichzeitiger Gabe von starken Psychopharmaka (meist Neuroleptikum plus Tranquilizer) zum Einsatz. Beide Behandlungen können Menschen in akuten psychischen Krisen möglicherweise helfen. Wenn sie zwangsweise erfolgen, sind sie jedoch für viele Betroffene mit großen Ängsten und dem Gefühl der Ohnmacht und Würdelosigkeit verbunden und können unter Umständen die Krise verschärfen. Auch im Nachhinein werden sie oft als extrem traumatisierend und belastender als die Ursprungserkrankung selbst beschrieben.

II. Der Deutsche Bundestag fordert die Bundesregierung auf,

zur Reduzierung von Zwangsmaßnahmen in der Psychiatrie mindestens Folgendes zu regeln bzw. zu initiieren:

1. Ausbau ambulanter Hilfesysteme und Home-Treatment-Angebote mit dem Ziel, die Lebensqualität der Betroffenen zu verbessern, schnelle Hilfe in Krisensituation zu gewährleisten und die Zahl der stationären Aufenthalte zu reduzieren.
2. Evaluierbare Modellversuche mit weniger eingreifenden Methoden sind zu initiieren. Ebenso sollte die Beteiligung von Vertreterinnen und Vertretern von Selbsthilfegruppen im Klinikalltag erprobt werden.
3. Der Umfang des Einsatzes von Zwang bei der Unterbringung sowie bei medizinischen und nichtmedizinischen Behandlungsschritten ist flächendeckend statistisch zu ermitteln und die Ergebnisse sind der Öffentlichkeit zugänglich zu machen.
4. Die gesundheitlichen Folgen von Zwangsmaßnahmen und Behandlungsalternativen sind soweit möglich klinisch zu untersuchen und darauf folgend einer Nutzenbewertung zu unterziehen. Es sollte gesetzlich klargestellt werden, inwieweit der bislang bei der Bewertung von Behandlungsmethoden verwendete Nutzenbegriff Anwendung finden kann.
5. Die sich aus den Ausführungen des Bundesverfassungsgerichts ergebenden Anforderungen sind klarer gesetzlich zu definieren, damit vor der Zwangsbehandlung der „ernsthafte, mit dem nötigen Zeitaufwand und ohne Ausübung unzulässigen Drucks unternommene Versuch“, eine „auf Vertrauen gründende Zustimmung“ zu erreichen, bewirkt wird.
6. Die angemessene Einbeziehung und Anhörung von Betroffenenvertreterinnen und -vertretern bei der Konzeption und Umsetzung von gesetzgeberischen Schritten, aber auch bei Entscheidungen der Selbstverwaltung und der Fachgesellschaften ist im Sinne der UN-Behindertenrechtskonvention (Artikel 4 Absatz 3) sicherzustellen. Die Beteiligung von Betroffenen bei der Erstellung der S2-Leitlinie „Therapeutische Maßnahmen bei aggressivem Verhalten in der Psychiatrie und Psychotherapie“ ist ein erster, aber keinesfalls ausreichender Schritt.
7. Jede Patientin und jeder Patient, bei der/dem der begründete Verdacht besteht, dass sie/er im Sinne des Gesetzentwurfs einwilligungsunfähig und behandlungsbedürftig werden könnte, muss in jedem Fall auf die Optionen der Patientenverfügung, der Vorsorgevollmacht sowie der Behandlungsvereinbarung hingewiesen und deren Möglichkeiten und Grenzen erläutert werden. Das gilt in jedem Fall, falls bereits eine Zwangsbehandlung oder -einweisung erfolgt war. Zusätzlich ist durch die Behandelnden auf die Möglichkeit einer Beratung durch die Unabhängige Patientenberatung Deutschland (UPD) hinzuweisen.
8. Im Sinne vergleichbarer Lebensbedingungen sollte die Bundesregierung im Zuge der ohnehin notwendig werdenden Novellierung der 16 Psychisch-Kranken-Gesetze der Länder in Zusammenarbeit mit den Landesregierungen darauf hinwirken, eine weitgehende Angleichung beim Unterbringungsrecht zu erzielen.
9. Die Bundesregierung wird aufgefordert einen Gesetzentwurf vorzulegen, der die Einführung der fallpauschalenbasierten Honorierung auf psychiatrischen Stationen zurücknimmt.

Berlin, den 15. Januar 2013

Dr. Gregor Gysi und Fraktion

Begründung

Der Krankheitsbegriff ist im psychischen Bereich besonders schwierig. Es gibt keine gesetzliche Definition von Krankheit. Der BGH definierte sie 1958 als „jede Störung der normalen Beschaffenheit oder der normalen Tätigkeit des Körpers, die geheilt, d. h. beseitigt oder gelindert werden kann.“ Sozialrechtlich ist Krankheit ein „regelwidriger körperlicher, geistiger oder seelischer Zustand, der Arbeitsunfähigkeit oder Behandlung oder beides nötig macht“ (Bundessozialgericht 1972). Beide Definitionen zielen also auf die Abweichung von einer Norm als Gradmesser für Krankheit ab. Glücklicherweise hat sich die Akzeptanz psychischer Vielfalt in den letzten 40 Jahren sehr erhöht. Anderssein und unterschiedliche Lebensweisen werden nicht mehr als krankhaft wahrgenommen. So wurde Homosexualität noch bis in die 1970er-Jahre als Krankheit diagnostiziert, Transsexualität allerdings wird bis heute als Geschlechtsidentitätsstörung pathologisiert, in Frankreich etwa wurde auch das bereits überwunden.

Der individuelle Leidensdruck ist es vor allem, der ein Charaktermerkmal zur Krankheit macht und die Heilung – auch im Sinne von Linderung – ist alleinige Rechtfertigung für eine medizinische Behandlung. Das erkennt prinzipiell auch der vorliegende Gesetzentwurf an, der eine ärztliche Zwangsmaßnahme nur zulässt, wenn sie „zum Wohle des Betreuten erforderlich ist“ und „der zu erwartende Nutzen der ärztlichen Zwangsmaßnahme die zu erwartenden Beeinträchtigungen deutlich überwiegt“. Das verfassungsrechtlich anerkannte Recht zu Krankheit gilt insbesondere auch für psychische Erkrankungen, deren Definition häufig auch eine normative Komponente besitzt. Es muss daher sichergestellt sein, dass eine Zwangsbehandlung niemals einen erzieherischen Charakter hin zu gesellschaftlicher Konformität bekommt.

Aussagefähige Studien zu den Wirkungen von Zwangsmaßnahmen sind leider Mangelware. Weder wurde der Nutzen solcher Behandlungen erwiesen, noch wurden die traumatisierenden Wirkungen von Zwangsmaßnahmen bei Patientinnen und Patienten überhaupt hinreichend untersucht. Es muss alles Vertretbare getan werden, um die Folgen von Zwangsbehandlung für die Betroffenen zu erforschen und die gewonnenen Erkenntnisse dann auch umzusetzen. Es ist momentan unklar, auf welcher Grundlage die aus dem Gesetzentwurf zitierten Anforderungen, vor allem hinsichtlich des Nutzens der Behandlung, überhaupt erfüllbar sind. Erforderlich ist eine klare Definition des Begriffs „Nutzen“ in der psychiatrischen (Zwangs-)Behandlung. Bekannte und insbesondere langzeitige Nebenwirkungen von Psychopharmaka sind bei der Nutzenbewertung einer Zwangsmedikation besonders zu berücksichtigen.

Ein so erheblicher Eingriff in die Grundrechte wie in der Zwangsbehandlung darf keinesfalls willkürlich erfolgen, sondern muss – soweit er überhaupt gerechtfertigt werden kann – auf evidenzbasierten Maßgaben zum Nutzen für den einzelnen Patienten/die einzelne Patientin beruhen. Doch die Wahrscheinlichkeit, zwangsbehandelt zu werden, variiert extrem von Klinik zu Klinik, von Bundesland zu Bundesland und Staat zu Staat. So liegt bei einer Befragung in überwiegend baden-württembergischen Psychiatrien der Anteil zwangsbehandelter Menschen zwischen 2,2 Prozent und 28,2 Prozent der jeweils behandelten Patientinnen und Patienten (Dr. Martin Zinkler, Qualitätsmessung in der stationären psychiatrischen Versorgung: Die Rolle von freiheitseinschränkenden Zwangsmaßnahmen, Vortrag vom 9. Mai 2012). Die Antwort der Bundesregierung auf die Kleine Anfrage der Fraktion DIE LINKE. (Bundestagsdrucksache 17/10712) erbrachte, dass die Wahrscheinlichkeit, nach Landesrecht zwangseinweisung zu werden, in Bremen etwa zehn Mal höher ist als in Sachsen. Auch im europäischen Maßstab gibt es riesige Unterschiede. Der Anteil der Zwangseinweisungen von allen Einweisungen aufgrund von ärztlichen Attesten oder richterlichen Beschlüssen liegt in Deutschland bei 18 Prozent, in Portugal bei 3 Prozent und in Schweden bei 30 Prozent, wie der von der EU-Kommission

finanzierte Forschungsverbund Eunomia (www.eunomia-study.net) herausfand. Doch die Datenlage ist insgesamt katastrophal. Die Bundesregierung konnte keinerlei Zahlen beibringen, die Aufschluss darüber geben könnten, welche Zwangsmaßnahme wie häufig in welcher Region und bei welcher Diagnose durchgeführt wird. Das widerspricht auch der UN-Behindertenrechtskonvention, die in Artikel 31 ausdrücklich zur „Sammlung geeigneter Informationen, einschließlich statistischer Angaben und Forschungsdaten, die ihnen ermöglichen, politische Konzepte zur Durchführung dieses Übereinkommens auszuarbeiten und umzusetzen“ verpflichtet. Der vorliegende Gesetzentwurf leistet nichts, um diesen Missstand zu beheben.

Der Gesetzentwurf lässt ebenfalls Strategien vermissen, die geeignet sind, die Zahl und Schwere von Zwangsmaßnahmen zu minimieren. Im Gegenteil: Laut Gesetzesbegründung soll „eine den Anforderungen der höchstrichterlichen Rechtsprechung entsprechende Regelung geschaffen werden, mit der die bis zu den jüngsten Beschlüssen des Bundesgerichtshofs bestehende Rechtslage möglichst nah abgebildet wird.“ Die neuen Regelungen sollen also den richterlichen und damit grundrechtlichen Anforderungen genügen, sonst aber möglichst wenig ändern.

Dabei sind psychiatrische Zwangsbehandlungen, insbesondere die nach dem BGH-Beschluss untersagte Zwangsmedikation, nicht alternativlos. Dr. Martin Zinkler, Chefarzt der Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik Heidenheim, hat in einem Brief an das Bundesministerium der Justiz (veröffentlicht u. a. in Psychosoziale Umschau 01/2013) seine Erfahrungen seit dem gerichtlichen Verbot von Zwangsbehandlungen beschrieben. Demnach hätten sich „in der Behandlung neue Möglichkeiten zur vertrauensvollen Zusammenarbeit zwischen Patienten und Behandlungsteam ergeben. [...] Die Behandlungsfälle in diesem Zeitraum, bei denen früher ein Antrag auf Zwangsbehandlung gestellt worden wäre, konnten durch geduldiges Verhandeln, »Dabei-Sein«, im Gespräch bleiben, mit Patienten, Angehörigen und Betreuern ohne größere Zwischenfälle zu einer einvernehmlichen Behandlung gebracht werden.“ Nach seiner Erfahrung hätte „sich durch die fehlende gesetzliche Grundlage zur Zwangsbehandlung keine nachteilige Situation ergeben – im Gegenteil: Wir sagen unseren zwangsweise eingewiesenen Patienten, dass sie nicht gegen ihren Willen medikamentös behandelt werden, und das nimmt der Unterbringung schon einen Teil der Bedrohung.“

Für die Abwendung einer Fremdgefährdung ist die Unterbringung auf einer psychiatrischen Station in der Regel ausreichend. Haben Betroffene in einer Patientenverfügung festgelegt, dass sie einer Fixierung oder Zwangsmedikation widersprechen, müssen psychische Krisensituationen ohnehin auch anders gelöst oder wenigstens überstanden werden. In Großbritannien ist die Fixierung am Bett inzwischen verboten. Bei akuten Krisen werden die Betroffenen stattdessen vom Betreuungspersonal festgehalten und daran gehindert, sich oder anderen zu schaden. Es wird berichtet, dass diese Praxis von den Patientinnen und Patienten als weniger belastend empfunden wird, aber auch dazu fehlen valide Zahlen. Sogenannte weiche Räume, also Zimmer, die angenehm eingerichtet und nicht abgeschlossen werden und wo je nach Bedarf mit oder ohne Hilfe die schwierigen Stunden verbracht werden können, werden vielerorts bereits angeboten. Auch das Einsperren in reizarme Räume könnte eine weniger eingreifende Alternative darstellen. Dabei überwacht eine Person von außen den Zustand der Patientin oder des Patienten, so dass bei akuter Selbstgefährdung schnell reagiert werden kann. Das Personal sollte grundsätzlich ausreichend in Methoden der Deeskalation geschult sein. Auch mit dem Konzept der offenen Türen wurden positive Erfahrungen gemacht. Zum Teil scheint die – auch energische – Ablehnung von Zwang diesen wiederum hervorzurufen. Es erfordert wohl weitere Untersuchungen, wie der Spirale aus Zwang und Gegenwehr erfolgreich entgegengewirkt werden kann. Die genannte Eunomia-Studie scheint

jedenfalls zu belegen, dass die Behandlungserfolge größer sind, wenn kein Zwang angewandt wird. Die Deutsche Gesellschaft für Soziale Psychiatrie (DGSP) meint sogar: „Die nun notwendige Zielstellung, die Orientierung an einem nachweisbaren Nutzen, sowie die Anforderungen an Überwachung und Dokumentation stärken nicht nur die Rechtsstellung von Menschen mit psychischen Erkrankungen/seelischen Behinderungen. Sie sind auch in der Lage, die Qualität psychiatrischer Behandlung insgesamt positiv zu entwickeln.“

Viele der Alternativen zum Fixieren und Alleinlassen – durchschnittlich soll die Zeit in Bewegungslosigkeit etwa sieben Stunden betragen – erfordern mehr Personal. Insbesondere das Festhalten verlangt mindestens vier Personen. Die Personalsituation in deutschen Kliniken, auch auf psychiatrischen Stationen, lässt eine solche Betreuung meist gar nicht zu. Die Übertragung des fallbezogenen Honorarsystems auch auf die Psychiatrien wird diese Situation verschärfen, insbesondere, da Untersuchungen in der Praxis darauf hindeuten, dass sich die Verweildauer ohne Zwangsmedikation verlängern könnte (siehe zitierter Brief von Dr. Martin Zinkler).

Im Vorfeld sollten ambulante Maßnahmen die Häufigkeit von Zwangseinweisungen und -behandlungen verringern. Das Angebot von Beratung und Beistand in psychischen Krisensituationen muss flächendeckend vorhanden sein. Oftmals können Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter vor Ort die Betroffenen bereits „auffangen“ und eine selbstbestimmte Entscheidung über eine stationäre Aufnahme ermöglichen. Das Konzept des Home Treatment (Versorgung von akut psychiatrischen Patientinnen und Patienten in ihrem Zuhause) wird in vielen Ländern Europas bei chronisch psychisch Erkrankten mit Erfolg angewendet. Es ist der stationären Unterbringung therapeutisch (mindestens) nicht unterlegen, wird aber von den Betroffenen deutlich positiver gewertet (Becker, Hoffmann, Puschner, Weinmann: Versorgungsmodelle in Psychiatrie und Psychotherapie). Es gibt auch in Deutschland bereits erfolgreich arbeitende Home-Treatment-Initiativen. Diese Entwicklung sollte auch mit Mitteln der gesetzlichen Krankenversicherung gefördert und evaluiert werden. Nicht zuletzt sind durch die Reduktion stationärer Aufenthalte gegebenenfalls auch Kostenminderungen möglich.

Psychisch Erkrankte sind Menschen mit Behinderungen im Sinne der UN-Behindertenrechtskonvention. Die Konvention kennt den Begriff der Einwilligungsunfähigkeit nicht. Vielmehr geht das dort vertretene Fähigkeitsprinzip davon aus, dass den Betroffenen eine selbstbestimmte Entscheidung über eine Behandlung ermöglicht werden sollte. Dieser Ansatz spiegelt sich im vorliegenden Gesetzentwurf nicht ausreichend wider, obwohl sich Deutschland zur Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention verpflichtet hat. Vielmehr ermöglicht er in erster Linie weiterhin eine ärztliche/richterliche Entscheidung über den natürlichen Willen der Betroffenen hinweg. Selbst wenn das ausnahmsweise unumgänglich sein sollte, kann auch diesbezüglich der Grundrichtung des Gesetzentwurfs nicht gefolgt werden. Stattdessen sollten alle Wege zu einer selbstbestimmten Entscheidung der Patientin bzw. des Patienten oder zumindest zu einer auf Vertrauen begründeten Zusammenarbeit mit den Behandelnden versucht werden. Auch dieser Ansatz, der ausdrücklich vom Bundesverfassungsgericht gefordert wird, ist im Gesetzentwurf nicht ausreichend umgesetzt (vergleiche Stellungnahme der Monitoringstelle zur UN-Behindertenrechtskonvention zum Gesetzentwurf).

Nach Ansicht von Expertinnen und Experten wird der Gesetzentwurf auch weiteren Anforderungen des BVerfG nicht hinreichend gerecht. Der Betreuungsgerichtstag e. V. schreibt etwa: „Nach dem Entwurf besteht die Gefahr, dass ein vorläufiger Betreuer durch einstweilige Anordnung bestellt wird und durch weitere einstweilige Anordnungen die Unterbringung und die ärztliche Zwangsmaßnahme allein auf der Grundlage eines ärztlichen Zeugnisses des be-

handelnden Arztes und womöglich auch ohne Anhörung des Betroffenen genehmigt werden. Dies widerspricht den Vorgaben des BVerfG und den Grundsätzen des Betreuungsrechts.“

Das ursprünglich geplante parlamentarische Schnellverfahren – per Änderungsantrag in letzter Minute zu einem sachfremden Gesetz – konnte zwar verhindert und ein ordentliches Gesetzgebungsverfahren mit einer öffentlichen Anhörung durchgesetzt werden. Dennoch wird den in der UN-Behindertenrechtskonvention geforderten Partizipationsrechten der Betroffenen nicht ausreichend genüge getan. Unbedingt erforderlich sind auch weitere Daten und Studien. Und nicht zuletzt wird eine ergebnisoffene und breite gesellschaftliche Debatte unter Einbeziehung aller Beteiligten darüber gebraucht, wie in der psychiatrischen Praxis ein Höchstmaß an freiwilliger, informierter, gegebenenfalls auch assistierter Entscheidung der Patientinnen und Patienten erreicht werden kann.

